



Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas

Universidade Técnica de Lisboa



**Acidentes de Trabalho na Administração Pública – Estudo
de casos no sector da Saúde: os Hospitais do Serviço
Nacional de Saúde**

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Gestão e Políticas
Públicas

Mestranda Anabela Saleiro Morais Oliveira

Orientadora Professora Doutora Margarida Proença

Lisboa

2009

Siglas

AT – Acidente de Trabalho
AP – Administração Pública
SHST – Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho
SST – Segurança e Saúde no Trabalho
SNS – Serviço Nacional de Saúde
DL – Decreto-Lei

Conceitos e definições

Acidente de Trabalho – Todo o acontecimento inesperado e imprevisto, incluindo actos derivados do trabalho ou com ele relacionados, do qual resulte uma lesão corporal, uma doença ou a morte de um ou vários trabalhadores. São também considerados acidentes de trabalho os acidentes de viagem, de transporte ou de circulação, nos quais os trabalhadores ficam lesionados e que ocorrem por causa, ou no decurso do trabalho, isto é, quando exercem uma actividade económica, ou estão a trabalhar, ou realizam tarefas para o empregador.

Avaliação de riscos – Ponderação relativamente a um determinado risco ou a um conjunto de riscos a partir da análise e valoração dos respectivos riscos.

Empregador ou entidade empregadora – o dirigente máximo do organismo ou serviço do SNS que tenha competência própria para gestão e administração do pessoal, prevista na lei.

Higiene – conjunto de medidas ou metodologias preventivas relacionadas com o ambiente do trabalho, que visam a redução dos acidentes de trabalho e doenças profissionais, através da identificação dos factores que podem prejudicar a saúde do trabalhador e eliminar ou controlar esses riscos.

Local de trabalho – lugar onde o trabalhador se encontra, de onde vem ou para onde se dirige em função do seu trabalho, estando sujeito ao controlo da entidade empregadora, ainda que indirectamente.

Medicina do trabalho – especialização do curso de medicina que se ocupa da prevenção e controlo da doença profissional, da promoção da saúde e produtividade dos trabalhadores.

Risco – combinação da probabilidade e da consequência da ocorrência de um determinado acontecimento perigoso.

Saúde – conjunto de medidas ou metodologias preventivas que pretendem alcançar o bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores.

Segurança – ciências e tecnologias que procuram a protecção do trabalhador no seu local de trabalho permitindo a prevenção dos acidentes de trabalho.

Trabalhador – o que vende a sua força de trabalho, a pessoa singular que, mediante retribuição, se obriga a prestar serviço a um empregador, bem como o tirocinante, o estagiário e o aprendiz, o trabalhador independente e todo aquele que depende economicamente do empregador em razão de meios de trabalho e do resultado da sua actividade.

Resumo

O presente estudo teve como primeiro objectivo a verificação do cumprimento da legislação sobre acidentes de trabalho na Administração Pública, no sector da Saúde. Outro objectivo consistiu na confirmação da existência efectiva de serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho que possam assegurar a prevenção dos acidentes de trabalho e a recomendação de medidas correctivas.

Palavras-chave: acidente; trabalho; segurança; saúde; Administração Pública

Abstract

The first purpose of the present study was to verify the accomplishment of the legislation on work accidents in the Public Administration, particularly on the Health sector. Another intention of the study consisted on the confirmation of the real existence of Health and Safety at Work services that can assure prevention on work accidents and recommend corrective measures.

Keywords: accident; work; safety; health; Public Administration

Índice Geral

I. PARTE	8
1. <i>Introdução</i>	8
1.1. <i>Enquadramento</i>	8
1.2. <i>Objectivos</i>	9
1.3. <i>Metodologia</i>	9
1.4. <i>Condicionantes</i>	10
2. <i>Legislação em vigor sobre Acidentes de Trabalho na Administração Pública</i>	12
2.1. <i>Legislação internacional e da OIT</i>	12
2.2. <i>Legislação comunitária</i>	15
2.3. <i>Legislação nacional</i>	21
2.4. <i>Legislação nacional para a Administração Pública</i>	24
3. <i>Os serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho – prevenção dos Acidentes de Trabalho</i>	26
3.1. <i>Princípios de prevenção</i>	26
3.2. <i>Informação, formação, consulta e participação dos trabalhadores e seus representantes</i>	27
3.3. <i>Inspecção</i>	29
3.4. <i>Serviços de SHT: objectivos, organização e funcionamento</i>	29
3.5. <i>Serviços de saúde</i>	31
3.6. <i>Procedimento a adoptar em caso de Acidente de Trabalho</i>	31
3.7. <i>Reparação dos danos causados por Acidente de Trabalho</i>	32
4. <i>Os Acidentes de Trabalho na Administração Pública Central: estudo da implementação da legislação sobre Acidentes de Trabalho no sector da saúde – os Hospitais do Serviço Nacional de Saúde</i>	33
II. PARTE	47
1. <i>Conclusões</i>	47

Índice de Quadros

<i>Quadro 1 – Estatística sobre Acidentes de Trabalho em Portugal</i>	8
<i>Quadro 2 – Convenções ratificadas por Portugal</i>	14
<i>Quadro 3 – Estatística sobre Acidentes de Trabalho em Portugal</i>	18
<i>Quadro 4 – Representação de trabalhadores para a SHST</i>	28
<i>Quadro 5 – Centros Hospitalares/Hospitais que facilitaram resposta</i>	33
<i>Quadro 6 – Evolução dos Centros Hospitalares/Hospitais por escalões do número de camas</i>	34
<i>Quadro 7 – Recursos Humanos dos Centros Hospitalares/Hospitais – número mínimo e máximo de profissionais por carreira</i>	34
<i>Quadro 8 – Serviços de SHST</i>	36
<i>Quadro 9 – Serviços de SHST como unidades autónomas</i>	36
<i>Quadro 10 – Serviços de SHST como unidades autónomas versus Serviços de SHST</i>	37
<i>Quadro 11 – Meios de primeiros socorros</i>	37
<i>Quadro 12 – Que unidade orgânica organizou os meios de primeiros socorros</i>	37
<i>Quadro 13 – Eleição de representantes dos trabalhadores para SHST</i>	38
<i>Quadro 14 – Eleição de representantes dos trabalhadores para SHST versus serviço de SHST</i>	38
<i>Quadro 15 – Formação em SHST</i>	39
<i>Quadro 16 – Formação em SHST versus serviço de SHST</i>	39
<i>Quadro 17 – Análise das causas dos AT versus serviço de SHST</i>	40
<i>Quadro 18 – Elaboradas medidas preventivas</i>	40
<i>Quadro 19 – Estatísticas dos AT</i>	40
<i>Quadro 20 – Estatísticas dos AT versus serviços de SHST</i>	41
<i>Quadro 21 – Actualização das listas das causas dos AT</i>	41
<i>Quadro 22 – Actualização das listas das causas dos AT versus serviços de SHST</i>	41
<i>Quadro 23 – Actualização das listas das medidas propostas versus serviços de SHST</i>	41
<i>Quadro 24 – Relatórios dos AT com ausência superior a três dias</i>	42
<i>Quadro 25 – Relatórios dos AT com ausência superior a três dias versus serviços de SHST</i>	42
<i>Quadro 26 – Formulário para participação do AT à ACT</i>	43
<i>Quadro 27 – Formulário para participação do AT à ACT versus serviços SHST</i>	43

<i>Quadro 28 – Formulário para participação do AT ao Delegado de Saúde</i>	<i>43</i>
<i>Quadro 29 – Formulário para participação do AT internamente</i>	<i>44</i>
<i>Quadro 30 – Orçamentação de verbas para primeiros socorros.....</i>	<i>44</i>
<i>Quadro 31 – Processo de acreditação pela Joint Comission International.....</i>	<i>44</i>
<i>Quadro 32 – Outro processo de acreditação.....</i>	<i>44</i>
<i>Quadro 33 – Outro processo de certificação</i>	<i>45</i>
<i>Quadro 34 – Normativos de SHST.....</i>	<i>45</i>
<i>Quadro 35 – Normativos de SHST versus serviços de SHST.....</i>	<i>45</i>
<i>Quadro 36 – Normativos de SHST implementados.....</i>	<i>46</i>
<i>Quadro 37 – Normativos de SHST implementados versus serviços de SHST</i>	<i>46</i>

Índice de Figuras

<i>Figura 1 – Acidentes de Trabalho nos Centros Hospitalares/Hospitais do SNS.....</i>	<i>35</i>
<i>Figura 2 – Que meios de primeiros socorros se encontram ao dispor.....</i>	<i>38</i>
<i>Figura 3 – Unidade orgânica que analisa os AT</i>	<i>39</i>

I. PARTE

1. Introdução

1.1. Enquadramento

A Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (SHST) são fundamentais para o desenvolvimento sustentado de qualquer empresa/negócio, e, conseqüentemente, um pilar importante para o desenvolvimento de qualquer economia. Independentemente da actividade económica, e mesmo implementados que estejam os serviços de SHST, constata-se a existência de Acidentes de Trabalho (AT), com maior ou menor gravidade, em maior ou menor número. Este fenómeno não é exclusivamente português, mas verificam-se números bastante significativos quanto à ocorrência de AT em Portugal, mesmo sem recorrer a comparações com outros países, pois basta considerar os custos sociais destes acontecimentos, tal como se observa pelo quadro seguinte:

Quadro 1 – Estatística sobre Acidentes de Trabalho em Portugal

	2004	2005	2006
Acidentes de Trabalho	234.109	228.884	237.392
Acidentes de Trabalho Mortais	306	300	253

Nota: Dados retirados da publicação de estatística sobre acidentes de trabalho de 2006, disponível em <http://www.gep.mtss.gov.pt/estatistica/acidentes/atrabalho2006.pdf>

Contudo, não é apenas a questão fundamental atrás enunciada que leva à escolha desta temática. O exercício de funções a nível profissional em SHST, o contacto directo com AT no sector privado e com as graves conseqüências decorrentes desses acidentes, leva a questionar o que na Administração Pública (AP) acontece nesta área. Aliás, o sector privado é amplamente fiscalizado quanto ao cumprimento da legislação em matéria de SHST, cumprimento esse que permite verdadeiramente a prevenção dos acidentes. Considerando inclusivamente que no sector privado existe uma componente coerciva associada ao cumprimento da legislação em matéria de SHST e, em específico, sobre prevenção de AT, é de primordial importância conhecer do cumprimento da legislação sobre AT.

A legislação sobre acidentes de trabalho na AP refere que “os *trabalhadores têm direito à reparação dos danos resultantes de acidentes em serviço e doenças profissionais e à reparação da lesão ou doença que se manifeste durante o tratamento de lesão ou doença resultante de um acidente em serviço ou doença profissional e que seja conseqüência desse tratamento*”. Esta afirmação induz a um assentimento quase imediato da generalidade dos cidadãos pelo simples facto de que somos

maioritariamente trabalhadores (e os que não o são, certamente terão algum familiar ou amigo nessas condições).

Sendo certo que a AP é um organismo complexo e de grande dimensão, existem áreas de actividade cujo risco de AT é maior, nomeadamente na área das obras públicas, na agricultura, nos transportes e na saúde. Destas áreas, o sector da saúde, apresentando um elevado risco de AT decorrente da própria actividade, é um sector internamente estudado e com alguns dados estatísticos disponíveis ao público em geral, pelo que se propõe o estudo concreto dos Hospitais do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e a análise do cumprimento da legislação sobre acidentes em serviço por parte dos mesmos.

1.2. Objectivos

A escolha desta temática visa colmatar a inexistência ou desconhecimento da existência de trabalhos específicos sobre AT na AP, que incidam no sector da saúde, em particular, nos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Existem diversos trabalhos realizados no âmbito dos SHST nos próprios Hospitais do SNS e alguma compilação de dados que estão disponíveis ao público em geral, embora não revelem um efectivo conhecimento globalizado sobre AT nos Hospitais do SNS. Pretende-se assim contribuir, de uma forma simplista, limitada e humilde, para uma visão generalista dos AT na AP, especificamente nos Hospitais do SNS, através de três vertentes: a análise da legislação sobre AT em vigor na AP; a verificação do cumprimento da legislação sobre AT na AP, no sector da saúde; e a confirmação da existência efectiva de serviços de SHST que possam assegurar a prevenção dos AT e a recomendação de medidas correctivas, utilizando para o efeito a aplicação de um questionário aos Hospitais do SNS.

1.3. Metodologia

Na prossecução deste desiderato, foram iniciadas pesquisas prévias da legislação internacional, comunitária e nacional sobre AT em vigor. Foram ainda realizadas investigações de artigos científicos e bibliografia diversa sobre o tema ou assuntos relacionados.

Embora as pesquisas anteriormente descritas tenham resultado em diversa documentação, verificou-se uma certa dispersão das matérias dos documentos obtidos, pelo facto de serem indirectamente relacionados com a temática, não tendo sido possível obter documentação directamente relacionada com a matéria, excepção feita à própria legislação nacional. Dessas constatações resultou a necessidade de realizar consultas a alguns organismos da AP com competência na matéria de AT na AP, nomeadamente através de consultas aos respectivos *sites* na Internet e aos documentos das bibliotecas desses mesmos organismos.

De modo a permitir apurar a realidade implementada nos Hospitais do SNS, foi elaborado e lançado um questionário, enviado por correio, aos Hospitais do SNS (a todo o universo objecto de estudo), com vista a conhecer o cumprimento da legislação, ou seja, saber se os Hospitais têm efectivamente Serviços de SHST e as actividades que nesse âmbito são desenvolvidas. Para o efeito, e além das pesquisas anteriormente mencionadas, foi ainda realizada uma pesquisa no sentido de conhecer em concreto o universo total dos Hospitais do SNS (o âmbito geográfico é Portugal continental), com indicação de moradas para onde fosse possível enviar o referido questionário. A recolha dos questionários preenchidos foi dada por terminada no início de 2009 (Janeiro), tendo procedido posteriormente ao tratamento dos dados e sua análise através do programa informático SPSS. O questionário faz parte integrante do presente trabalho, pelo que se anexa, identificando-o como Apêndice 1.

Foi realizado um pré-teste ao questionário, tendo sido consultadas diversas pessoas que estão ligadas a matérias de SHST, à área da saúde ou a metodologias de recolha e tratamento de dados estatísticos. Das respostas obtidas ao pré-teste, aceites as sugestões dadas, foi possível melhorar substancialmente o questionário, pelo que fica o agradecimento a todos por esta valiosa participação.

1.4. Condicionantes

No que respeita a condicionantes na realização deste trabalho deve referir-se que, na maioria dos casos, existem serviços de SHST nos Hospitais, embora se verifique uma evidente escassez de recursos humanos tecnicamente especializados em SHST, não sendo muitas vezes disponibilizados os meios financeiros, organizacionais e técnicos necessários ao cumprimento da legislação. Acresce que uma boa parte dos dirigentes da AP em geral, e dos Hospitais do SNS em particular, quer sejam de topo ou de grau intermédio, não estão sensibilizados para a importância das matérias de SHST.

Ainda assim, optou-se por lançar um questionário aos Hospitais do SNS, permitindo uma visão mais concreta da implementação da legislação quanto a AT. Contudo, para além de não terem sido cumpridos os prazos de resposta indicados na carta que acompanhava os referidos questionários, não foi possível apurar o grau de fidedignidade dos dados recolhidos por impossibilidade de verificação *in loco* dos serviços de SHST nos Hospitais do SNS. De qualquer modo, foram considerados todos os dados recolhidos como fidedignos e tratados como tal. Acresce ainda referir que não foram fornecidos dados sobre as causas dos AT, nomeadamente as listas das causas dos AT, solicitadas no questionário (ponto 6), pelo que não foi possível completar a informação presente neste trabalho. Consultado o trabalho que mais se aproxima em conteúdo ao presente trabalho, verifica-se que também não contem dados sobre as causas dos AT (*vide* Relatório IGAS n.º 381/2008 da Inspeção-Geral das Actividades em Saúde (IGAS) com o tema “*Inspeção Temática aos Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho*”).

Deve também referir-se uma certa resistência dos serviços da AP quando confrontados com pedidos de acesso a informação sobre esta matéria ou mesmo quando solicitada alguma informação junto de responsáveis pelos serviços.

Uma última referência ao facto de não se existirem trabalhos realizados especificamente sobre esta matéria nos Hospitais do SNS em Portugal, excepções feitas ao Relatório IGAS n.º 381/2008 da Inspeção-Geral das Actividades em Saúde (IGAS), publicado no site www.igas.min-saude.pt, com o tema “*Inspeção Temática aos Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho*” e à tese para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública da aluna Matilde Delmina da Silva Martins, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, sob o tema “*Acidentes de Trabalho nas instituições de saúde do Distrito de Bragança*”.

Estes dois trabalhos foram objecto de consulta, tendo-se verificado uma efectiva aproximação do presente trabalho aos trabalhos citados. Contudo, por um lado, a abordagem da tese para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública da aluna Matilde Delmina da Silva Martins, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, como o próprio título indica, apresenta um âmbito mais restrito em termos geográficos (Distrito de Bragança) e um âmbito mais alargado relativamente às organizações objecto de estudo (instituições de saúde genericamente consideradas). Por outro lado, o Relatório IGAS n.º 381/2008 também se debruça num âmbito mais alargado, considerando, para além dos estabelecimentos hospitalares (Centros Hospitalares e Hospitais) as unidades de saúde com missão de garantir a prestação de cuidados de saúde. O presente trabalho, mais direccionado apenas aos estabelecimentos hospitalares, pretende, ainda que de uma forma limitada, dar a conhecer a legislação sobre AT em vigor na AP; realizar a verificação do cumprimento da legislação sobre AT na AP, no sector da saúde (embora condicionada pela questão da veracidade dos dados recolhidos); e a confirmação da existência efectiva de serviços de SHST.

2. Legislação em vigor sobre Acidentes de Trabalho na Administração Pública

2.1. Legislação internacional e da OIT

No contexto da legislação internacional, é a International Labour Organisation (ILO) – Organização Internacional do Trabalho (OIT), a organização de carácter internacional que desenvolveu normas a nível mundial para as diversas vertentes do trabalho. A OIT remonta as suas origens às regiões da Europa e da América do Norte do século XIX, com a Revolução Industrial e o conseqüente desenvolvimento económico. A ideia de uma legislação internacional do trabalho advém dos graves problemas sociais e preocupações de ordem moral e económica relacionadas com o custo humano da Revolução Industrial.

A Constituição da OIT foi redigida no início do ano de 1919 pela Comissão da Legislação Internacional do Trabalho, constituída pelo Tratado de Versalhes. Esta Comissão era composta por representantes de nove países (Bélgica, Cuba, Checoslováquia, Estados Unidos, França, Itália, Japão, Polónia e Reino Unido), sendo presidida pelo presidente da Federação Americana do Trabalho, dando origem a uma organização tripartida, cujos órgãos executivos são compostos por representantes de governos, empregadores e trabalhadores. A Constituição da OIT foi integrada no Tratado de Versalhes. Graças à sua estrutura tripartida, a OIT é a única organização mundial em que os representantes dos empregadores e dos trabalhadores participam na definição das políticas e dos programas em pé de igualdade com os governos.

A OIT incentiva igualmente o tripartismo no seio dos países membros, sendo que cada país membro tem o direito de se fazer representar na Conferência Internacional do Trabalho por quatro delegados: dois em representação do Governo, um em representação dos trabalhadores e outro dos empregadores. Cada um destes delegados pode intervir e votar com toda a independência.

A Conferência Internacional do Trabalho reúne-se todos os anos em Junho, em Genebra. A última Conferência Internacional do Trabalho, a nonagésima oitava reunião, realizou-se a 14 de Junho de 2009. Os delegados são acompanhados por consultores técnicos. Para além dos delegados dos governos, os ministros do Trabalho de cada país membro também participam e intervêm geralmente na Conferência. De dois em dois anos, a Conferência adopta o programa de trabalho e o orçamento bienais da OIT, sendo este financiado pelos países membros, que ascendem a 183 países.

“Actualmente, o principal objectivo da OIT consiste em promover oportunidades para que mulheres e homens possam ter acesso a um trabalho digno e produtivo, em condições de liberdade, equidade e dignidade.”; palavras de Juan Somavia, Director-Geral da OIT.

Em virtude de se estruturar de forma tripartida, reunindo governos e organizações de empregadores e trabalhadores, a OIT desenvolveu desde 1919 um sistema de normas internacionais que abrange todas as matérias relacionadas com o trabalho.

Estas normas assumem a forma de convenções e recomendações internacionais sobre o trabalho. As convenções da OIT são tratados internacionais sujeitos a ratificação pelos Estados Membros da Organização. As recomendações são instrumentos não vinculativos que definem a orientação das políticas e acções nacionais. Tanto as convenções como as recomendações pretendem ter um impacto real sobre as condições e as práticas de trabalho em todo o mundo.

Actualmente foram adoptadas mais de 180 convenções e mais de 190 recomendações sobre um vasto leque de matérias, nomeadamente liberdade sindical e negociação colectiva, igualdade de tratamento e de oportunidades, abolição do trabalho forçado e do trabalho infantil, promoção do emprego e formação profissional, segurança social, condições de trabalho, administração do trabalho e inspecção do trabalho, prevenção de acidentes de trabalho, protecção da maternidade e protecção de trabalhadores migrantes e de outras categorias de trabalhadores, tais como marítimos, enfermeiros e trabalhadores agrícolas. Foram já registadas mais de 7000 ratificações, de acordo com informação do escritório da OIT em Portugal.

Portugal foi um dos signatários do Tratado de Versailles que, em 1919, criou a OIT e, nessa qualidade, figura entre os seus membros fundadores. Foi acordado entre a República Portuguesa e a OIT que esta última estabeleceria um escritório em Lisboa para o desempenho das funções que lhe venham a ser atribuídas pelo Director-Geral do Bureau Internacional do Trabalho. O Escritório da OIT em Lisboa direccionou a sua actuação em três eixos prioritários de intervenção: diálogo em torno dos valores da OIT, desenvolvimento de parcerias técnicas com instituições portuguesas e interface com a língua portuguesa.

Foi celebrado um acordo entre o governo português e a OIT a 29 de Setembro de 1982, tendo em vista o desenvolvimento conjunto de programas de cooperação técnica, no domínio sócio-laboral, de que fossem receptores os países em vias de desenvolvimento com especiais relações de cooperação com Portugal, podendo o governo português colaborar na realização de programas de cooperação técnica. Este acordo foi publicado em Diário da República a 10 de Agosto de 1983.

De salientar, contudo, as ratificações que Portugal realizou a Convenções da OIT. Neste contexto, um especial destaque às Convenções da OIT ratificadas por Portugal relativas a segurança e higiene no trabalho e a segurança social, muitas vezes com uma Recomendação da OIT associada, e distribuídas tematicamente da seguinte forma:

Quadro 2 – Convenções ratificadas por Portugal

Tema	Convenção	Recomendação	Assunto	Data de ratificação
Segurança e Higiene no Trabalho	Convenção 45	-	Emprego de mulheres em trabalhos subterrâneos, 1935	D.L. 27 891 de 26.7.37
	Convenção 115	114 (1960)	Protecção contra as radiações, 1960	Dec. 26/93 de 18.8.93
	Convenção 120	120 (1964)	Higiene (comércio e escritórios), 1964	Dec. 81/81 de 29.6.81
	Convenção 127	128 (1967)	Peso máximo, 1967	D.G. 17/84 de 4.4.84
	Convenção 139	147 (1974)	Prevenção e controlo dos riscos profissionais causados por substâncias e agentes cancerígenos, 1974	D.P.R. 61/98 de 18.12.98
	Convenção 148	156 (1977)	Ambiente de trabalho (poluição do ar, ruído e vibrações), 1977	Dec. 106/80 de 15.10.80
	Convenção 155	164 (1981)	Segurança e saúde dos trabalhadores, 1981	D.G. 1/85 de 16.1.85
	Convenção 162	172 (1986)	Segurança na utilização do amianto, 1986	D.P.R. 57/98 de 2.12.98
	Convenção 176	183 (1995)	A segurança e saúde nas minas, 1995	D.P.R. 55/01 de 23.10.01
Segurança Social	Convenção 12	-	Reparação de acidentes de trabalho (agricultura), 1921	D.L.42 874 de 15.3.60
	Convenção 17	-	Reparação dos acidentes de trabalho, 1925	Dec. 16 586 de 9.3.29
	Convenção 18	24 (1925)	Doenças Profissionais, 1925	Dec. 16 587 de 9.3.29
	Convenção 19	25 (1925)	Igualdade de tratamento entre trabalhadores estrangeiros e nacionais em matéria de reparação de acidentes de trabalho, 1925	Dec. 16 588 de 9.3.29
	Convenção 102	-	Segurança Social (norma mínima), 1952	D.P.R. 25/92 de 3.11.92

Sendo todas as convenções e respectivas ratificações legislação que visa a promoção de melhores condições de trabalho e o desenvolvimento da SHST, todas importam enquanto legislação que permite a prevenção dos acidentes de trabalho. No entanto, poderão destacar-se duas convenções de especial relevância:

- Convenção n.º 102 da OIT, ratificada em 1992 e publicada em Diário da República a 3 de Novembro de 1992 (Resolução da Assembleia da República n.º 31/92), no âmbito da Segurança Social. Esta ratificação veio incluir na ordem jurídica portuguesa a norma mínima de segurança social, sendo que os art.ºs 31º a 38º se reportam a prestações em caso de acidente de trabalho (AT) e de doenças profissionais, e
- Convenção n.º 155 da OIT, à qual está associada a Recomendação 164 da OIT, ratificada para Portugal por Decreto do Governo n.º 1/85, de 16 de Janeiro, relativa à implementação de uma política nacional coerente em matéria de segurança, saúde dos trabalhadores e ambiente de trabalho, tendo como objectivo a prevenção dos acidentes e dos perigos para a saúde resultantes do trabalho, quer relacionados com o trabalho, quer ocorram durante o trabalho.

2.2. Legislação comunitária

No que respeita à legislação a nível comunitário, a grande referência é a directiva-quadro, a Directiva 89/391/CEE do Conselho, de 12 de Junho de 1989, relativa à adopção de medidas que se destinam a promover a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores no local de trabalho. Esta directiva inicial sofreu modificações com o Regulamento (CE) n.º 1882/2003, de 20 de Novembro e a Directiva 2007/30/CE, de 28 de Junho de 2007.

A directiva-quadro pretende assegurar a melhoria da protecção dos trabalhadores no local de trabalho, incentivando a adopção de medidas de prevenção dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais, incrementando a informação, consulta, participação e a formação dos trabalhadores e seus representantes. Esta directiva-quadro é aplicável a todos os sectores de actividade, sejam públicos ou privados (excepto alguns sectores específicos da função pública e na protecção civil).

A directiva-quadro especifica as obrigações dos empregadores e dos trabalhadores no âmbito da SHST, nomeadamente quanto à obrigatoriedade de avaliação de riscos profissionais, elaboração de listagens de acidentes de trabalho e suas causas, uso correcto das máquinas e equipamentos e uso do equipamento de protecção individual. Quanto à vigilância da saúde dos trabalhadores, as medidas a estabelecer devem conformar as legislações e práticas nacionais. Uma atenção especial foi dada aos grupos vulneráveis, cuja protecção é especificamente direccionada contra os perigos que afectam particularmente estes grupos.

Esta directiva foi adaptada para a legislação nacional através do Decreto-Lei (DL) n.º 441/91, de 14 de Novembro, alterado pelo DL n.º 133/99, de 21 de Abril, e pela Lei n.º 118/99, de 11 de Agosto. Mas mesmo atento o facto de ter sido legislada a adopção de medidas que se destinam a promover a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores no local de trabalho, e considerando que a saúde e a segurança no local de trabalho representam hoje uma das vertentes mais importantes e avançadas da política social da União Europeia, salienta-se que a acção comunitária não se limita à legislação. A informação, orientação e promoção de um ambiente de trabalho seguro e saudável são alvos de inúmeras actividades que as instituições europeias levam a cabo, e a esse propósito são de referir duas instituições com particular relevância nesta colaboração: a Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho e a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho.

Agência europeia para a segurança e a saúde no trabalho

A Agência europeia para a segurança e a saúde no trabalho (doravante designada por Agência) foi instituída pelo Regulamento (CE) n.º 2062/94 do Conselho, de 18 de Julho de 1994. A Agência é dotada de personalidade jurídica e está sediada em Bilbao, em Espanha. É composta pelo Conselho

de Direcção (composto por 78 membros, cujos mandatos são de três anos, renováveis e que determina os objectivos estratégicos da Agência, adopta o programa evolutivo de trabalho de quatro anos com base num projecto preparado pelo Director, após consulta da Comissão e do Comité Consultivo para a Segurança, Higiene e Protecção da Saúde no Local de Trabalho e aprova até 31 de Janeiro de cada ano um relatório geral anual sobre as actividades da Agência), pela Mesa (composta por 11 membros, que controla a aplicação das decisões do Conselho de Direcção e toma todas as medidas necessárias à boa gestão da Agência) e pelo Director (nomeado pelo Conselho de Direcção, dirige a Agência).

Está cometida à Agência a prestação de informações de carácter técnico, científico e económico úteis no âmbito da segurança e saúde no trabalho (SST), a instituições comunitárias, bem como aos Estados-Membros e eventuais meios de comunicação social interessados.

No intuito de divulgação de tais informações a Agência criou uma rede com pontos focais nacionais, centros temáticos europeus e os elementos essenciais de cada rede nacional de informação.

A Agência criou um sítio na Internet que permite a divulgação e o intercâmbio de informações susceptíveis de melhorar a segurança e a saúde no trabalho.

Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (EUROFOUND)

A EUROFOUND – Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho é um órgão tripartido da União Europeia, instituído através do Regulamento (CEE) n.º 1365/75 do Conselho, de 26 de Maio de 1975, tendo sofrido alterações através do Regulamento (CEE) n.º 1947/93, de 26 de Julho, do Regulamento (CE) n.º 1649/2003, de 1 de Outubro e do Regulamento (CE) n.º 1111/2005 de 4 de Agosto.

A EUROFOUND é dotada de personalidade jurídica e está sediada em Dublin, na Irlanda. É constituída pelo Conselho de Direcção (com um mandato de 3 anos renovável, é composto por 78 membros e administra a EUROFOUND, adoptando o programa de trabalho anual em conjunto com a Comissão e o programa evolutivo de trabalho de quatro anos, com base num projecto apresentado pelo Director), pela Mesa (é composta por 11 membros e, essencialmente, controla a aplicação das decisões do Conselho de Direcção) e pelo Director (que dirige a EUROFOUND e executa as decisões tomadas pelo Conselho de Direcção. É nomeado pela Comissão por um período máximo de cinco anos e pode ser reconduzido nas suas funções. Elabora todos os anos, antes de 1 de Julho, um programa de trabalho anual, bem como uma estimativa das despesas necessárias) e um Director-Adjunto.

A EUROFOUND criou o Observatório Europeu da Mudança (EMCC), para analisar e prever as mutações do meio industrial e no seio das empresas, com vista a apoiar o progresso socioeconómico.

O EUROFOUND tem por missão contribuir para a “*concepção e o estabelecimento de melhores condições de vida e de trabalho através de uma acção com vista a desenvolver e difundir os conhecimentos que permitam facilitar tal evolução*”.

No essencial, a EUROFOUND actua em três vertentes: nas condições de trabalho (organização do trabalho, horários de trabalho, flexibilidade, etc.), nas condições de vida (conciliação da vida profissional com a vida familiar, integração no mundo do trabalho, entre outros) e nas relações industriais (reestruturações de empresa, incentivo à participação dos trabalhadores e seus representantes, etc.). A sua actuação passa pela avaliação das condições de trabalho e de vida, emissão de pareceres, aconselhamento a dirigentes e agentes da política social, informação sobre o desenvolvimento das matérias que trata e as novas direcções que apontam no sentido da mudança.

A EUROFOUND criou um sítio na Internet que permite a melhoria das condições de vida e de trabalho.

Além das anteriormente referidas instituições, também deve mencionar-se o **Comité Consultivo para a Segurança e Saúde no Trabalho**, criado por Decisão do Conselho 2003/C 218/01 de 22 de Julho de 2003, e que assume as competências do desde então extinto Comité Consultivo para a Segurança, Higiene e Protecção da Saúde no local de trabalho (criado em 1974) e da extinta Comissão de Segurança e Saúde para as Minas e Outras Indústrias Extractivas (criada em 1957). Ao Comité Consultivo para a Segurança e Saúde no Trabalho compete assistir a Comissão na preparação e implementação de decisões na área da SHST e facilitar a cooperação entre as administrações nacionais, os sindicatos e as organizações de entidades empregadoras.

Contextualizando toda a actuação das diversas instituições europeias, têm sido desenvolvidas pela UE estratégias de saúde e segurança no trabalho objectivando, numa primeira fase, a implementação de legislação de SHST e numa segunda fase, a actual, o combate declarado aos acidentes de trabalho. De seguida faz-se um breve descritivo que permite tomar contacto com as estratégias, sua calendarização e objectivos.

Estratégia comunitária de saúde e segurança no trabalho (2002-2006)

Foi realizada a 11 Março de 2002 uma Comunicação da Comissão intitulada “*Adaptação às transformações do trabalho e da sociedade: uma nova estratégia comunitária de saúde e segurança 2002-2006*”. Esta estratégia visa, por um lado, fomentar a aplicação da legislação em vigor em matéria de saúde e segurança no trabalho e, por outro lado, impulsionar essa aplicação no período em causa.

A Europa encontrava-se numa fase de transição para a economia do conhecimento, caracterizada por grandes mudanças, que afectam a composição da população activa, as formas de emprego e os

riscos no local de trabalho. Segundo a Comissão, para criar um ambiente de trabalho seguro e saudável, devem ser satisfeitas três exigências: «*consolidação da cultura de prevenção dos riscos, melhor aplicação da legislação em vigor e adopção de uma abordagem global de "bem-estar no trabalho"*». Na prossecução da satisfação destas exigências, foram propostas três vias de acção para a estratégia comunitária: adaptar o quadro jurídico, incentivar as chamadas “*vias de progresso*” (melhores práticas e boas práticas, o diálogo social e responsabilidade social das organizações), e integrar a SHST nas outras políticas comunitárias.

O reflexo desta estratégia não se registou em Portugal, de acordo com os dados constantes do Boletim Estatístico de Junho de 2009, publicado no site da Direcção-Geral de Estudos Estatística e Planeamento do Ministério da Solidariedade e Segurança Social (www.dgeep.mtss.gov.pt). No referido boletim consta o número de acidentes de trabalho em Portugal ocorridos segundo o tipo de local, que se traduzem no seguinte quadro:

Quadro 3 – Estatística sobre Acidentes de Trabalho em Portugal

	2004			2005			2006		
	total	não mortais	mortais	total	não mortais	mortais	total	não mortais	mortais
Totais	234.109	233.803	306	228.884	228.584	300	237.392	237.139	253
Estabelecimento de saúde , clinica, hospital, berçário	3.780	3.779	1	5.086	5.086	---	5.451	5.451	---

Pela análise dos dados acima expostos, verifica-se uma evolução indesejável do número de acidentes de trabalho ocorridos em estabelecimento de saúde, clínica, hospital, berçário, sendo que se registou um aumento de 35% em 2005 em relação a 2004 e um acréscimo de 7% em 2006 relativamente ao ano anterior. No que respeita ao número de acidentes de trabalho em todos os locais onde ocorreram, denota-se uma quebra de 2% em 2005 e um aumento de 4% no ano seguinte, mesmo assim uma subida mais moderada que em estabelecimento de saúde, clínica, hospital, berçário.

No entanto, os dados comparativos sobre acidentes de trabalho mortais podem expressar os frutos da estratégia em Portugal, pelo que se constatou uma diminuição cada vez mais acentuada da ocorrência de acidentes de trabalho mortais (diminuição de 2% em 2005 e de 16% em 2006), uma verdadeira conquista no combate à sinistralidade.

Estratégia comunitária para a saúde e a segurança no trabalho (2007-2012)

A 21 de Fevereiro de 2007, a Comissão transmitiu uma Comunicação ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões [COM(2007)0062], intitulada “Melhorar a qualidade e a produtividade do trabalho: estratégia comunitária para a saúde e a segurança no trabalho (2007-2012)”. Esta comunicação foi concretizada pela resolução do Parlamento Europeu, de 15 de Janeiro de 2008, sobre a estratégia comunitária 2007 -2012 para a

saúde e a segurança no trabalho, e define uma série de medidas, a nível comunitário e nacional, tendentes a reduzir em 25% a taxa total de incidência de acidentes de trabalho até 2012, considerando que os acidentes de trabalho e as doenças profissionais são um encargo em termos humanos e económicos.

Uma boa saúde no trabalho permite melhorar a saúde pública em geral, assim como a produtividade e a competitividade das empresas. Além disso, os problemas de saúde e de segurança no trabalho custam caro aos sistemas de protecção social. É, pois, necessário assegurar aos trabalhadores condições de trabalho agradáveis e contribuir para o seu bem-estar geral.

A presente estratégia comunitária para a saúde e a segurança no trabalho vem no seguimento da estratégia para 2002-2006. A nova estratégia para 2007-2012, mais ambiciosa, fixa como principal objectivo uma redução de 25% na taxa total de incidência de acidentes de trabalho. Para o conseguir, a Comissão estabeleceu seis objectivos intermédios: criar um quadro normativo moderno e eficaz; favorecer o desenvolvimento e a execução de estratégias nacionais; promover mudanças de comportamento; fazer face a novos riscos e a riscos mais sérios; avaliar melhor os progressos realizados e promover a saúde e a segurança a nível internacional.

Quanto ao reflexo desta estratégia, não foi possível recolher indicadores estatísticos no site da Direcção-Geral de Estudos Estatística e Planeamento do Ministério da Solidariedade e Segurança Social, na medida em que os últimos dados disponíveis se reportam ao ano de 2006. Contudo, a Comissão emitiu uma Comunicação para o Parlamento Europeu, o Conselho, o Comité Europeu Económico e Social Europeu e o Comité das Regiões sobre a implementação das Directivas de SHST 89/391/CEE (Directiva-quadro), 89/654/CEE (Locais de Trabalho), 89/655/CEE (Equipamentos de Trabalho), 89/656/CEE (Equipamento de Protecção Individual), 90/269/CEE (Movimentação Manual de Cargas) e 90/270/CEE (Equipamentos Dotados de Visor). Esta comunicação examina como a directiva quadro de 1989 e as cinco seguintes directivas específicas foram transpostas e aplicadas nos estados-membros. Também conclui sobre o seu impacto na legislação de SHST e como afecta a economia e sociedade.

A directiva 89/391/CEE transformou a perspectiva da segurança e saúde dos trabalhadores ao introduzir uma abordagem preventiva integrada e ao possibilitar melhorias nas condições de trabalho em matéria de SHST. Esta nova abordagem é baseada fundamentalmente nos princípios que a directiva-quadro 89/391/CEE introduziu, responsabilizando empregadores, fomentando a prevenção, a informação, a formação e a consulta e participação dos trabalhadores. A directiva 89/391/CEE e as directivas 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE e 90/270/CEE levaram à racionalização e simplificação da legislação nacional, e as transposições das directivas obrigaram os estados-membros a alterar a legislação baseada em princípios reactivos para uma legislação preventiva baseada numa abordagem ao comportamento individual e às estruturas organizacionais.

Foi neste acto avaliada a inclusão do sector público na legislação de SHST, sendo que representa uma ruptura com o passado na maioria dos estados-membros. Apesar dos problemas em alguns países, a transposição da legislação europeia no sector público pode ser considerada satisfatória. O grau de implementação da legislação apresenta contudo alguns problemas, nomeadamente:

- É amplamente reconhecido na AP que os níveis de risco são negligenciados em comparação com o sector privado;
- Não é comum a intervenção de inspectores do trabalho no sector público ou as inspecções não são suficientemente autónomas hierarquicamente;
- Os orçamentos são frequentemente limitados.

Foram apontados os efeitos positivos relacionados com a implementação da directiva-quadro, sendo que a diminuição do número de acidentes de trabalho e a tomada de conhecimento e consciencialização por parte dos empregadores da importância da legislação de SHST são as grandes conquistas, embora outros pontos sejam mencionados, nomeadamente a ênfase na filosofia preventiva, a obrigação das entidades empregadoras avaliarem os riscos, formar e informar os trabalhadores e os direitos e deveres dos trabalhadores.

Os principais problemas apontados pelos estados-membros na implementação da directiva-quadro relacionam-se com as formalidades administrativas, o fardo financeiro e a necessidade de elaborar e adoptar medidas adequadas em tempo útil nas PME's.

Estatisticamente, a tradução dos efeitos positivos da implementação da directiva-quadro traduz-se na diminuição em 12% do número de acidentes de trabalho na UE [4539 em 1994 e 4016 em 2000, *in* "Key figures of the act (for the year of 2000)"].

2.3. Legislação nacional

No que concerne à legislação nacional, uma primeira referência ao **DL n.º 441/91, de 14 de Novembro**, que surgiu da necessidade de dar cumprimento integral às obrigações decorrentes da ratificação da Convenção n.º 155 da OIT, de adaptar o normativo interno à Directiva 89/391/CEE e de institucionalizar formas eficazes de participação e diálogo de todos os interessados na matéria de SHST. Este diploma contém os princípios que visam promover a SHST e embora não tenha sido expressamente revogado, com a entrada em vigor do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 99/2003, de 27 de Agosto, devem ser consideradas derogadas as disposições de SHST nele contidas, mantendo-se, no entanto, em vigor, no que respeita às políticas de promoção da SHST que devem ser asseguradas pelo Estado. Para além do mais, a Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro (que só entra em vigor a 1 de Outubro de 2009), no seu artigo 120º vem revogar expressamente o DL n.º 441/91 de 14 de Novembro, com efeitos a partir da data de entrada em vigor do diploma que regula a mesma matéria (ainda por publicar).

Actualmente, o diploma que regula as matérias de SHST é o **Código do Trabalho**, considerado na sua 1ª revisão, a Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro. Logo no artigo 2º, este texto legal enumera as directivas comunitárias que são transpostas, total ou parcialmente, para a ordem jurídica portuguesa, nomeadamente:

- Directiva do Conselho n.º 91/533/CEE, de 14 de Outubro, relativa à obrigação de a entidade patronal informar o trabalhador sobre as condições aplicáveis ao contrato ou à relação de trabalho;
- Directiva do Conselho n.º 92/85/CEE, de 19 de Outubro, relativa à implementação de medidas destinadas a promover a melhoria da segurança e da saúde das trabalhadoras grávidas, puérperas ou lactantes no trabalho;
- Directiva do Conselho n.º 94/33/CE, de 22 de Junho, relativa à protecção dos jovens no trabalho;
- Directiva do Conselho n.º 96/34/CE, de 3 de Junho, relativa ao acordo quadro sobre licença parental celebrado pela União das Confederações da Indústria e dos Empregadores da Europa (UNICE), pelo Centro Europeu das Empresas Públicas (CEEP) e pela Confederação Europeia dos Sindicatos (CES);
- Directiva n.º 96/71/CE, do Conselho e do Parlamento Europeu, de 16 de Dezembro, relativa ao destacamento de trabalhadores no âmbito de uma prestação de serviços;
- Directiva do Conselho n.º 97/81/CE, de 15 de Dezembro, relativa ao acordo quadro sobre trabalho a tempo parcial celebrado pela UNICE, pelo CEEP e pela CES;
- Directiva do Conselho n.º 98/59/CE, de 20 de Julho, relativa à aproximação das legislações nos Estados membros respeitantes a despedimentos colectivos;
- Directiva do Conselho n.º 1999/70/CE, de 28 de Junho, relativa ao acordo quadro UNICE, pelo CEEP e pela CES, respeitante a contratos de trabalho a termo;

- Directiva do Conselho n.º 2000/43/CE, de 29 de Junho, que aplica o princípio da igualdade de tratamento entre pessoas, sem distinção de origem racial ou étnica;
- Directiva do Conselho n.º 2000/78/CE, de 27 de Novembro, que estabelece um quadro geral de igualdade de tratamento no emprego e na actividade profissional;
- Directiva do Conselho n.º 2001/23/CE, de 12 de Março, relativa à aproximação das legislações dos Estados membros respeitantes à manutenção dos direitos dos trabalhadores em caso de transferência de empresas ou estabelecimentos, ou de partes de empresas ou estabelecimentos;
- Directiva n.º 2002/14/CE, do Conselho e do Parlamento Europeu, de 11 de Março, que estabelece um quadro geral relativo à informação e à consulta dos trabalhadores na Comunidade Europeia;
- Directiva n.º 2003/88/CE, do Conselho e do Parlamento Europeu, de 4 de Novembro, relativa a determinados aspectos da organização do tempo de trabalho;
- Directiva n.º 2006/54/CE, do Conselho e do Parlamento Europeu, de 5 de Julho, relativa à aplicação do princípio da igualdade de oportunidades e igualdade de tratamento entre homens e mulheres em domínios ligados ao emprego e à actividade profissional (reformulação).

Deste diploma, destaquem-se especialmente os artigos 283º e 284º, que dispõem sobre Acidentes de trabalho e doenças profissionais e Regulamento da prevenção e reparação, respectivamente. O artigo 283º consagra o direito à reparação de danos emergentes de AT ou doença profissional (que constam de listagem publicada em Diário da República); estabelece a obrigatoriedade de transferência da responsabilidade pela reparação de danos emergentes de AT para entidades legalmente autorizadas a realizar este seguro; estabelece a responsabilidade pela reparação dos danos emergentes de doenças profissionais para a segurança social; e estipula o dever que cabe à entidade empregadora de assegurar a ocupação em funções compatíveis com a redução da capacidade de trabalho ou de ganho que o trabalhador afectado de lesão provocada por AT ou doença profissional manifeste.

O artigo 284º refere que “*O disposto neste capítulo é regulado em legislação específica*”. Consultada a norma revogatória constante do artigo 12º, verifica-se, no seu n.º3, alínea a), que os artigos 272º a 280º da Lei n.º 99/2003, de 27 de Agosto (que aprovou o anterior Código do Trabalho), só serão revogados com a entrada em vigor do diploma que regular a mesma matéria, no caso, SHST. Foi publicada a Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro, que regulamenta o **Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho**. Este diploma não veio introduzir alterações substanciais à matéria anteriormente regulada pelo CT e pelo RCT, excepção feita às normas introduzidas sobre actividades proibidas ou condicionadas a trabalhadoras grávidas, puérperas ou lactantes e actividades proibidas ou condicionadas a menor. Acima de tudo, deve registar-se que este diploma reúne a legislação dispersa pelo CT e pelo RCT num único diploma. Contudo, este diploma entra em vigor a 1 de Outubro de 2009. Desta forma, vigoram actualmente as normas constantes do anterior

Código do Trabalho, Lei n.º 99/2003, de 27 de Agosto e respectiva Regulamentação, Lei n.º 35/2004, de 29 de Julho.

Assim, vigoram nesta data os artigos 272º a 280º da Lei n.º 99/2003, de 27 de Agosto, que constituem o Capítulo IV – Segurança, higiene e saúde no trabalho e os artigos 211º a 289º da Lei n.º 35/2004, de 29 de Julho, que compõem o Capítulo XXII - Segurança, higiene e saúde no trabalho. Na Lei n.º 99/2003, de 27 de Agosto, são estabelecidos os princípios gerais da SHST, as obrigações do empregador e do trabalhador, o dever de informação e consulta dos trabalhadores, os serviços de SHST, os representantes dos trabalhadores, a sua formação e as competências em matéria de inspecção. Na Lei n.º 35/2004, de 29 de Julho, é regulado o regime de SHST, através de disposições gerais e definições de conceitos; serviços de SHST: sua organização, funcionamento, informação e consulta e deveres dos trabalhadores; e representantes dos trabalhadores para a SHST: sua eleição, protecção e dever de reserva e confidencialidade.

Ainda no âmbito da legislação nacional, um diploma relevante é a Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/2008, de 1 de Abril, que publica em anexo a **Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2008 -2012**, na sequência da nova estratégia comunitária para o período 2007-2012. A Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2008-2012 foi concebida como um instrumento de política global de promoção da SST, de médio prazo, que visa:

- Responder à necessidade de promover a aproximação aos padrões europeus em matéria de acidentes de trabalho e doenças profissionais;
- Alcançar o objectivo global de redução constante e consolidada dos índices de sinistralidade laboral;
- Contribuir para melhorar, de forma progressiva e continuada, os níveis de saúde e bem-estar no trabalho.

Para além destes diplomas legais, a Lei n.º 100/97, de 13 de Setembro, é particularmente importante porquanto aprova o regime jurídico dos acidentes de trabalho e doenças profissionais, embora não inclua de forma directa os trabalhadores ao serviço da AP.

2.4. Legislação nacional para a Administração Pública

O regime jurídico do enquadramento da SHST aprovado pelo DL n.º 441/91, de 14 de Novembro, foi aplicado à AP pelo **DL n.º 488/99, de 17 de Novembro**. Contudo, com a entrada em vigor do **Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas (RCTFP)**, aprovado pela Lei n.º 59/2008, de 11 de Setembro, foi expressamente revogado o DL n.º 488/99.

A legislação em vigor para a AP é o **DL nº 503/99, de 20 de Novembro**, que estabelece o **Regime Jurídico dos acidentes em serviço e das doenças profissionais ocorridos ao serviço da Administração Pública**. No preâmbulo deste diploma pode verificar-se que foram considerados os normativos comunitários e internacionais vigentes, nomeadamente o Código Europeu de Segurança Social, o Regulamento (CE) n.º 1408/71 e as Convenções n.ºs 102 e 121, a Recomendação n.º 121 e o Relatório da Reunião n.º 261, de Novembro de 1964, da OIT.

O DL nº 503/99, de 20 de Novembro, sofreu alterações através da entrada em vigor do RCTFP - Lei n.º 59/2008, de 11 de Setembro. Deve registar-se, entre outras, a alteração da designação de “acidente em serviço” para “acidente de trabalho” (“*As referências legais feitas a acidentes em serviço consideram-se feitas a acidentes de trabalho*”), deixando de existir uma clara distinção entre a designação do mesmo tipo de ocorrência, conforme o disposto no n.º 6 do artigo 2º do DL n.º 503/99, de 20 de Novembro, na redacção dada pelo RCTFP (Lei n.º 59/2008, de 11 de Setembro).

E com a entrada em vigor do RCTFP são aplicáveis aos trabalhadores que exercem funções públicas na modalidade de nomeação, com as necessárias adaptações, os artigos 221º a 229º do RCTFP e os artigos 132º a 204º do Regulamento (anexo II ao diploma), sobre SHST. Quanto às disposições constantes dos artigos 221º a 229º verifica-se uma correspondência directa com os artigos 272º a 280º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 99/2003, de 27 de Agosto. No que respeita aos artigos 132º a 204º do Regulamento, também existe correspondência com os artigos 211º a 289º da Lei n.º 35/2004, de 29 de Julho, que regulamenta o Código do Trabalho. Deste modo, constata-se a normalização dos regimes público e privado quanto às matérias de SHST, sem distinções quanto à modalidade de vínculo contratual.

É visível essa mesma linha de uniformização de regimes aplicáveis na AP no DL nº 503/99, de 20 de Novembro, na redacção dada pela Lei n.º 59/2008, de 11 de Setembro. Este diploma legal é aplicável a todos os trabalhadores que exercem funções públicas, nas modalidades de nomeação ou de contrato de trabalho em funções públicas, nos serviços da administração directa e indirecta do Estado; todos os trabalhadores que exercem funções públicas nos serviços das administrações regionais e autárquicas e nos órgãos e serviços de apoio do Presidente da República, da Assembleia da República, dos tribunais e do Ministério Público e respectivos órgãos de gestão e de outros órgãos

independentes; e aos membros dos gabinetes de apoio, quer dos membros do Governo quer dos titulares dos órgãos referidos.

Aos trabalhadores não abrangidos pelo anteriormente exposto e aos **trabalhadores que exerçam funções em entidades públicas empresariais (EPE)** é aplicável o regime de acidentes de trabalho previsto no **Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 99/2003, de 27 de Agosto**, devendo as respectivas entidades empregadoras transferir a responsabilidade pela reparação dos danos emergentes de acidentes de trabalho nos termos previstos naquele Código.

Assim, são aplicados os artigos 272º a 280º da Lei n.º 99/2003, de 27 de Agosto, e os artigos 211º a 289º da Lei n.º 35/2004, de 29 de Julho a todos os trabalhadores dos Centros Hospitalares/Hospitais com a designação Entidade Empresarial do Estado (EPE). Considerando que nem todos os Centros Hospitalares/Hospitais são EPE, coexistem no SNS dois regimes jurídicos quanto à matéria de SHST, especificamente quanto a AT.

Contudo, atendendo à crescente aproximação do regime público ao regime privado, de que é exemplo o RCTFP, publicado recentemente, será analisado o tema à luz da legislação do Código do Trabalho. Demonstrando essa mesma tendência está o crescente número de Centros Hospitalares/Hospitais em regime de EPE. De facto, aquando do lançamento dos questionários existiam 10 EPE no conjunto de Centros Hospitalares/Hospitais que responderam, tendo esse número ascendido a 25 Centros Hospitalares/Hospitais EPE em Setembro de 2009. Actualmente os Centros Hospitalares/Hospitais EPE representam 93% dos Centros Hospitalares/Hospitais que compõem o universo objecto de estudo.

3. Os serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho – prevenção dos Acidentes de Trabalho

3.1. Princípios de prevenção

A prevenção dos AT é uma preocupação constante desde os primórdios da SHST. Em termos legais, existem numerosos diplomas que referem e incentivam a prevenção dos AT através de boas políticas de SHST. Desde logo, a Convenção n.º 155 da OIT expressa essa preocupação, sendo também uma questão presente na Directiva 89/391/CEE do Conselho, de 12 de Junho de 1989 e em ambas as estratégias comunitárias: Estratégia comunitária de segurança e saúde no trabalho (2002-2006) e Estratégia comunitária para a saúde e a segurança no trabalho (2007-2012). Decorre de todos estes textos uma necessidade de gestão da prevenção nos locais de trabalho, atentos todos os riscos profissionais e todos os intervenientes e no intuito de privilegiar as medidas tendentes à eliminação do risco. Esta é a nova abordagem que foi já mencionada, cuja perspectiva assenta na prioridade dada à prevenção integrada, com intervenções a montante, eliminando ou diminuindo substancialmente o risco.

Esta concepção de intervenção está patente na definição do conceito de prevenção constante da alínea c) do n.º 1 do artigo 213º da Regulamentação do Código do Trabalho (RCT), Lei n.º 35/2004, de 29 de Julho: *“conjunto de actividades ou medidas adoptadas ou previstas no licenciamento e em todas as fases de actividade da empresa, do estabelecimento ou do serviço, com o fim de evitar, eliminar ou diminuir os riscos profissionais.”*

Os princípios de prevenção estão expressamente consagrados no art.º 272º do Código do Trabalho, embora se possam considerar, em termos metodológicos e filosóficos, os princípios de prevenção consagrados como obrigações gerais do empregador, constantes do n.º 2 do artigo 273º do Código do Trabalho. Os princípios de prevenção assentam essencialmente na questão basilar de garantir aos trabalhadores condições de segurança, higiene e saúde em todos os aspectos relacionados com o trabalho. De entre outros, os princípios de prevenção são:

- Proceder à avaliação de riscos não evitáveis, identificando-os, combatendo-os na origem e anulando-os ou limitando o seu efeito e adoptá-la na empresa, estabelecimento ou serviço como base de desenvolvimento da prevenção;
- Planificar a prevenção e integrá-la na empresa considerando as diversas vertentes associadas, nomeadamente a adaptação do trabalho ao homem através da organização do trabalho, os meios disponíveis, as relações de trabalho, os factores materiais inerentes ao próprio trabalho, a evolução da técnica e a prioridade que a protecção colectiva deve ter em relação à protecção individual;

- Substituir tudo o que é perigoso pelo que não apresenta perigo ou é menos perigoso;
- Assegurar uma adequada vigilância da saúde dos trabalhadores, considerando os riscos a que estão expostos;
- Elaborar as medidas a adoptar em matéria de primeiros socorros, combate a incêndios e evacuação dos trabalhadores, bem como identificar quais os trabalhadores responsáveis pela adopção de tais medidas;
- Dar instruções adequadas (formar e informar) aos trabalhadores.

Por seu turno, as obrigações gerais do trabalhador não o excluem de participar positivamente na prevenção dos AT, nomeadamente através do cumprimento das prescrições de SHST, da utilização correcta dos equipamentos e meios postos à disposição para a prossecução do trabalho, da comunicação ao superior hierárquico ou a representante para as matérias de SHST das avarias ou deficiências que se afigurem susceptíveis de originar perigo grave e iminente ou, nessa impossibilidade, adoptar as medidas e instruções estabelecidas para essa situação.

3.2. Informação, formação, consulta e participação dos trabalhadores e seus representantes

Cabe à entidade empregadora o dever de **informar** sobre:

- A avaliação de riscos e medidas preventivas, quer quanto ao posto de trabalho ou função quer relativamente à empresa, estabelecimento ou serviço;
- As medidas e instruções a adoptar em caso de perigo grave e iminente; e
- As medidas de primeiros socorros, combate a incêndios e evacuação dos trabalhadores.

Essa informação deve acontecer sempre que o trabalhador seja admitido na empresa, mude de posto de trabalho ou função, sejam introduzidos novos equipamentos, sejam adoptadas novas técnicas e sempre que existam actividades que envolvam trabalhadores de várias empresas.

Aos trabalhadores com funções específicas no domínio da SHST a entidade empregadora deve informar sobre a avaliação de riscos, as medidas de SHST a adoptar, o material de protecção a utilizar, a lista anual de AT mortais e graves, e as medidas tomadas na sequência de anteriores informações, consultas e propostas.

A entidade empregadora tem ainda o dever de informar os serviços e técnicos qualificados exteriores à empresa que exerçam funções de SHST sobre os factores que afectam a SHST dos trabalhadores daquela empresa, estabelecimento ou serviço.

O trabalhador deve receber **formação** adequada no domínio da SHST, tendo em atenção o posto de trabalho e o exercício de actividades de risco elevado (a este propósito, *vide* o ponto 3.4.). Se o

trabalhador for designado para exercer funções de SHST o empregador deve assegurar a formação permanente para esse exercício. A formação deve ser assegurada de modo a que não possa resultar prejuízo para os mesmos.

A **consulta** realizada aos representantes dos trabalhadores ou aos próprios deve acontecer duas vezes por ano, no mínimo, e na forma escrita. Essa consulta recai essencialmente sobre a avaliação de riscos, as medidas de SHST a adoptar, o programa de formação em SHST, a designação dos trabalhadores que desempenham funções específicas nos domínios da SHST no local de trabalho, a designação dos trabalhadores responsáveis pela aplicação das medidas de primeiros socorros, combate a incêndios e evacuação de trabalhadores, o material de protecção a utilizar, a lista anual de AT mortais e graves, os relatórios de AT e as medidas tomadas na sequência de anteriores informações, consultas e propostas. Os trabalhadores e os seus representantes podem **participar** nas matérias de SHST propondo medidas de prevenção dos AT. As consultas realizadas e as propostas recebidas devem constar de registo em livro próprio organizado pela empresa.

Os **representantes dos trabalhadores** para a SHST são eleitos pelos parceiros por voto directo e secreto, sendo que as regras para constituição de listas constam do n.º 2 do art.º 277º do Código do Trabalho e as regras da eleição estão dispostas nos artigos 265º e seguintes da RCT. A protecção conferida aos representantes dos trabalhadores para a SHST está regulada nos artigos 20º e seguintes do mesmo diploma legal, assim como os seus direitos e deveres. Os mandatos dos representantes dos trabalhadores são de três anos, no decorrer dos quais dispõem de um crédito de cinco horas mensais para o exercício das suas funções. O número de representantes por trabalhador varia na seguinte proporção:

Quadro 4 – Representação de trabalhadores para a SHST

Número de trabalhadores na empresa	N.º de representantes para a SHST
< a 61	1
entre 61 e 150	2
entre 151 e 300	3
entre 301 e 500	4
entre 501 e 1000	5
entre 1001 e 1500	6
> 1500	7

Aos representantes dos trabalhadores para a SHST compete essencialmente assegurar a participação e diálogo em matéria de SHST, bem como propor medidas para minimizar qualquer risco profissional e pronunciar-se sobre a prevenção dos AT naquela empresa.

3.3. Inspeção

O cumprimento da legislação quanto a SHST compete à **Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT)**, assim como a realização de inquéritos em caso de AT mortal ou que evidencie uma situação particularmente grave. No decorrer das visitas realizadas pela ACT, os representantes dos trabalhadores podem apresentar as suas observações sobre as matérias da sua competência. A ACT pode ainda ser solicitada a intervir pelos representantes dos trabalhadores em caso de insuficiência de medidas ou meios que assegurem a SHST.

3.4. Serviços de SHT: objectivos, organização e funcionamento

Os serviços de SHST, conforme o disposto no artigo 276º do CT, devem ser garantidos pela entidade empregadora quanto à sua organização e funcionamento, sendo esta matéria regulada pelos artigos 218º e seguintes do RCT.

Desde logo, quanto às modalidades de organização dos serviços de SHST, o empregador pode adoptar **serviços internos**, **serviços interempresas (ou comuns**, pela nova designação dada pela Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro) ou **serviços externos**, podendo sempre ser adoptadas modalidades distintas para estabelecimentos diferentes ou em separado para as actividades de segurança e higiene e para as actividades de saúde. Independentemente da modalidade de serviços de SHST adoptados pela empresa ou estabelecimento, deve sempre ser designada uma estrutura interna constituída pelos trabalhadores que sejam responsáveis pelas actividades de primeiros socorros, combate a incêndios e evacuação de trabalhadores.

Os **serviços internos** são criados pelo empregador, fazendo parte integrante da estrutura da empresa, dependendo directamente da entidade empregadora, em empresa ou estabelecimento com pelo menos 30 trabalhadores expostos a risco elevado (de acordo com a lista de actividades de risco elevado¹) ou com pelo menos 400 trabalhadores no mesmo estabelecimento ou conjunto de

¹ Actividades de risco elevado (constantes do artigo 79º da Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro, que entra em vigor a 1 de Outubro de 2009):

- Trabalhos em obras de construção;
- Actividades de indústrias extractivas;
- Trabalho hiperbárico;
- Actividades que envolvam a utilização ou armazenagem de produtos químicos perigosos;
- Actividades que envolvam explosivos e pirotecnia;
- Actividades da indústria siderúrgica e construção naval;
- Actividades que envolvam contacto com correntes eléctricas de média e alta tensão;
- Actividades que envolvam gases comprimidos, liquefeitos ou dissolvidos;
- Actividades que impliquem a exposição a radiações ionizantes;

estabelecimentos que distam 50 km's ou menos para qualquer actividade que não seja de risco elevado. Neste último caso, a possibilidade de dispensa de serviços internos depende de autorização da ACT, mediante requerimento.

Os **serviços interempresas** são criados por várias empresas ou estabelecimentos para utilização comum dos respectivos trabalhadores, por acordo escrito celebrado entre as empresas e aprovado pela ACT.

A modalidade de **serviços externos** caracteriza-se pela contratação (realizada através de contrato escrito) que a entidade empregadora faz a outra(s) entidade(s), podendo esses serviços ser associativos, cooperativos, privados ou convencionados.

Qualquer modo de organização dos serviços de SHST diferente do exposto carece de autorização.

A ACT, mediante requerimento, emite autorização para o exercício de actividades de SHST na modalidade de serviços externos, conforme disposto nos artigos 230º e seguintes da RCT.

As actividades de SHT, em todas as modalidades, são desenvolvidas por técnicos superiores ou técnico-profissionais certificados pela ACT, nos termos do artigo 241º da RCT.

Em qualquer das modalidades adoptadas, os serviços de SHST devem sempre possuir capacidade para o exercício das actividades principais de SHST, consagradas no artigo 240º da RCT, no intuito de prevenir os riscos profissionais e promover a segurança e a saúde dos trabalhadores, através da:

- Identificação e avaliação dos riscos para a segurança e saúde no local de trabalho e controlo periódico da exposição a agentes químicos, físicos e biológicos e informação sobre as medidas de prevenção relativas às instalações, locais, equipamentos e processos de trabalho;
- Planeamento da prevenção e elaboração de um programa de prevenção de riscos profissionais;
- Promoção e vigilância da saúde;
- Informação e formação sobre os riscos para a segurança e saúde;
- Organização dos meios destinados à prevenção e protecção, colectiva e individual;
- Afixação de sinalização de segurança nos locais de trabalho;
- Análise dos AT e doenças profissionais;
- Recolha e organização dos elementos estatísticos relativos à segurança e saúde na empresa;
- Coordenação de inspecções internas de segurança.

-
- Actividades que impliquem a exposição a agentes cancerígenos, mutagénicos ou tóxicos para a reprodução;
 - Actividades que impliquem a exposição a agentes biológicos do grupo 3 e 4;
 - Trabalhos que envolvam exposição a sílica.

Para além destas actividades, os serviços de SHST desenvolvem outras actividades e devem manter um conjunto de documentação actualizada para consulta, nomeadamente resultados das avaliações de riscos, lista de medidas, propostas e recomendações formuladas, lista de AT e relatórios sobre AT que tenham ocasionado ausência ao trabalho superior a 3 dias.

3.5. Serviços de saúde

É ao médico do trabalho² que cabe a responsabilidade técnica pela vigilância da saúde, estando cometida ao empregador a promoção da realização de exames de saúde, com vista a verificar da aptidão física e psíquica do trabalhador para o exercício da actividade, expressa através da ficha de aptidão. Esses exames deverão ser realizados no momento da admissão, periodicamente (anual para menores e trabalhadores com mais de 50 anos de idade e de dois em dois anos para os restantes trabalhadores), ou ocasionalmente (sempre que existam alterações substanciais no trabalho ou no regresso ao trabalho após ausência por doença ou AT).

O médico do trabalho deve considerar, na sua avaliação técnica ao estado de saúde do trabalhador, a actividade que este exerce, as condições em que o faz e a repercussão sobre a sua saúde, podendo solicitar exames complementares ou pareceres médicos especializados para completar a observação e formular uma opinião precisa.

3.6. Procedimento a adoptar em caso de Acidente de Trabalho

Os AT mortais ou que evidenciem uma situação particularmente grave devem ser **comunicados à ACT** nas vinte e quatro horas seguintes à sua ocorrência, através de comunicação escrita, acompanhada de informação detalhada sobre o AT e os respectivos registos do trabalhador e dos tempos de trabalho prestados pelo mesmo nos 30 dias que antecederam o AT.

O AT deve ser comunicado imediatamente à **companhia de seguros** para a qual foi transferida a responsabilidade pela reparação dos danos causados por AT. A entidade empregadora também deve reportar o AT aos **serviços de SHST** a fim de serem realizadas as diligências necessárias à elaboração da análise do AT e formulação de eventuais medidas preventivas.

² Considerando-se médico do trabalho o licenciado em Medicina com especialidade de Medicina do Trabalho reconhecida pela Ordem dos Médicos ou a quem for reconhecida idoneidade técnica para o exercício dessas funções. A este propósito, *vide* o artigo 256º da RCT.

3.7. Reparação dos danos causados por Acidente de Trabalho

O Regime Jurídico dos Acidentes de Trabalho e das Doenças Profissionais foi aprovado pela Lei n.º 100/97, de 13 de Setembro. Este diploma confere a todos os trabalhadores e seus familiares o **direito à reparação dos danos emergentes dos AT** e doenças profissionais, podendo essa reparação compreender prestações em espécie ou prestações em dinheiro.

As **prestações em espécie** referem-se a prestações de natureza médica, cirúrgica, farmacêutica, hospitalar e quaisquer outras, seja qual for a sua forma, desde que necessárias e adequadas ao restabelecimento do estado de saúde e da capacidade de trabalho ou de ganho do sinistrado e à sua recuperação para a vida activa.

As **prestações em dinheiro** são relativas a indemnização por incapacidade temporária absoluta ou parcial para o trabalho; indemnização em capital ou pensão vitalícia correspondente à redução na capacidade de trabalho ou de ganho, em caso de incapacidade permanente; pensões aos familiares do sinistrado; subsídio por situações de elevada incapacidade permanente; subsídio para readaptação de habitação, e subsídio por morte e despesas de funeral.

As entidades empregadoras são obrigadas a **transferir a responsabilidade pela reparação dos danos emergentes dos AT** para entidades legalmente autorizadas a realizar este seguro, conforme n.º 1 do artigo 37º da Lei n.º 100/97, de 13 de Setembro.

Quando o AT tiver sido provocado pela entidade empregadora ou seu representante, ou resultar de **falta de observação das regras sobre segurança, higiene e saúde no trabalho**, as prestações fixar-se-ão de acordo com as seguintes regras: nos casos de incapacidade absoluta, permanente ou temporária, e de morte serão iguais à retribuição e nos casos de incapacidade parcial, permanente ou temporária, terão por base a redução de capacidade resultante do acidente. Nestes casos, a responsabilidade por estas prestações recai sobre a entidade empregadora, sendo a instituição seguradora apenas subsidiariamente responsável pelas prestações.

4. Os Acidentes de Trabalho na Administração Pública Central: estudo da implementação da legislação sobre Acidentes de Trabalho no sector da saúde – os Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

Na prossecução do desiderato de verificar da implementação da legislação sobre AT no sector da saúde foram lançados questionários aos Hospitais do SNS, num total de 89 questionários correspondentes a todo o universo do SNS (*vide* Apêndice 2 – Lista de Centros Hospitalares/Hospitais do SNS).

Foi realizado um pré-teste ao questionário junto de diversas pessoas ligadas a matérias de SHST, à área da saúde ou a metodologias de recolha e tratamento de dados estatísticos. Das respostas obtidas ao pré-teste, aceites as sugestões dadas, foi possível melhorar substancialmente o questionário, tendo resultado no desdobramento de muitas perguntas (1, 2, 3, 6, 8, 9, 10, 11 e 13) e na inclusão do pedido de dados do ano de 2008.

Foram questionados 89 Centros Hospitalares/Hospitais e o número total de entidades que responderam ascende a 33. Contudo, deve limitar-se o número de respostas a 27 pelo facto de que algumas respostas foram enviadas por Centros Hospitalares onde foram incluídos 10 hospitais aos quais haviam sido enviados questionários individualmente. Desta forma, considerando a obtenção de resposta a 27 questionários, verifica-se uma taxa de resposta na ordem dos 30%.

Atento o universo inquirido, devem ressaltar-se as comparações que vierem a ser estabelecidas com outras fontes de informação sobre esta mesma matéria, pois dever-se-ão ter em conta os limites do universo devidamente identificados pela listagem de hospitais dos quais foi obtida resposta, como se segue:

Quadro 5 – Centros Hospitalares/Hospitais que facilitaram resposta

Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim/Vila do Conde, E.P.E.	Hospital Nossa Senhora da Graça - Tomar, E.P.E.
Centro Hospitalar das Caldas da Rainha, E.P.E.	Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E. - Barreiro
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.	Hospital Padre Américo - Vale do Sousa, E.P.E.
Hospital Cândido de Figueiredo - Tondela	Hospital Rainha Santa Isabel - Torres Novas, E.P.E.
Hospital Central de Faro, E.P.E.	Hospital Reynaldo dos Santos - Vila Franca de Xira
Hospital da Misericórdia de Portimão, E.P.E.	Hospital S. Marcos - Braga
Hospital de São Paulo - Serpa, E.P.E.	Hospital S. Miguel - Oliveira de Azeméis, E.P.E.
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	Hospital S. Teotónio, E.P.E. - Viseu
Hospital Distrital de Águeda	Hospital Santo André, E.P.E. - Leiria
Hospital do Espírito Santo - Évora, E.P.E.	Hospital Visconde de Salreu - Estarreja
Hospital Doutor Manoel Constâncio - Abrantes, E.P.E.	Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.
Hospital Geral Santo António, E.P.E.	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.
Hospital José Joaquim Fernandes - Beja, E.P.E.	Unidade Hospitalar de Lagos, E.P.E.
Hospital Júlio de Matos, E.P.E.	Unidade Hospitalar de Portimão, E.P.E.
Hospital Miguel Bombarda, E.P.E.	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.
Hospital Nossa Senhora da Conceição - Valongo	

O universo objecto deste estudo é composto por 27 Centros Hospitalares/Hospitais, cuja dimensão de acolhimento de utentes em internamento tem sofrido poucas alterações no decorrer dos anos em estudo, conforme se observa no quadro seguinte:

Quadro 6 – Evolução dos Centros Hospitalares/Hospitais por escalões do número de camas

N.º camas	2005	2006	2007	2008
entre 0 e 250	13	12	12	11
entre 251 e 500	7	9	9	7
entre 501 e 750	3	4	5	5
mais de 750	1	---	---	---
NS/NR	3	2	1	4

A flutuação ao nível dos recursos humanos ao longo dos quatro anos não é, na generalidade, significativa, pois na maioria dos Centros Hospitalares/Hospitais os quadros de pessoal são estáveis. Por impossibilidade de inclusão de todos os recursos humanos devido à sua extensão, optou-se por indicar os números mínimos e máximos de profissionais por carreira, sendo possível desse modo evidenciar as ligeiras oscilações dos profissionais ao longo do tempo.

Quadro 7 – Recursos Humanos dos Centros Hospitalares/Hospitais – número mínimo e máximo de profissionais por carreira

	2005		2006		2007		2008	
	mínimo	máximo	mínimo	máximo	mínimo	máximo	mínimo	máximo
Dirigentes	3	16	3	18	3	20	3	19
Médicos	12	512	12	519	11	519	10	494
Enfermeiros	32	738	31	739	28	745	30	738
TSS	1	64	1	64	1	64	1	65
TDT	9	172	10	163	10	169	10	167
TS	1	82	1	96	1	49	1	51
Administrativos	26	297	22	280	22	278	22	272
Auxiliares	25	563	24	560	24	560	24	557

TSS - Técnico Superior de Saúde

TDT - Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

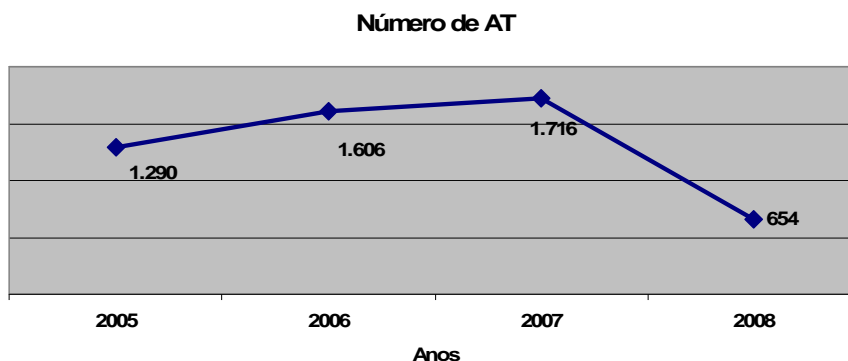
TS - Técnico Superior

Neste âmbito, a alínea b) do ponto 8.4 do Relatório IGAS n.º 381/2008 “*Inspeção Temática aos Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho*”, a página 48, refere a inexistência de um técnico de segurança e higiene no trabalho em 37% dos Centros Hospitalares e Hospitais. Ao nível dos recursos humanos especializados nas matérias de SHST, esta informação é bastante significativa e demonstrativa das necessidades basilares que estão por preencher nestes organismos.

Quanto a indicadores de actividade, demonstrativos da actividade de cada Centro Hospitalar/Hospital, na generalidade, não se obteve resposta a esta pergunta.

Dos dados recolhidos através dos questionários, foi possível averiguar o número de AT ocorridos no decorrer dos anos de 2005, de 2006, de 2007 e no primeiro semestre de 2008, conforme se apresentam:

Figura 1 – Acidentes de Trabalho nos Centros Hospitalares/Hospitais do SNS



Da leitura da figura acima, verifica-se que os AT sofreram um aumento de 25% de 2005 para 2006, bastante significativo, mas que foi contrariado por um acréscimo mais modesto, na ordem dos 7% de 2006 para 2007. No ano seguinte, regista-se uma aparente quebra do número de AT, que se deve ao facto de no ano de 2008 serem apresentados apenas os dados do primeiro semestre. Considerando esse facto, a tendência notória do número de AT é de subida, mais ou menos acentuada. Refira-se que o número de AT ocorridos em 2007 nos Centros Hospitalares/Hospitais do SNS foi de 4360 AT, dos quais 1391 com ausência superior a 3 dias (pág. 52, alíneas l) e m) do ponto 8.5 do Relatório IGAS n.º 381/2008 “*Inspecção Temática aos Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho*”).

Pode constatar-se que ocorrem entre 3 e 4 acidentes de trabalho diariamente. É então perfeitamente compreensível que se afirme veementemente o peso dos AT, não só pela sua dimensão humana, inquestionável, bem como pelo fardo económico que representam, num contexto de crescentes restrições orçamentais.

A sinistralidade laboral merece assim uma atenção especial da parte das entidades empregadoras, dos trabalhadores, dos parceiros e agentes da sociedade em geral, e, de uma forma individualizada, das pessoas que exercem cargos de direcção. Nessa medida, a existência de serviços de SHST, mais do que o cumprimento da legalidade, representa a escolha de um futuro mais seguro, baseado na prevenção, no âmbito da responsabilidade social das organizações.

O ponto 8.3 do Relatório IGAS n.º 381/2008 “*Inspecção Temática aos Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho*”, a página 47, foca um dos aspectos importantes da existência de serviços de SHST, enquanto forma de manifestação de vontade por parte das organizações – a

elaboração e envio do relatório anual de actividades em SHST à ACT (em 58% dos Centros Hospitalares e Hospitais incluídos naquele estudo não é realizada essa actividade).

A importância da existência de serviços de SHST é evidente. Nessa sequência, e de acordo com os dados recolhidos pela aplicação dos questionários, verifica-se que 20 Centros Hospitalares/Hospitais possuem serviço de SHST, o que representa 74% do total de Centros Hospitalares/Hospitais estudados (27).

Quadro 8 – Serviços de SHST

	Frequência	%	% Acumulada
Sim	20	74,1	74,1
Não	7	25,9	100,0
Total	27	100,0	

Desses 20 Centros Hospitalares/Hospitais que possuem serviços SHST, em 65% dos casos (13 Centros Hospitalares/Hospitais) o serviço é uma unidade autónoma, em contrapartida com os 7 Centros Hospitalares/Hospitais em que o serviço está inserido noutra unidade orgânica. O quadro seguinte apresenta estes mesmos dados com referência aos 27 Centros Hospitalares/Hospitais que compõem o universo estudado.

Quadro 9 – Serviços de SHST como unidades autónomas

	Frequência	%	% Acumulada
NR/NA	6	22,2	22,2
Sim	13	48,1	70,4
Não	8	29,6	100,0
Total	27	100,0	

Considerando os 20 Centros Hospitalares/Hospitais que possuem serviços de SHST, mais de metade (12) são serviços autónomos, não inseridos em nenhuma outra unidade orgânica, o que denota, em termos organizacionais, a importância que estes serviços assumem na estrutura da organização. Por outro lado, a existência de pelo menos 6 Centros Hospitalares/Hospitais cujos serviços de SHST estão inseridos numa unidade orgânica não dedicada, indicia que as estratégias sociais nestas organizações de saúde não são ainda uma prioridade, estando geralmente a reboque das estruturas que tratam as questões relacionadas com uma vertente vocacionada para o utente/cliente (como são exemplos a área da qualidade ou do controlo de infecção). Uma nota de referência ao facto de se registar a existência de uma unidade autónoma de SHST num Centro Hospitalar/Hospital que não possui serviço de SHST. Aparentemente, existe uma informação incorrecta desse organismo. No entanto, foram consideradas válidas todas as respostas dadas, considerando a impossibilidade de validação dos dados.

Quadro 10 – Serviços de SHST como unidades autónomas versus Serviços de SHST

		Unidade orgânica autónoma			Total
		NR/NA	Sim	Não	
Serviço SHST	Sim	2	12	6	20
	Não	4	1	2	7
Total		6	13	8	27

Na sua grande maioria, 81% (22 Centros Hospitalares/Hospitais) têm meios de primeiros socorros, embora se deva referir que, tradicionalmente, ao contrário do que acontece noutras áreas de actividade, nos Centros Hospitalares/Hospitais os meios de primeiros socorros não são organizados pelos serviços de SHST.

Quadro 11 – Meios de primeiros socorros

	Frequência	%	% Acumulada
NR/NA	1	3,7	3,7
Sim	22	81,5	85,2
Não	4	14,8	100,0
Total	27	100,0	

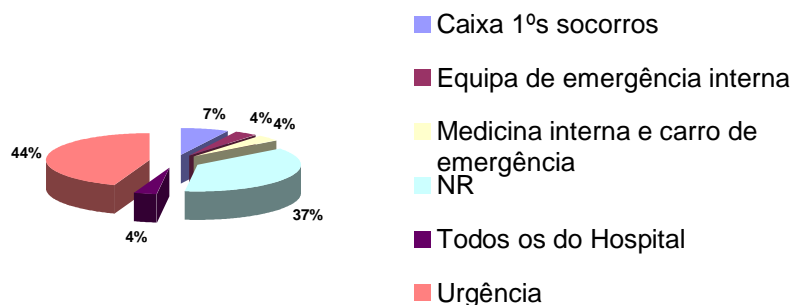
Questionados sobre a unidade orgânica que organizou os meios de primeiros socorros, 59% não respondeu (16 Centros Hospitalares/Hospitais), sendo que dos restantes Centros Hospitalares/Hospitais, em 18% dos casos foi o serviço de *Urgência* quem organizou os meios de primeiros socorros.

Quadro 12 – Que unidade orgânica organizou os meios de primeiros socorros

	Frequência	%	% Acumulada
Consulta	1	3,7	3,7
Hospital	2	7,4	11,1
NR	16	59,3	70,4
SHST	3	11,1	81,5
Urgência	5	18,5	100,0
Total	27	100,0	

Os meios de primeiros socorros ao dispor em caso de emergência são essencialmente o serviço de urgência em 44% dos Centros Hospitalares/Hospitais (12). Contudo, 37% não responderam, 2 Centros Hospitalares/Hospitais têm caixa de primeiros socorros, um tem equipa de emergência interna, outro tem medicina interna e carro de emergência e outro afirma usar ou ter à disposição todos os meios do hospital. Pelo exposto, pode observar-se a perspectiva clínica com que é entendida muitas vezes a matéria de SHST, sendo a questão da SHT uma “área” sem uniformização quanto à organização e funcionamento, como se pode observar pela inexistência de consenso nas respostas a esta pergunta.

Figura 2 – Que meios de primeiros socorros se encontram ao dispor



Ascende aos 70% os Centros Hospitalares/Hospitais (19) que não elegeram representantes dos trabalhadores para as matérias de SHST. Apenas 6 Centros Hospitalares/Hospitais tratou de eleger esses representantes.

Quadro 13 – Eleição de representantes dos trabalhadores para SHST

	Frequência	%	% Acumulada
NR/NA	2	7,4	7,4
Sim	6	22,2	29,6
Não	19	70,4	100,0
Total	27	100,0	

Mesmo nos Centros Hospitalares/Hospitais que possuem serviço de SHST, não foram eleitos representantes dos trabalhadores para as matérias de SHST em 13 Centros Hospitalares/Hospitais. A este propósito, veja-se o Relatório IGAS n.º 381/2008 “*Inspecção Temática aos Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho*”, a página 50, alínea k) do ponto 8.4, em que se referem que em 81% dos Centros Hospitalares e Hospitais não existe Comissão de SHST constituída.

Questionados sobre quem procedia à organização da eleição, 22 Centros Hospitalares/Hospitais não responderam. Das respostas obtidas, constata-se que em dois Centros Hospitalares/Hospitais foi o CA, num Centro Hospitalar/Hospital foi a Direcção Técnica, noutra foi o Gabinete de HST e noutra o Sindicato dos Enfermeiros. Uma vez mais se observa a dispersão de procedimentos e iniciativa, considerando a multiplicidade de unidades orgânicas que organizaram a eleição dos trabalhadores para a SHST, registando-se apenas um serviço de SHST a realizar essa tarefa.

Quadro 14 – Eleição de representantes dos trabalhadores para SHST versus serviço de SHST

		Representantes trabalhadores SHST			Total
		NR/NA	Sim	Não	
Serviço SHST	Sim	1	6	13	20
	Não	1	0	6	7
Total		2	6	19	27

No que respeita à formação ministrada em SHST, 48% (13 Centros Hospitalares/Hospitais) responderam não existir formação em SHST, e em 15% dos Centros Hospitalares/Hospitais (4) foi fornecida formação. Uma percentagem significativa, 37% dos Centros Hospitalares/Hospitais, simplesmente não responderam.

Quadro 15 – Formação em SHST

	Frequência	%	% Acumulada
NR/NA	10	37,0	37,0
Sim	4	14,8	51,9
Não	13	48,1	100,0
Total	27	100,0	

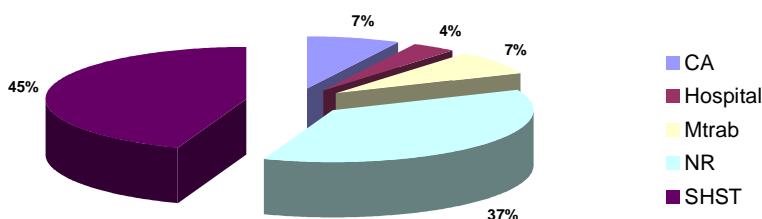
De salientar que os 4 Centros Hospitalares/Hospitais que ministraram formação em SHST são unidades de saúde que possuem serviços de SHST, ainda assim um número muito reduzido face ao total de serviços de SHST existentes. Embora referente a um universo de estudo mais alargado, o Relatório IGAS n.º 381/2008 “*Inspecção Temática aos Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho*”, a página 50, indica a inexistência de formação e treino aos trabalhadores em matéria de SHST em 43% dos Centros Hospitalares/Hospitais (alínea I) do ponto 8.4).

Quadro 16 – Formação em SHST versus serviço de SHST

		Formação em SHST			Total
		NR/NA	Sim	Não	
Serviço SHST	Sim	7	4	9	20
	Não	3	0	4	7
Total		10	4	13	27

Relativamente à análise das causas dos AT, de extrema importância para a prevenção dos AT, 67% dos Centros Hospitalares/Hospitais (18) faz análise das causas dos AT, embora 30% dos Centros Hospitalares/Hospitais não analise as causas dos AT. No caso dos dados recolhidos no âmbito do Relatório IGAS n.º 381/2008 “*Inspecção Temática aos Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho*”, existem 23% Centros Hospitalares e Hospitais onde não se analisam os AT (alínea e) do ponto 8.4, página 48).

Figura 3 – Unidade orgânica que analisa os AT



Em 45% dos casos (12 Centros Hospitalares/Hospitais) é o serviço de SHST que analisa as causas dos AT. Afigura-se que a existência de um serviço de SHST contribui claramente para que os AT sejam encarados como um meio de prevenção se analisados e sucedidos de medidas preventivas.

Quadro 17 – Análise das causas dos AT versus serviço de SHST

		Análise das causas dos AT			Total
		NR/NA	Sim	Não	
Serviço SHST	Sim	1	15	4	20
	Não	0	3	4	7
Total		1	18	8	27

Curiosamente, o estudo revela que a emissão de medidas preventivas (que são habitualmente sequenciais à análise dos AT) acontece em número superior ao número de Centros Hospitalares/Hospitais que analisam as causas dos AT.

Quadro 18 – Elaboradas medidas preventivas

	Frequência	%	% Acumulada
NR/NA	6	22,2	22,2
Sim	19	70,4	92,6
Não	2	7,4	100,0
Total	27	100,0	

Seguindo uma lógica de prevenção, as organizações devem dispor de dados que falam por si próprios, como é o caso das listas estatísticas dos AT e das listas das causas dos AT

As estatísticas dos AT são realizadas em 78% dos Centros Hospitalares/Hospitais, como se observa no quadro seguinte:

Quadro 19 – Estatísticas dos AT

	Frequência	%	% Acumulada
NR/NA	2	7,4	7,4
Sim	21	77,8	85,2
Não	4	14,8	100,0
Total	27	100,0	

Quanto à realização de estatísticas dos AT, mesmo nos Centros Hospitalares/Hospitais que não possuem serviço de SHST, existem listas das estatísticas, sendo que na grande maioria dos Centros Hospitalares/Hospitais que possuem serviço de SHST essa tarefa é assegurada.

Quadro 20 – Estatísticas dos AT versus serviços de SHST

		Estatísticas dos AT			Total
		NR/NA	Sim	Não	
Serviço SHST	Sim	2	17	1	20
	Não	0	4	3	7
Total		2	21	4	27

No que respeita às listas das causas dos AT, estas são actualizadas em 15 Centros Hospitalares/Hospitais, representando 56% do universo. Este ponto revela uma actividade desenvolvida pelos serviços de SHST que, apesar de se verificar, é pouco significativa.

Quadro 21 – Actualização das listas das causas dos AT

	Frequência	%	% Acumulada
NR/NA	7	25,9	25,9
Sim	15	55,6	81,5
Não	5	18,5	100,0
Total	27	100,0	

Confrontados os Centros Hospitalares/Hospitais que possuem serviços de SHST com os restantes, é visível alguma preocupação em actualizar as listas das causas dos AT. Contudo, pela importância desta tarefa, em conjunto com a emissão das medidas preventivas, seria imprescindível que todos os Centros Hospitalares/Hospitais que possuem serviços de SHST realizassem esta tarefa, o que não se verifica.

Quadro 22 – Actualização das listas das causas dos AT versus serviços de SHST

		Actualizadas listas das causas dos AT			Total
		NR/NA	Sim	Não	
Serviço SHST	Sim	4	12	4	20
	Não	3	3	1	7
Total		7	15	5	27

O cenário anterior é ainda mais preponderante quando se observa o comportamento dos Centros Hospitalares/Hospitais quanto à actualização das listas das medidas propostas, em que o número de actualizações cai para os 8 Centros Hospitalares/Hospitais, e desses, apenas um não possui serviço de SHST.

Quadro 23 – Actualização das listas das medidas propostas versus serviços de SHST

		Actualizadas listas das medidas propostas			Total
		NR/NA	Sim	Não	
Serviço SHST	Sim	5	7	8	20
	Não	2	1	4	7
Total		7	8	12	27

Pode assim depreender-se existir um desconhecimento da importância desta questão ou a incapacidade de realização desta tarefa, porquanto a elaboração das listas e sua actualização têm um papel crucial na tomada de decisão e acção em qualquer organização.

No que importa à elaboração dos relatórios dos AT com ausência superior a três dias, a tendência registada no ponto anterior, acentua-se ainda mais, com apenas 48% dos Centros Hospitalares/Hospitais a elaborar estes relatórios. Uma vez mais se realça a extrema importância do cariz preventivo presente na análise dos AT e subsequente elaboração e adopção de medidas preventivas.

Quadro 24 – Relatórios dos AT com ausência superior a três dias

	Frequência	%	% Acumulada
NR/NA	3	11,1	11,1
Sim	13	48,1	59,3
Não	11	40,7	100,0
Total	27	100,0	

Após a ocorrência de um AT com ausência superior a 3 dias, a elaboração de um relatório permite apurar as causas do AT e a emissão de medidas preventivas, a fim de impedir que novo AT ocorra nas mesmas circunstâncias.

De acordo com os dados recolhidos, em 11 Centros Hospitalares/Hospitais não se elabora relatório de AT com ausência superior a 3 dias. Embora a elaboração de medidas preventivas possa não ser consequência de um AT, sempre que se regista a sua ocorrência devem ser elaboradas medidas preventivas. Desta forma, poder-se-á questionar se as medidas preventivas emitidas em 8 Centros Hospitalares/Hospitais são precedidas de relatórios de AT.

De salientar que existem 6 serviços de SHST que não elaboram relatório de AT com ausência superior a 3 dias.

Quadro 25 – Relatórios dos AT com ausência superior a três dias versus serviços de SHST

		Relatórios AT com ausências superior a 3 dias			Total
		NR/NA	Sim	Não	
Serviço SHST	Sim	2	12	6	20
	Não	1	1	5	7
Total		3	13	11	27

Para além de internamente os Centros Hospitalares/Hospitais elaborarem relatórios dos AT, é de extrema importância (além de obrigatório) que outros organismos com competência nas matérias de SHST tenham conhecimento dos AT ocorridos. Nesse intuito, devem os AT ser comunicados à ACT e ao Delegado de Saúde.

No entanto, 15 Centros Hospitalares/Hospitais afirmam não existir formulário para participação dos AT à ACT, o que representa 56% dos casos. Somente 4 Centros Hospitalares/Hospitais referem a sua existência.

Quadro 26 – Formulário para participação do AT à ACT

	Frequência	%	% Acumulada
NR/NA	8	29,6	29,6
Sim	4	14,8	44,4
Não	15	55,6	100,0
Total	27	100,0	

De modo negativamente surpreendente, os Centros Hospitalares/Hospitais que possuem serviços de SHST, na sua maioria (15) não possuem formulário para participação do AT à ACT e apenas 3 Centros Hospitalares/Hospitais referem a sua existência. Acresce salientar que existe um formulário próprio para a participação do AT à ACT no site www.act.gov.pt.

Quadro 27 – Formulário para participação do AT à ACT versus serviços SHST

		Formulário participação AT à ACT			Total
		NR/NA	Sim	Não	
Serviço SHST	Sim	6	3	11	20
	Não	2	1	4	7
Total		8	4	15	27

Consultada a ACT, verifica-se que nos anos de 2005, 2006, 2007, 2008 e até Setembro de 2009 não há registo de AT em quaisquer Centros Hospitalares/Hospitais do SNS. Tais dados não poderão ser interpretados como a inexistência de AT nos Centros Hospitalares/Hospitais (dir-se-á quase impossível que tal aconteça). A sua interpretação deverá tender para a não comunicação dos AT que ocorrem nos Centros Hospitalares/Hospitais.

Situação semelhante acontece no que concerne o formulário para participação do AT ao Delegado de Saúde. Neste aspecto, 59% dos Centros Hospitalares/Hospitais afirmam não existir formulário, sendo coincidentes os Centros Hospitalares/Hospitais que também neste ponto afirmam existir formulário de participação.

Quadro 28 – Formulário para participação do AT ao Delegado de Saúde

	Frequência	%	% Acumulada
NR/NA	7	25,9	25,9
Sim	4	14,8	40,7
Não	16	59,3	100,0
Total	27	100,0	

No sentido oposto, verifica-se a existência de formulário interno para participação do AT em 25 Centros Hospitalares/Hospitais, representando 93% do universo.

Quadro 29 – Formulário para participação do AT internamente

	Frequência	%	% Acumulada
Sim	25	92,6	92,6
Não	2	7,4	100,0
Total	27	100,0	

De todo o questionário lançado, o ponto onde se regista maior número de respostas pela negativa, a par da eleição dos representantes dos trabalhadores para a SHST, é relativo à orçamentação de verbas para primeiros socorros, em que 70% dos Centros Hospitalares/Hospitais indicam que não serem orçamentadas verbas para aquele efeito.

Quadro 30 – Orçamentação de verbas para primeiros socorros

	Frequência	%	% Acumulada
NR/NA	6	22,2	22,2
Sim	2	7,4	29,6
Não	19	70,4	100,0
Total	27	100,0	

Pela sua importância nas organizações actuais, foi abordada também a questão da qualidade, vertente de uma organização muitas vezes ligada à SHST.

Interrogados os Centros Hospitalares/Hospitais sobre processos de acreditação e certificação em que estejam envolvidos, constatou-se que 30% dos Centros Hospitalares/Hospitais inquiridos se encontram envolvidos em processo de acreditação pela Joint Commission International e 26% noutro processo de acreditação.

Quadro 31 – Processo de acreditação pela Joint Commission International

	Frequência	%	% Acumulada
NR/NA	2	7,4	7,4
Sim	8	29,6	37,0
Não	17	63,0	100,0
Total	27	100,0	

Quadro 32 – Outro processo de acreditação

	Frequência	%	% Acumulada
NR/NA	7	25,9	25,9
Sim	7	25,9	51,9
Não	13	48,1	100,0
Total	27	100,0	

Relativamente a processos de certificação, estão envolvidos 11 Centros Hospitalares/Hospitais, o que representa 41% do universo.

Quadro 33 – Outro processo de certificação

	Frequência	%	% Acumulada
NR/NA	8	29,6	29,6
Sim	11	40,7	70,4
Não	8	29,6	100,0
Total	27	100,0	

Confrontando os dados de participação em processos de acreditação ou certificação com os Centros Hospitalares/Hospitais que possuem serviços de SHST não é possível estabelecer uma relação directa.

Questionados os Centros Hospitalares/Hospitais sobre a existência de normativos de SHST, a esmagadora maioria responde afirmativamente (23 Centros Hospitalares/Hospitais).

Quadro 34 – Normativos de SHST

	Frequência	%	% Acumulada
Sim	23	85,2	85,2
Não	4	14,8	100,0
Total	27	100,0	

Quanto a este ponto, a existência de serviços de SHST parece ser claramente impulsionadora da existência de normativos, tal como faz sentido.

Quadro 35 – Normativos de SHST versus serviços de SHST

		Normativos SST		Total
		Sim	Não	
Serviço SHST	Sim	19	1	20
	Não	4	3	7
Total		23	4	27

No entanto, e apesar do impacto que a implementação dos normativos tem nas organizações, a muitos níveis (organização do trabalho, prevenção dos riscos profissionais, sensibilização e participação de todos os agentes envolvidos no trabalho, entre outros), verifica-se que esses normativos só se encontram implementados em 19 Centros Hospitalares/Hospitais (70%).

Quadro 36 – Normativos de SHST implementados

	Frequência	%	% Acumulada
NR/NA	1	3,7	3,7
Sim	19	70,4	74,1
Não	7	25,9	100,0
Total	27	100,0	

Mesmo considerando os Centros Hospitalares/Hospitais onde existe serviço de SHST, apurou-se a inexistência de normativos implementados, muito embora não sejam os casos mais frequentes.

Quadro 37 – Normativos de SHST implementados versus serviços de SHST

		Implementados os normativos			Total
		NR/NA	Sim	Não	
Serviço SHST	Sim	1	16	3	20
	Não	0	3	4	7
Total		1	19	7	27

A este propósito deve reflectir-se sobre o “papel” e as competências atribuídas aos serviços de SHST que, em grande medida, carecem de autorização e autoridade por parte dos dirigentes para que possam ser exercidas.

II. PARTE

1. Conclusões

A ordem jurídica portuguesa abrange um leque vastíssimo de matérias e a área de SHST não se afasta dessa característica. Pode-se, de um modo simplista, dividir a legislação portuguesa em regime jurídico público e regime jurídico privado. Assim tem acontecido ao longo dos anos. Os regimes público e privado, nesta e noutras matérias, tendem a aproximar-se. Da análise à legislação existente sobre SHST, denota-se essa aproximação de regimes, pelo que no SNS, que se rege pela legislação do regime público, no geral, é aplicável a legislação do direito privado quanto às matérias de SHST. Em concreto, são aplicados os artigos 272º a 280º da Lei n.º 99/2003, de 27 de Agosto, e os artigos 211º a 289º da Lei n.º 35/2004, de 29 de Julho a todos os trabalhadores dos Centros Hospitalares/Hospitais com a designação Entidade Empresarial do Estado (EPE), que actualmente representam 93% dos Centros Hospitalares/Hospitais que compõem o universo objecto de estudo.

Os AT representam um peso nas organizações, não só pela sua dimensão humana, como também pelo fardo económico que acarretam, num contexto de crescentes restrições orçamentais, pelo que a sinistralidade laboral merece assim uma atenção especial da parte das entidades empregadoras, dos trabalhadores, dos parceiros e agentes da sociedade em geral, e, de uma forma individualizada, das pessoas que exercem cargos de direcção. Nessa medida, a existência de serviços de SHST, mais do que o cumprimento da legalidade, representa a escolha de um futuro mais seguro, baseado na prevenção, impulsionador do aperfeiçoamento da qualidade do desempenho dos trabalhadores e das organizações, conduzindo assim ao bem estar dos utentes do SNS, no caso em apreço. A implementação dos serviços de SHST é também um contributo fundamental para consolidar as estratégias internas dos organismos, nomeadamente no âmbito da responsabilidade social das organizações.

Da recolha de dados obtidos através dos questionários e sua posterior análise, foi possível concluir que:

1. Os AT têm vindo a aumentar desde 2005, de forma mais ou menos acentuada;
2. Das 27 respostas obtidas aos questionários lançados, 74% dos Centros Hospitalares/Hospitais (20) possuem serviço de SHST;
3. Dos Centros Hospitalares/Hospitais que possuem serviços de SHST, mais de metade (12) são serviços autónomos;

4. Existem 6 Centros Hospitalares/Hospitais cujos serviços de SHST estão inseridos numa unidade orgânica não dedicada;
5. Os meios de primeiros socorros ao dispor em caso de emergência são essencialmente o serviço de urgência;
6. Mesmo nos Centros Hospitalares/Hospitais que possuem serviço de SHST, não foram eleitos representantes dos trabalhadores para as matérias de SHST em 13 Centros Hospitalares/Hospitais;
7. Questionados os Centros Hospitalares/Hospitais sobre a formação em SHST ministrada, 48% (13 Centros Hospitalares/Hospitais) responderam não existir formação em SHST;
8. Em 45% dos casos (12 Centros Hospitalares/Hospitais) é o serviço de SHST que analisa as causas dos AT;
9. As estatísticas dos AT são realizadas em 78% dos Centros Hospitalares/Hospitais (dos 21 Centros Hospitalares/Hospitais, 17 possuem serviço de SHST);
10. A actualização das listas das causas dos AT é realizada em 15 Centros Hospitalares/Hospitais, representando 56% do universo;
11. A actualização das listas das medidas propostas é realizada em 8 Centros Hospitalares/Hospitais, e desses, apenas um não possui serviço de SHST;
12. A elaboração dos relatórios dos AT com ausência superior a três dias é realizada por 13 Centros Hospitalares/Hospitais, o que representa 48% do universo;
13. A existência de formulário para participação dos AT à ACT não acontece em 15 Centros Hospitalares/Hospitais (56% dos casos), dos quais 11 Centros Hospitalares/Hospitais possuem serviço de SHST;
14. Consultada a ACT, verifica-se que nos anos de 2005, 2006, 2007, 2008 e até Setembro de 2009 não há registo de AT em quaisquer Centros Hospitalares/Hospitais do SNS;
15. A existência de normativos de SHST acontece em 23 Centros Hospitalares/Hospitais, embora esses normativos só se encontrem implementados em 19 Centros Hospitalares/Hospitais.

Pelo exposto, conclui-se também que:

16. Não se verifica o cumprimento da legislação quanto às matérias de SHST, na medida em que, mesmo nos casos em que já foi criado o serviço de SHST, não são desenvolvidas muitas das actividades que competem a esse serviço (poder-se-á colocar diversas hipóteses quanto à causa desta constatação, o que seria um exercício muito interessante e, eventualmente, um tema de futuro estudo no âmbito destas matérias);
17. As estratégias sociais e o diálogo social nestas organizações de saúde não são uma prioridade, porquanto existem vários Centros Hospitalares/Hospitais onde não foram eleitos representantes dos trabalhadores para as matérias de SHST (a quem compete essencialmente assegurar a participação e diálogo em matéria de SHST) e diversos serviços de SHST inseridos em unidades orgânicas não dedicadas;
18. A SHST é muitas vezes entendida sob uma perspectiva clínica, sendo uma área sem uniformização quanto à organização e funcionamento, como se pode observar pela inexistência de consenso em algumas respostas, nomeadamente quanto às unidades orgânicas que organizam os meios de primeiros socorros, que analisam os AT ou que organizam a eleição dos representantes dos trabalhadores para a SHST;
19. Não é ministrada suficiente formação em SHST, nem mesmo nos seis Centros Hospitalares/Hospitais onde foram eleitos representantes dos trabalhadores para a SHST, que devem receber formação permanente para o exercício dessas funções;
20. Quanto às actividades de SHST a ser desenvolvidas no âmbito dos AT (na perspectiva da prevenção), denota-se existir um desconhecimento da importância desta questão ou a incapacidade de realização destas competências, não permitindo uma tomada de decisão realmente informada e consequente adopção de medidas adequadas. Mesmo nos Centros Hospitalares/Hospitais que possuem serviço de SHST e que tendem a realizar as actividades que lhes compete (análise das causas dos AT, estatísticas dos AT), as actividades não são suficientemente desenvolvidas, nomeadamente quanto à actualização das listas das causas dos AT, das listas das medidas propostas e à elaboração dos relatórios dos AT com ausência superior a três dias;
21. Não são objecto de participação à ACT os AT mortais ou graves. A acontecer, como está previsto na lei, essas participações iriam originar a intervenção daquele organismo, o que levaria a um maior enfoque para as matérias de SHST, desde logo pela necessidade de análise do AT, realização de inquérito/relatório e elaboração de medidas correctivas/preventivas;

22. Os normativos de SHST não estão implementados em todos os Centros Hospitalares/Hospitais, o que acontece mesmo em alguns Centros Hospitalares/Hospitais onde existem serviços de SHST. Os serviços de SHST carecem de legitimidade para que possam ser exercidas as competências a eles atribuídas e conseqüentemente desenvolvidas as actividades inerentes ao exercício de funções neste domínio. Essa legitimidade depende de diversos factores, designadamente da autoridade conferida e até envolvimento e participação interessada dos dirigentes dos organismos, que se pode manifestar desde logo pela posição que os serviços de SHST ocupam na orgânica existente.

Desta forma, espera-se ter contribuído para o diagnóstico de alguns pontos de melhoria contínua dos Centros Hospitalares/Hospitais, atendendo ao facto de que a realidade do SNS poderá hipoteticamente não estar desfasada destas conclusões. No entanto, este é apenas um pequeno contributo para um dos sectores mais importantes da sociedade actual, onde a globalização é uma realidade. Nesse contexto, o exemplo de implementação de serviços de SHST e adopção de medidas de promoção das condições de trabalho assume uma crescente importância. A Recomendação 9.2 do Relatório IGAS n.º 381/2008 “*Inspecção Temática aos Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho*” sublinha exactamente esta necessidade, expressando “(...) **a urgente necessidade de serem implementadas as medidas necessárias para que o SNS, cumpra, na totalidade, os normativos mínimos e obrigatórios por lei referentes à organização e funcionamento dos serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho.**”.

Além disso, não se pode descurar o facto de que se vivem momentos de crise económica, em que é fundamental o desenvolvimento da economia, quer a nível internacional, quer a nível nacional, que passa naturalmente pelo desenvolvimento das empresas. Para o crescimento sustentado dessas mesmas empresas, é necessário que sejam abrangidas todas as áreas do trabalho, amplamente entendido, e que abarcam desde os recursos humanos, os recursos financeiros, os processos produtivos, a tecnologia, os equipamentos, etc. até à visão da melhoria das condições de trabalho. Essa perspectiva, actualizada, deveria ser adoptada por todos, quer se tratem de entidades do sector privado, quer se tratem de entidades do sector público.

Nessa sequência, e de acordo com o espírito do legislador internacional e nacional, em toda a AP deverão ser implementados serviços de SHST que possam assegurar a promoção da melhoria das condições de trabalho. Esta é uma medida essencialmente preventiva, de elevada necessidade e contributo para o desempenho de funcionários/trabalhadores e serviços e com repercussões para o exterior da AP, quer através desse mesmo desempenho, quer por força do efeito dominó que este exemplo tem junto do tecido empresarial privado.

Bibliografia

Cabral, Fernando A., e Roxo, Manuel M., *Segurança e Saúde no Trabalho - Legislação Anotada*, Almedina, 4ª Edição, pp.25-82

DeLeire, Thomas, e Levy, Helen, *Worker sorting and the risk of death on the job*, Journal of Labor Economics, 2004, Vol. 22, n.º 4, pp. 925-953

Viseu, Isabel, e Lameira, Ana Cristina, *Manual sobre o regime de protecção nos acidentes em serviço e doenças profissionais*, DGAP, 2002

Correia, Ana Filipa, *Saúde Ocupacional*, Relatório de estágio ISCSP, 1997

IDICT, *Serviços de prevenção das empresas: livro verde*, IDICT, 1997

Seco, Maria Alexandra Abreu Henriques, *Modelos loglineares: uma aplicação a casos de acidentes de trabalho em Portugal*, S.I., Tese de Mestrado ISEG, 1995

Salgado, Henrique, *A medicina do Trabalho em Portugal e a prevenção de acidentes de trabalho e doenças profissionais*, Centro de Prevenção de Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, 1962

Código do Trabalho, Relações de Trabalho, Legislação 1, ACT – Autoridade para as Condições do Trabalho, Lisboa, 2009

Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho, *Prioridades e estratégias das políticas de segurança e saúde no trabalho nos estados membros da união Europeia*, Luxemburgo, 199-

Joint Commission International, *Accreditation Standards for Hospitals*, 3rd Edition, Oakbrook Terrace, Illinois, EUA, 2007

Sites consultados:

- Organização Internacional do Trabalho www.ilo.org/
- Conselho da União Europeia <http://www.consilium.europa.eu/showPage.aspx?id=1&lang=pt>
- Comissão Europeia http://ec.europa.eu/index_pt.htm
- Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (EUROFOUND) <http://www.eurofound.europa.eu/>
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho <http://osha.europa.eu/pt/front-page/view>

- Direcção-Geral de Estratégia, Estudos e Planeamento do Ministério do Trabalho www.dgeep.mtss.gov.pt/
- Direcção-Geral da Administração e Emprego Público http://www.dgap.gov.pt/www.dgap.gov.pt/7sst/acid_ser/normas.htm, a 22 de Novembro de 2007
- Administração Central do Sistema de Saúde – ACSS, www.acss.min-saude.pt
- Direcção-Geral da Saúde, www.dgs.pt
- Portal da União Europeia na Internet (<http://europa.eu>) - síntese de legislação http://europa.eu/scadplus/scad_pt.htm

Legislação

Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro – Regime jurídico da promoção da SST

Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro – Novo Código do Trabalho

Lei n.º 59/2008, de 11 de Setembro – Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas

Lei n.º 35/2004, de 29 de Julho – Regulamentação do Código do Trabalho

Lei n.º 99/2003, de 27 de Agosto – Código do Trabalho

Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de Novembro – Regime jurídico dos acidentes em serviço e das doenças profissionais ocorridos ao serviço da AP

Lei n.º 100/97, de 13 de Setembro – Novo regime jurídico dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais

Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de Novembro – Princípios que visam promover a SHST

Apêndices

Apêndice 1 – Questionário enviado aos Centros Hospitalares/Hospitais e respectiva carta de acompanhamento

Apêndice 2 – Lista dos Centros Hospitalares/Hospitais do SNS

Anexos

Anexo 1 – Respostas aos questionários enviados aos Centros Hospitalares/Hospitais do SNS