

A participação dos trabalhadores no âmbito da segurança, higiene e saúde no trabalho

LUÍS GRAÇA

O Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de Novembro, veio instituir o novo regime jurídico da segurança, higiene e saúde no trabalho (SH&ST). Pela primeira vez na história do direito do trabalho em Portugal é reconhecido o direito à saúde no local de trabalho, bem com o direito à participação dos trabalhadores e seus representantes na prevenção dos riscos profissionais, na protecção da sua saúde e na promoção do seu bem-estar físico, mental e social, sob a forma de certos direitos, individuais e colectivos.

No entanto, o grau e as formas de participação na SH&ST são limitados: a nível do local de trabalho, esses direitos são basicamente os da informação, formação, representação, consulta e proposta. Mais ambíguo e, naturalmente, mais polémico é o direito à recusa do trabalho em caso de perigo grave e iminente. No corpo do presente artigo faz-se a análise e a discussão das principais formas de participação dos trabalhadores e seus representantes em matéria de SH&ST, no contexto da evolução histórica da legislação laboral, e apontam-se algumas das vantagens dessa participação, nem sempre óbvias

tanto para os empregadores, trabalhadores e seus representantes como para os próprios gestores de pessoal e profissionais de SH&ST (v. g., médico do trabalho, técnico de segurança, enfermeiro de saúde ocupacional).

1. Breve resenha da história legislativa em matéria de SH&ST

A legislação e a regulamentação das matérias relativas à SH&ST têm de ser vistas no contexto da formação social do Portugal contemporâneo, e nomeadamente no contexto da racionalização técnica e organizacional que, lenta e tardia, acompanhou o processo de industrialização (Cabral, 1977; Lima, 1982; Rodrigues e Lima, 1987).

Até 1986, ano da adesão de Portugal às Comunidades Económicas Europeias e da assinatura do Acto Único Europeu, o quadro legal e regulamentar relativo à SH&ST remontava, no essencial, ao período de 1958-1973. Esse período correspondeu, *grosso modo*, à primeira fase da modernização da economia e do ordenamento jurídico-laboral, imposta pela facção que, dentro do Estado Novo, advogava uma estratégia industrializante.

O período anterior, que remonta até aos primórdios do liberalismo, passando pela República, corresponde à proto-história da legislação laboral, nomeadamente no domínio da SH&ST.

1.1. O período de 1820-1958

A primeira legislação que se conhece em Portugal sobre a saúde no trabalho remonta aos primórdios do

□

Luís Graça é assistente da cadeira de Ciências Sociais e Humanas da ENSP.

desenvolvimento do capitalismo, quando, na sequência da revolução liberal de 1820, e sobretudo da definitiva instauração do regime liberal em 1834, é criado um *conselho de saúde pública*, a quem é atribuída, em 1837, entre outras funções, a vigilância das «indústrias insalubres» (Lei Orgânica da Saúde Pública). Em 1845 seria criada a Repartição de Saúde Pública.

É ainda a perspectiva da «salubridade pública» que dita a publicação, em 1860, do primeiro diploma legal referente aos «estabelecimentos insalubres, incómodos e perigosos». No mesmo ano é fundada a Associação Industrial Portuguesa.

Mas só em 1867 será publicado o primeiro Código Civil (o chamado Código de Seabra), consagrando a desaparição jurídica da propriedade pré-capitalista e fazendo, pela primeira vez, a abordagem legislativa dos problemas do trabalho subordinado ou assalariado (Cabral, 1977; Fernandes, 1990a), incluindo o reconhecimento e a reparação dos danos para a saúde do trabalhador provocados por acidente, desde que imputáveis ao empregador (Faria e Faria, 1989).

Na verdade, a lenta industrialização do país só começará na década seguinte, com a passagem da manufatura à maquinofactura, no 2.º período (1868-1889) da Regeneração, ou fontismo, a que o historiador Villaverde Cabral chama o «nome português do capitalismo» (Cabral, 1977).

Em 1872 há notícia dos primeiros movimentos grevistas, que afectam sobretudo a indústria metalúrgica de Lisboa. Entretanto, em 1879 é criado o *mealheiro das viúvas e órfãos dos operários que morreram de desastres no trabalho*, considerada a mais antiga forma de seguro de acidentes de trabalho, os quais continuarão a ser, durante mais de um século, a principal preocupação do governo e dos parceiros sociais em matéria de SH&ST.

Todavia, e apesar de a força motriz utilizada na indústria se ter multiplicado por dez no espaço de trinta anos, o *inquérito industrial de 1881* regista tão-somente a existência de 1535 unidades, das quais 338 eram «fábricas» e 907 «oficinas», empregando cerca de 91 000 trabalhadores, para uma população recenseada de cerca de 4,2 milhões de habitantes (Serrão, 1981; Cabral, 1977).

Em 1885 realiza-se o 1.º congresso operário, no qual é reivindicada legislação sobre o trabalho infantil e feminino, sobre condições de trabalho, etc. Mas só na década seguinte, com a progressiva desagregação da monarquia constitucional, é que se pode falar verdadeiramente do início de uma produção legislativa específica no campo do direito do trabalho, e nomeadamente da SH&ST.

É o caso, em 1891, do reconhecimento do direito de associação de classe e da regulamentação do trabalho dos menores e das mulheres nos estabelecimentos industriais e, em 1895, do primeiro *regulamento de higiene e segurança no trabalho* no sector da construção civil.

De acordo com o censo da população de 1890, a população activa (2,5 milhões) repartir-se-ia então do seguinte modo: 61,7% no sector primário, 20% no sector secundário e 18,3% no sector terciário (Cabral, 1977).

Ainda em 1890, o 2.º congresso operário reivindica a redução do horário de trabalho para 9 horas (a média, na época, andaria por volta das 12 horas!).

Implantada a República em 1910, cedo são goradas as expectativas alimentadas pelo movimento operário e sindical em relação a uma melhoria das terríveis condições de trabalho na época (v. g., ausência de contrato de trabalho, pagamento à jorna ou empreitada, trabalho feminino e infantil, duração do trabalho entre as dez e as doze horas, descanso para almoço de meia hora no Inverno, não distinção entre trabalho nocturno e diurno, elevada mortalidade e morbilidade devido aos acidentes e à tuberculose, total ausência de protecção social, incipiente desenvolvimento do mutualismo, recurso à solidariedade operária em caso de morte ou incapacidade temporária ou permanente, etc.).

Em 1913 é estabelecida a *responsabilidade patronal pelos acidentes de trabalho* em certas actividades industriais, podendo essa responsabilidade ser transferida para as seguradoras. A Lei n.º 83 conterà já uma noção alargada de acidente de trabalho, mas o regime jurídico de reparação só passará a incluir a noção de doença profissional em 1936, com a Lei n.º 1942, de 27 de Julho de 1936 (Faria e Faria, 1989).

Em 1919 Portugal figurava como um dos membros fundadores da *Organização Internacional do Trabalho* (OIT), facto que viria a favorecer a produção de uma legislação inovadora no âmbito do direito do trabalho e da protecção social dos trabalhadores, condenada, no entanto, a ficar no papel. Foi o caso, entre outros, dos diplomas que criaram o *seguro social obrigatório contra desastres no trabalho*, abrangendo os riscos profissionais por conta de outrem (Decreto n.º 5637), e o seguro social obrigatório na doença (Decreto n.º 5636), bem como na invalidez, velhice e sobrevivência (Decreto n.º 5638) todos datados de 10 de Maio de 1919.

Entretanto, em 1916 já havia sido criado o Ministério do Trabalho e Previdência Social, integrando uma Direcção-Geral do Trabalho, na qual passariam a existir serviços tais como o laboratório de «higiene profissional», a «higiene, salubridade e segurança» nos locais de trabalho, bem como os «desastres de trabalho». Mas esse Ministério teria uma vida curta, sendo extinto em 1925.

Em 1922 é publicado o regulamento de *higiene, salubridade e segurança nos estabelecimentos industriais*, bem como o regulamento das *indústrias insalubres, incómodas, perigosas ou tóxicas*, ambos pelo Decreto n.º 8364, de 25 de Agosto de 1922, um diploma que só será revogado em 1966.

Por outro lado, e através do Decreto n.º 10 415, de 27 de Dezembro em 1924, é feita a primeira referência legal à contratação colectiva. Esse diploma

vem autorizar a constituição de uniões e federações de associações de classe, às quais é reconhecida capacidade para «celebrar contratos colectivos de trabalho».

Entretanto, em 1925 é criado o Instituto de Orientação Profissional. Na sequência da divulgação internacional do *taylorismo*, davam-se então os primeiros passos na formação de uma «*ideologia do progresso técnico e organizacional* como suporte de dominação e legitimação de grupos sociais intermédios (engenheiros, médicos, investigadores, peritos, etc.) que defendem a aplicação dos conhecimentos científicos para controlar a natureza e ultrapassar os conflitos e as resistências à inovação» (Lima, 1982, p. 1304).

No entanto, as ideias do *scientific management* que chegam a Portugal e que são perfilhadas pela elite técnica e científica e por alguns sectores da burguesia industrial não são congruentes com o fraco desenvolvimento das forças produtivas. Por outro lado, o Estado Novo vem bloquear, em termos institucionais, a difusão e o aprofundamento desse projecto, ainda embrionário e muito voluntarista, de racionalização (Lima, 1982; Rodrigues e Lima, 1987).

De facto, em 1926 a 1.ª República é derrubada. E em 1933 é aprovada a Constituição Política do Estado Novo, em vigor até 25 de Abril de 1974. O Estatuto do Trabalho Nacional, inspirado no fascismo italiano, vem entretanto consagrar a ideia-força de solidariedade entre a propriedade, o capital e o trabalho. Como consequência lógica, a greve e o *lock-out* passam a ser punidos (Decreto-Lei n.º 23 870, de 18 de Maio, diploma que só viria a ser revogado em 1974). É dissolvida a Confederação Geral do Trabalho (CGT), de tendência anarco-sindicalista, criada em 1919.

Como defende Lima (1982), o período da 1.ª fase do salazarismo, até finais da década de 1940, será marcado pela racionalização autoritária e a implantação tardia e lenta do *taylorismo*» (p. 1308), enquanto se agravam as condições de trabalho na indústria (v. g., intensificação dos ritmos de trabalho, diminuição dos salários reais, prolongamento do tempo de trabalho, repressão do movimento operário e sindical).

Não admira, por isso, que este período corresponda a um completo vazio legislativo em matéria de SH&ST, com excepção do já referido diploma de 1936, que veio definir o regime jurídico dos *acidentes de trabalho e doenças profissionais* (Lei n.º 1942, de 27 de Julho de 1936, revogada em 1965).

Por outro lado, é sintomático que uma grande parte das convenções internacionais do trabalho adoptadas pela OIT durante o longo período do Estado Novo (1928-1974) só tenham sido ratificadas por Portugal muitos anos depois, algumas mesmo já depois da instauração da democracia em 25 de Abril de 1974. É o caso, por exemplo, das convenções n.º 81 (inspecção do trabalho, 1947), n.º 98 (direito de organização e negociação colectiva, 1949), n.º 87 (liberdade sindical e protecção do direito sindical,

1948), n.º 117 (política social — objectivos e normas de base, 1962), n.º 120 (higiene no comércio e escritórios, 1964) ou n.º 127 (peso máximo das cargas transportadas por um só trabalhador, 1967), que só foram ratificadas em 1962, 1964, 1977, 1981, 1983 e 1984, respectivamente. Outras convenções (e recomendações) continuam ainda hoje por ratificar, como é o caso da convenção n.º 161 (serviços de saúde no trabalho, 1985).

No pós-guerra começa, entretanto, a desenhar-se uma tímida estratégia industrializante, com o plano de electrificação do país (1944), a promulgação da lei do fomento e reorganização industrial (1945) e a publicação do livro de Ferreira Dias (*Linha de Rumo*, 1945), a par da modernização técnica e organizacional de algumas empresas (v. g., CUF, CP, estaleiro naval da Rocha do Conde de Óbidos) (Lima, 1982; Rodrigues e Lima, 1987).

Em 1948 Portugal é membro fundador da *Organização Mundial de Saúde* (OMS), mas só dez anos depois é que a saúde, até então dependente do Ministério do Interior, passa a ter um ministério próprio (Ministério da Saúde e Assistência). Por sua vez, a Direcção-Geral do Trabalho e Corporações passa a assumir responsabilidades e tarefas no campo da higiene e segurança no trabalho.

Na década de 1960, marcada pela guerra colonial, pelo êxodo rural de um milhão de portugueses e pela crescente abertura da economia ao exterior, começa a esboçar-se a construção de um embrionário e envergonhado *welfare state*, o *corporativismo social*, com um atraso de décadas em relação aos países europeus (Alemanha, Inglaterra, França) cuja industrialização será acompanhada do desenvolvimento de sistemas de protecção social, incluindo o sistema de saúde (Graça, 1992a).

1.2. O período de 1958-1974

Algumas datas de referência permitem caracterizar melhor este período:

- Em 1959 Portugal adere à Associação Europeia de Comércio Livre (EFTA), ao mesmo tempo que se dá início ao II Plano de Fomento (1959-1964);
- De 1959 a 1962 decorre a campanha nacional de prevenção de acidentes de trabalho e doenças profissionais;
- 1962 não é apenas o ano da crise político-universitária, mas também o da criação do Fundo de Desenvolvimento da Mão-de-Obra, do Instituto de Formação Profissional Acelerada, do Gabinete de Higiene e Segurança no Trabalho, no seio da Junta de Acção Social, que irá promover anualmente, de 1961 a 1964, os colóquios nacionais do trabalho, da organização corporativa e da previdência social (Rodrigues e Lima, 1987);

- Mas é também o ano da criação da Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais, bem como dos Serviços Médicos do Trabalho para a Prevenção Médica da Silicose;
- Em 1963 é criado o curso de Medicina do Trabalho e em 1966 a Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical;
- De 1965 data a criação do Serviço Nacional de Emprego, ao mesmo tempo que se dá início à modernização da legislação laboral, reflectindo as alterações políticas, económicas e sociais que estavam a operar-se no país;
- É também deste ano o primeiro acordo tarifário entre a Federação das Caixas de Previdência e os hospitais. Na época apenas 40 % da população estavam cobertos por um esquema de -seguro-doença (Campos, 1983);
- 1968 é o ano do início do consulado marcelista e do III Plano de Fomento (1968-1972);
- De 1969 é o regime jurídico do *contrato individual de trabalho* (Decreto-Lei n.º 49 408, de 24 de Novembro de 1969), o qual irá manter-se parcialmente em vigor durante duas décadas, enquanto o regime jurídico das *relações colectivas* (Decreto-Lei n.º 49 212, de 28 de Agosto de 1969) seria logo substituído em 1979;
- A partir de então agudizam-se os sinais da crise que levará à desagregação do Estado Novo e à revolução do 25 de Abril: impasse da guerra colonial, isolamento externo do regime, contestação interna, crise económica internacional de 1973, etc.

É desta época, no entanto, que datam os principais diplomas e regulamentos em matéria de SH&ST ainda hoje em vigor.

É o caso da criação e regulamentação dos *serviços médicos do trabalho nas empresas* (Decreto-Lei n.º 47 511 e Decreto n.º 47 512, ambos de 25 de Janeiro de 1967), bem como o regime jurídico dos *acidentes de trabalho e das doenças profissionais* (Decreto n.º 360/71, de 21 de Agosto, com algumas alterações posteriores em 1979 e 1985 (Decreto-Lei n.º 459/79, de 23 de Novembro, e Decreto-Lei n.º 466/85, de 5 de Novembro).

De 1958 é o regulamento de *segurança no trabalho nas obras de construção civil* (Decreto Regulamentar n.º 41 821 e Decreto-Lei n.º 41 820, ambos de 11 de Agosto), enquanto em 1971 é aprovado o regulamento geral de *higiene e segurança do trabalho nos estabelecimentos industriais* (Portaria n.º 53/71, de 3 de Fevereiro, só alterada em 1980).

De 1966 é ainda a publicação do regulamento de *instalação e laboração dos estabelecimentos industriais* (Decreto-Lei n.º 46 923 e Decreto Regulamentar n.º 46 924, ambos de 28 de Março).

E, finalmente, só em 1973 é publicada a lista de *doenças profissionais* (Decreto n.º 434/73, de 25 de Agosto, Decreto Regulamentar n.º 12/80, de 8 de

Maio, e Despacho Normativo n.º 253/82, de 22 de Novembro, rectificado em 28 de Fevereiro de 1983).

A concepção redutora da relação trabalho/saúde, bem como a óptica essencialmente reparadora com que os parceiros sociais ainda até há pouco tempo abordavam os problemas da SH&ST, derivam, em grande parte, deste enquadramento legislativo, regulamentar, técnico e organizacional, contemporâneo da reforma do corporativismo social.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 49 408, de 24 de Novembro de 1969 (*regime jurídico do contrato individual de trabalho*), eram então deveres da entidade patronal proporcionar ao trabalhador «boas condições de trabalho, tanto do ponto de vista físico como moral», e «indemnizá-lo dos prejuízos resultantes de acidentes de trabalho e doenças profissionais» (artigo 19.º) (itálicos nossos). Por condições de trabalho entendiam-se, estritamente, a higiene e a segurança do trabalho (artigo 40.º), ou seja, os factores de risco associados sobretudo ao ambiente de trabalho.

Este tipo de dever, a que os tratadistas chamam de «assistência» ou «protecção», inspirava-se na doutrina e na jurisprudência alemãs. Assim, a entidade patronal tinha não só o dever *principal* de remunerar o trabalho, como também um conjunto de deveres *accessórios* ligados às condições materiais de execução do trabalho (Fernandes, 1990a), nomeadamente o da reparação dos danos profissionais.

Na época o legislador português não quis (ou não pôde, por razões político-ideológicas) contrapor aos deveres accessórios da entidade patronal o direito de participação do trabalhador na protecção e prevenção em matéria de SH&ST, não obstante já se reconhecerem as vantagens das *comissões de higiene e segurança no trabalho* (referidas num despacho de 1959, mas que nunca chegaram a ser regulamentadas até hoje).

1.3. O período do pós-25 de Abril de 1974

O pós-25 de Abril de 1974, com a abolição do regime corporativo, o maior protagonismo dos parceiros sociais e a instauração da democracia, não trouxe nada de novo no domínio tanto da SH&ST como no das relações individuais de trabalho. Em contrapartida, foi grande o seu impacto num outro domínio do direito do trabalho, o das relações colectivas de trabalho (Fernandes, 1990b).

O direito do trabalho continua, de resto, a não ter no nosso país uma verdadeira autonomia, mantendo-se, no essencial, civilista ou administrativo (Fernandes, 1990a).

Por sua vez, os tratadistas continuam a sistematizar os múltiplos diplomas no campo da legislação do trabalho por vários capítulos ou partes segundo a matéria de que se ocupam ou, no caso de ser mais do que uma, segundo a considerada predominante. Um desses capítulos é, invariavelmente, o da *higiene e segurança no trabalho*, incluindo a medicina do

trabalho, as doenças profissionais e os acidentes de trabalho (v. g., Leite e Almeida, 1989).

Por outro lado, a Lei n.º 16/79, de 26 de Maio, que reconhece o direito às organizações de trabalhadores de participarem na elaboração da *legislação do trabalho*, define como tal a legislação que «visc regular as relações individuais e colectivas de trabalho, bem com os direitos dos trabalhadores, enquanto tais, e suas organizações», incluindo os acidentes de trabalho e as doenças profissionais.

Em suma, a saúde no trabalho continuaria a ser vista na sua acepção negativa, ou seja, como ausência de acidente ou doença profissional. Daí o direito à saúde no trabalho nunca ter chegado a ser uma figura jurídica explícita, não obstante a explosão das lutas sociais, mais ou menos espontâneas, radicais e relativamente autónomas, que tiveram lugar nas empresas no imediato pós-25 de Abril em torno de reivindicações específicas, como as de melhoria das condições de trabalho, lutas essas em que as comissões de trabalhadores tiveram um papel importante (Santos et al., 1976-1977).

É certo que a *Constituição da República Portuguesa*, promulgada em 1976, vai mais longe do que a concepção contratualista do trabalho de 1969. O trabalho já não é visto como uma mera *fonte de rendimento* ou meio de subsistência, reconhecendo-se o direito dos trabalhadores à «*organização do trabalho* em condições socialmente dignificantes, de forma a facultar a *realização pessoal*» (*itálicos nossos*), bem como à «prestação do trabalho em condições de higiene e segurança» (artigo 59.º).

Se bem que ambígua, esta formulação é compatível com um conceito mais amplo de condições

de trabalho, onde caibam todos os factores, tanto físicos, químicos e biológicos como psicossociais, a que está sujeito o trabalhador. Ou seja, por *condições de trabalho* entende-se tudo o que tem a ver com o trabalho em si (factores *intrínsecos*: o conteúdo e a organização do trabalho) e tudo o que gira à volta do trabalhador (factores *extrínsecos*: demais condições materiais de trabalho), do ponto de vista da sua incidência, positiva e negativa, na saúde do trabalhador, a nível *físico, psicológico e social* (Castilho e Prieto, 1983).

Ao postular-se que o trabalho deve ser organizado de modo a permitir a realização pessoal do trabalhador, admite-se que há um conjunto de necessidades e expectativas (se bem que implícitas) que o trabalhador deve poder satisfazer no local de trabalho e por ocasião do trabalho.

Em contraposição à concepção redutora do homem no trabalho, enquanto *homo oeconomicus*, subjacente ao taylorismo, essas necessidades e expectativas são sobretudo de natureza psicossocial, de acordo com os célebres princípios do Instituto Tavistock de Londres e do programa de «democracia industrial» norueguês (Thorsrud, 1975; Ortsman, 1984) (*Quadro I*).

Por seu turno, o artigo 64.º da Constituição vem consagrar o *direito à saúde*, uma figura jurídica que apareceu pela primeira vez em letra de lei com a reforma sanitária de 1971, numa altura em que 44 % da população ainda continuavam sem qualquer esquema de protecção social (Campos, 1983).

Por direito à saúde entende-se a igualdade de oportunidade no que respeita, quer ao acesso a serviços e cuidados de saúde, quer à melhoria das condições de vida e de trabalho.

Quadro I

Necessidades implícitas do homem no trabalho

1. Ter um trabalho cujo conteúdo seja razoavelmente *interessante, diversificado e variado*, sem que isso implique uma excessiva carga física, mental e psíquica.
2. Conhecer a *natureza do trabalho* que se efectua, bem como *as modalidades* da sua preparação, execução e controle.
3. *Aprender* no posto de trabalho e *continuar a aprender* ao longo da sua vida profissional.
4. Dispor de uma certa *margem de autonomia, de iniciativa e de poder de decisão* na organização do trabalho.
5. Manter *relações de cooperação e de entajuda no trabalho*, receber um certo suporte social e ver reconhecido o seu valor profissional no local de trabalho.
6. Sentir que o trabalho tem uma *utilidade social*, sendo compatível quer com os objectivos da empresa, quer com as aspirações do trabalhador como cidadão, integrado numa comunidade mais vasta.
7. E, finalmente, ter um mínimo de *garantias de segurança e de perspectivas de futuro*, de modo a possibilitar a realização pessoal e profissional.

Fonte: Adapt. de THORSRUD (1975).

2. O direito à saúde no local de trabalho

Apoiando-se na recomendação n.º 112, adoptada em 1959 pela OIT, a criação, em 1967, de *serviços de medicina do trabalho nas empresas*, com uma função essencialmente preventiva, pode ser considerada, para a época, como bastante inovadora em termos doutrinários. Para além da protecção e prevenção, competia ainda ao médico do trabalho a «educação sanitária» dos trabalhadores. A SH&ST continuava, porém, a ser um domínio dos especialistas, não se prevendo qualquer forma de participação dos trabalhadores, a não ser eventualmente nas grandes empresas, através das comissões de higiene e segurança no trabalho, de composição paritária.

Por outro lado, a cobertura universal da população activa por um sistema de prevenção dos riscos profissionais estava ainda muito longe de se concretizar, de tal maneira que, vinte anos depois, o número de trabalhadores abrangidos pelos serviços médicos do trabalho representava apenas 36,4 % do total da população activa do sector secundário no continente (Faria e Santos, 1990).

Os serviços médicos do trabalho já eram, entretanto, obrigatórios desde 1962 para o caso das empresas com riscos de silicose (v. g., indústria extractiva, onde, em certos casos, a percentagem de silicóticos chegava a atingir os 30 % do pessoal, segundo reconheciam as próprias autoridades sanitárias da época).

A criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1979, e a reforma do Ministério da Saúde, em 1984, bem como a Lei de Bases da Segurança Social, igualmente em 1984, não foram acompanhadas de quaisquer inovações no domínio da SH&ST, a nível quer legislativo e regulamentar, quer técnico e organizativo, continuando, nomeadamente, o reconhecimento e a reparação dos danos provenientes da exposição a riscos profissionais a não estarem integrados num sistema geral e universal de segurança social (Faria e Faria, 1989).

Entretanto, em 1990 é aprovada a nova *lei de bases da saúde*, dando início à reforma do SNS, considerado demasiado estatizante. A Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, vem apontar como prioridades da política de saúde do país a *promoção da saúde* e a *prevenção da doença*, bem como a garantia da *equidade*, entendida como igualdade de oportunidades no acesso aos cuidados de saúde, na distribuição dos recursos e na utilização dos serviços.

O novo diploma não faz, porém, qualquer referência à SH&ST, limitando-se a incluir, nos grupos sujeitos a maiores riscos que deverão ser objecto de vigilância especial, «os trabalhadores cuja profissão o justifique» (base II).

Por outro lado, termos como *saúde*, *prevenção*, *protecção* e *promoção* não estão definidos no corpo da lei, com todos os inconvenientes que daí resultam, nomeadamente o de confusão semântica e conceptual.

Por exemplo, se ao Estado cabe a responsabilidade pela definição da «política de saúde» (base VI), os cidadãos são «os primeiros responsáveis pela sua própria saúde, individual e colectiva, tendo o dever de a defender e promover» (base V).

Por outro lado, o sistema de saúde tem como fim «a efectivação do direito à protecção da saúde», cabendo aos cidadãos e às entidades públicas e privadas o dever de «colaborar na criação de condições que permitam o exercício do direito à protecção da saúde e a adopção de estilos de vida saudáveis» (base IV).

Finalmente, por «sistema de saúde» entende-se basicamente o conjunto dos prestadores de cuidados de saúde: além do SNS, todas as entidades públicas «que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde», bem como as entidades privadas e os profissionais liberais que estabeleçam acordo com o SNS em relação à «prestação de todas ou de algumas daquelas actividades» (base XII).

A *promoção da saúde*, de qualquer modo, é entendida na acepção restrita e tradicional de *educação para a saúde* e de *adopção de estilos de vida saudáveis* (base II), acepção essa que se traduz, na prática, pelo conhecido efeito perverso do *blaming the victim*, ao ignorar-se ou escamotear-se o contexto social em que o indivíduo se insere e ao privilegiar-se o papel do sistema e dos prestadores de cuidados de saúde.

Quanto à participação dos cidadãos e da comunidade na definição da política de saúde e na administração da saúde e dos serviços de saúde, o diploma não traz nada de novo, para além da criação de um Conselho Nacional de Saúde, que será basicamente um órgão de consulta da tutela e onde terão assento, entre outros, os representantes dos utentes, a eleger pela Assembleia da República (base VII).

Em contrapartida, o Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de Novembro, ao definir o *actual regime jurídico da SH&ST* e ao estendê-lo a *toda a população activa*, incluindo os trabalhadores independentes e o funcionalismo público, vem reconhecer inequivocamente o *direito à saúde no local de trabalho*, até então apenas implícito na nossa ordem jurídico-constitucional.

O artigo 4.º daquele diploma, que resultou de um acordo específico celebrado no âmbito do ex-Conselho Permanente de Concertação Social (criado pelo Decreto-Lei n.º 74/84, de 2 de Março), reconhece o direito à prestação de trabalho não apenas em condições de higiene e segurança como de *protecção da saúde*. Pelo menos no plano jurídico-formal, deixa de existir a velha dicotomia entre a saúde do trabalhador e a higiene e a segurança no trabalho.

Na realidade, uma e outra são facetas diferentes, embora indissociáveis, de um mesmo drama, o dos trabalhadores, que para ganharem a vida correm muitas vezes o risco de a perderem, de ficarem incapacitados, definitiva ou temporariamente, de contraírem doenças, de sofrerem perturbações psíquicas,

de terem uma esperança de vida mais reduzida, de serem afectadas a sua personalidade, as suas capacidades físicas e mentais, a sua qualificação profissional, a sua vida social e familiar, ou, muito simplesmente, de serem tratados como cidadãos de 2.ª classe, sem efectivo poder de controle sobre a sua situação de trabalho, incluindo os riscos profissionais a que estão sujeitos.

3. O direito à participação em matéria de SH&ST

Mas o direito à saúde no trabalho implica, por seu turno, o direito e o dever dos trabalhadores de participarem na *prevenção* dos riscos profissionais, na *protecção* da sua saúde e na *promoção* do seu bem-estar físico, mental e social.

O actual regime jurídico da SH&ST, que continua, no entanto, por regulamentar (Graça e Faria, 1993), reconhece explicitamente o *direito à participação* dos trabalhadores e seus representantes, sob a forma de certos direitos, individuais e colectivos.

Todavia, o nível e as formas dessa participação são limitados. Trata-se basicamente do direito à *informação*, à *representação*, à *consulta* e à *proposta* (artigos 9.º e 10.º). Mais ambíguo e, naturalmente, mais polémico é o direito à *recusa do trabalho* em caso de perigo grave e iminente (artigo 15.º).

3.1. Direito à informação

Tanto os trabalhadores como os seus representantes no local de trabalho (empresa, estabelecimento ou serviço) devem dispor de *informação actualizada* no domínio da SH&ST (n.º 1 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de Novembro).

E, mais concretamente, informação sobre:

- a) Os diversos *riscos profissionais* a que estão sujeitos, de natureza física, química, biológica ou psicossocial (v. g., exposição a substâncias tóxicas ou perigosas, ruído, trabalho repetitivo e monótono, trabalho nocturno e por turnos, carga de trabalho mental e psíquica, isolamento);
- b) As *medidas de protecção e prevenção* adoptadas pelo empregador (v. g., política de saúde da empresa, organização de serviços, acções de formação em SH&ST, melhoria das condições de trabalho, concepção ergonómica dos postos de trabalho);
- c) As medidas e as instruções a adoptar em caso de perigo grave e iminente;
- d) As medidas de primeiros socorros, de combate a incêndios e de evacuação do pessoal em caso de sinistro;
- e) Os trabalhadores ou serviços *responsáveis pelas actividades de prevenção e protecção* (v. g.,

médico do trabalho, encarregado de segurança, equipa de primeiros socorros).

Esta informação tem de ser obrigatoriamente proporcionada aos trabalhadores, individual ou colectivamente, sempre que se verificarem determinadas circunstâncias, implicando alteração da sua situação de trabalho, resultante de inovação técnica, mudança organizacional, reconversão profissional, promoção ou mudança de categoria, deslocação temporária para outro local de trabalho, rotação ou reestruturação do posto de trabalho, etc.

Mais concretamente, deve ser dada ao trabalhador informação em matéria de SH&ST — sem prejuízo da formação adequada — nos seguintes casos (n.º 2 do artigo 9.º):

- a) *Admissão na empresa* (e readmissão, nos casos de ausência prolongada por motivo de doença, licença sem vencimento, destacamento, etc.);
- b) *Mudança de posto de trabalho* ou de funções, por motivo de rotação ou promoção;
- c) *Introdução de novos equipamentos de trabalho*;
- d) *Alteração dos equipamentos existentes*;
- e) *Introdução de novas tecnologias de produção*;
- f) *Actividades que envolvam trabalhadores de diversas empresas* (v. g., subcontratação, trabalhadores em regime de trabalho temporário ou de cedência de mão-de-obra).

O termo *equipamentos* é de algum modo ambíguo, podendo ser entendido em sentido mais restrito (v. g., equipamentos de prevenção, colectivos ou individuais) ou amplo (v. g., equipamentos directa ou indirectamente afectos ao processo de produção).

Tanto num caso como noutro, o trabalhador deve ser informado de todas as modificações operadas nos equipamentos de trabalho, quer naqueles que possam expô-lo a risco de acidente ou de doença (v. g., máquina de *transfer* automática, ecrã de terminal de computador), quer nos outros que servem para protegê-lo (v. g., vestuário de trabalho) ou, inclusive, para facilitar a sua reabilitação funcional no local de trabalho em caso de incapacidade permanente parcial.

Na prática, o trabalhador deve ter uma informação tão *actualizada* e dada em tempo oportuno como extensa, abarcando todas as *componentes materiais do trabalho*.

Por esta expressão entende-se, de acordo com a alínea f) do artigo 3.º:

- Os locais de trabalho;
- O ambiente de trabalho;
- As ferramentas, as máquinas e os materiais;
- As substâncias e agentes químicos, físicos e biológicos;
- Os processos de produção;
- A organização do trabalho.

Há, no entanto, outras componentes do trabalho que, por serem *imateriais*, são mais dificilmente

objectiváveis, mas cujo conhecimento é relevante para a avaliação da situação de trabalho. Referimo-nos, concretamente, à cultura da empresa, ao clima organizacional, aos estilos de gestão, à comunicação, às representações simbólicas, às identidades profissionais, etc.

Essas componentes imateriais do trabalho remetem para a problemática dos *factores psicossociais no trabalho* (Graça e Reis, 1993) e não podem ser ignoradas na abordagem inovadora e integrada dos problemas de SH&ST que constitui a perspectiva da promoção da saúde nos locais de trabalho (Graça e Faria, 1992; Graça, 1993).

Na realidade, o *posto de trabalho* não é uma ilha, mas um sistema que faz parte de um sistema mais vasto: o sistema de produção e de trabalho, a secção, a oficina, o departamento, a empresa, o mercado fornecedor e cliente, etc. (Graça, 1985a).

E o próprio *trabalhador* não pode ser visto como o Robinson Crusóe, prisioneiro na sua ilha. Ele faz parte de grupos, tem uma família, reside numa determinada comunidade, está inserido numa dada sociedade, tem determinadas características físicas, psicológicas e culturais, tem uma dada qualificação, treino ou experiência profissionais, possui diferentes necessidades e expectativas, é portador de diferentes valores e representações do trabalho e da saúde, etc. (Graça, 1985b).

As *relações de trabalho*, por seu turno, são — como todas as relações sociais — relações estratégicas de poder. Tal significa que os actores, no trabalho e por ocasião do trabalho, não se limitam a desempenhar determinados papéis. Eles nunca são totalmente determinados por constrangimentos exteriores, tecnológicos, económicos, organizacionais, culturais, jurídicos ou outros. Estabelecem entre si relações de poder, de troca e de negociação, em função de certas estratégias, ou *enjeux*, e dos trunfos que possuem (v. g., controle de certas áreas de incerteza pertinentes para outros actores, como o saber, a informação, a criação e a aplicação de regras ou a afectação de recursos) (Crozier e Fridberg, 1977).

Por isso, é legítimo perguntarmo-nos para que serve, afinal, a informação em SH&ST. Naturalmente, para conhecer e agir e, em última análise, permitir aos trabalhadores exercer, individual ou colectivamente:

- a) Um maior grau de controle sobre o seu próprio trabalho (o conteúdo, a organização e as demais condições técnicas e sociais de trabalho);
- b) Um maior grau de influência no processo de decisão a nível da melhoria das suas condições de vida no trabalho, de modo a:
 - Prevenir os acidentes, as doenças profissionais, as demais doenças relacionadas com o trabalho e as doenças agravadas pelo trabalho;

- Proteger a sua saúde;
- Promover o seu bem-estar físico, mental e social.

Nesta perspectiva, o direito à informação não pode ser, taxativamente, limitado ao corpo da lei, tanto mais que a informação nas organizações é sempre um recurso político, ou uma fonte de poder, se não for socializada ou partilhada.

De qualquer modo, esse direito decorre do princípio geral que obriga o empregador a assegurar aos trabalhadores condições de SH&ST em *todos* os aspectos relacionados com o trabalho (n.º 1 do artigo 8.º). Mas decorre também das próprias obrigações do trabalhador (artigo 15.º), nomeadamente as de intervir e de cooperar na defesa da sua saúde e segurança no trabalho, bem como de zelar pela saúde e segurança dos outros trabalhadores.

Recorde-se que a actual legislação sobre a cessação do contrato de trabalho considera a «falta culposa de observância de normas de higiene e segurança no trabalho» como um comportamento do trabalhador que constitui «justa causa de despedimento» [alínea h) do n.º 2 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 64-A/89, de 27 de Fevereiro].

Nessa medida, o direito à informação é também, subsidiariamente:

- a) Um direito de fiscalização e reclamação em relação às obrigações gerais do empregador em matéria de SH&ST;
- b) Um direito ao conhecimento, de modo a possibilitar a identificação e avaliação dos riscos profissionais e, consequentemente, a sua prevenção.

Ao empregador compete sobretudo organizar e pôr em funcionamento um sistema integrado de prevenção dos riscos profissionais, tendo em conta os seguintes princípios:

- a) Proceder, na concepção das instalações, dos locais e dos processos de trabalho, à identificação dos *riscos previsíveis*, tanto em termos de segurança como de saúde e bem-estar (físico, mental e social);
- b) Combater esses riscos *na origem*, anulando-os ou limitando os seus efeitos, de modo a garantir um *nível eficaz de protecção*;
- c) Integrar a avaliação dos riscos no *conjunto das actividades* da empresa, estabelecimento ou serviço em todas as fases dessas actividades (v. g., da concepção do produto à sua produção e distribuição) e em todos os *níveis organizacionais* (do topo à base, do nível estratégico ao nível operacional);
- d) Adoptyr as convenientes *medidas de prevenção*;
- e) Assegurar que a *exposição a substâncias ou agentes físicos, químicos e biológicos* nos lo-

cais de trabalho não põe em risco a saúde dos trabalhadores;

- f) *Organizar o trabalho*, de modo a minimizar os seus efeitos negativos, nomeadamente os de natureza ergonómica e psicossocial (v. g., fadiga física, *stress*, insatisfação profissional, desqualificação, falta de autonomia, empobrecimento intelectual e sobrecarga mental resultantes do *trabalho repetitivo e monótono*);
- g) Planificar a prevenção em termos *sociotécnicos*, ou seja, num sistema coerente que integre a tecnologia, a organização do trabalho, o trabalhador, as relações de trabalho e os demais factores inerentes ao trabalho;
- h) Dar prioridade à *protecção colectiva* (v. g., segurança integrada de máquinas, equipamentos e instalações) em relação às medidas de protecção individual (v. g., vestuário de trabalho);
- i) Assegurar a *vigilância adequada da saúde* dos trabalhadores em função dos riscos a que se encontram expostos, em especial dos *grupos mais vulneráveis* (v. g., mulheres grávidas, menores, aprendizes, idosos, migrantes, deficientes);
- j) Organizar as *equipas* de primeiros socorros, de combate a incêndios e de evacuação de pessoal;
- l) Restringir o *acesso a zonas de risco grave*;
- m) Adoptar medidas e dar instruções aos trabalhadores para actuação em caso de *perigo grave e iminente* que não possa ser evitado; e finalmente
- n) Mobilizar os meios (humanos, técnicos, científicos e financeiros) necessários à *organização e funcionamento das actividades de SH&ST*.

São, inegavelmente, *princípios inovadores* em matéria de responsabilização do empregador no domínio da SH&ST, comparativamente à época de 1958-1973. Mas para exercerem esse direito à informação os trabalhadores e os seus representantes deverão ter acesso a determinadas fontes ou suportes de informação. De acordo com o n.º 5 do artigo 9.º do diploma que temos vindo a citar, deve ser facultado explicitamente o acesso a:

- Informações técnicas objecto de registo;
- Dados clínicos e bioestatísticos colectivos, não individualizados e não sujeitos a sigilo profissional;
- Informações técnicas provenientes de serviços de inspecção ou outros, nomeadamente dos ministérios da tutela (v. g., Inspecção-Geral do Trabalho, administração regional de saúde).

O diploma que criou os serviços de medicina do trabalho nas empresas (1967) restringia, no entanto, o acesso — neste caso do médico do trabalho — a certas informações técnicas por razões de segredo industrial.

O que é que se deve entender, entretanto, pela expressão «informações técnicas objecto de registo»? Em princípio, incluirá toda a informação em suporte escrito (v. g., protocolos, *dossiers*, diagramas), pictórico (v. g., cartazes, sinalização) ou audiovisual (v. g., vídeo) que directa ou indirectamente tenha a ver com (ou seja relevante para) o sistema de prevenção e protecção.

Alguns exemplos (n.º 3 do artigo 4.º):

- Parâmetros técnicos relativos às diversas componentes materiais de trabalho, à sua composição, instalação, organização, utilização, transformação, etc.;
- Substâncias, agentes ou processos cuja utilização deve ser proibida, limitada ou sujeita a autorização prévia;
- Valores-límites de exposição dos trabalhadores a substâncias ou agentes químicos, físicos e biológicos;
- Normas técnicas para a amostragem, medição e avaliação de resultados.

Mas no conceito de *informações técnicas objecto de registo* poderá (e deverá) ainda incluir-se:

- Dados estatísticos sobre acidentes de trabalho, doenças profissionais, doenças relacionadas com o trabalho e doenças agravadas pelo trabalho;
- Indicadores sociolaborais (v.g., taxas de gravidade e de frequência dos acidentes de trabalho por categorias socioprofissionais);
- Resultados de estudos ou de inquéritos sobre as condições de trabalho e os riscos para a saúde e segurança dos trabalhadores;
- Resultados de políticas, programas ou actividades no domínio da SH&ST (v. g., vigilância médica, acções de promoção da saúde, educação, formação e informação dos trabalhadores).

Como é que os trabalhadores e seus representantes poderão exercer o seu direito à informação? Para isso torna-se necessário que no seu local de trabalho haja informação disponível, em quantidade e qualidade, sob a forma de, por exemplo:

- Política escrita de SH&ST a nível da empresa, estabelecimento ou serviço;
- Regulamento interno de SH&ST;
- Sistema de sinalização de segurança e/ou saúde no trabalho;
- Centro de documentação, com alguns manuais e publicações técnicas sobre SH&ST, além dos principais diplomas legais, regulamentares e convencionais aplicáveis à empresa e ao seu ramo de actividade.

Mas há ainda outras fontes a que os trabalhadores e seus representantes poderão — teoricamente, pelo menos — recorrer, caso existam no seu local de

trabalho e tragam informação relevante em matéria de SH&ST:

- Plano e relatório de actividades dos serviços de prevenção e protecção (v.g., serviço de medicina do trabalho);
- Balanço social da empresa (tratando-se de empresa com 100 ou mais trabalhadores);
- Relatório e contas do exercício.

Outros suportes poderão ser utilizados para a informação (e a formação) dos trabalhadores, como é o caso de:

- Boletim da empresa;
- Jornal de parede;
- Cartazes ou *posters*;
- Vídeos;
- Reuniões periódicas;
- Actas das comissões de higiene e segurança, etc.

Em qualquer dos casos, o exercício do direito à informação nunca será pacífico, dependendo das relações estratégicas de poder a nível do local de trabalho e do próprio sistema de relações colectivas.

3.2. Direito à formação

De acordo com o artigo 12.º, o trabalhador deve receber uma *formação adequada e suficiente* no domínio da SH&ST, tendo em conta a sua qualificação, a sua responsabilidade, as suas funções e o seu posto de trabalho.

Essa formação, de que não pode resultar qualquer prejuízo para o trabalhador, deve ser assegurada de modo a habilitá-lo a lidar com as diferentes situações de mudança que podem implicar um risco acrescido para a saúde e a segurança, nomeadamente em situações como:

- Admissão do trabalhador na empresa;
- Trabalhador com baixo nível de qualificação;
- Polivalência, reconversão profissional e outras formas de mobilidade, implicando adaptação a novo posto de trabalho ou actividade;
- Reestruturação ou reconversão da empresa;
- Introdução de novas tecnologias;
- Introdução de novas matérias-primas;
- Adopção de novos processos de produção e de trabalho;
- Actividades que envolvam trabalhadores de diversas empresas.

O que se deve entender por uma «formação adequada e suficiente» no domínio da SH&ST?

A formação deve ser *adequada*, tendo em conta a especificidade dos riscos profissionais, as características técnicas e organizacionais da empresa, o sector e o ramo de actividade económica, as caracte-

terísticas sociodemográficas do trabalhador, a diferenciação socioprofissional, etc. Especial atenção deve ser dada aos trabalhadores analfabetos ou com fracas habilitações literárias e sem formação profissional, aos aprendizes, aos menores, às mulheres, aos jovens adultos, aos idosos, aos deficientes e aos migrantes.

Além disso, a formação deve incidir tanto na área mais tradicional da *segurança e higiene* (v.g., exposição a substâncias ou agentes físicos, químicos e biológicos) como no domínio da *saúde e bem-estar* do trabalhador (v.g., patologia ocupacional, ergonomia, psicossociologia das organizações).

É pressuposto igualmente que a formação em SH&ST não dissocie o conhecimento e a acção, de modo a contribuir quer para a mudança de conhecimentos, de atitudes e de comportamentos de todos os actores implicados (empregadores, gestores, quadros e trabalhadores) no domínio da SH&ST, quer para a melhoria efectiva das condições de vida no trabalho.

Por outro lado, a formação deve ser *suficiente*. À parte o desejável incremento da área da SH&ST nos programas dos vários níveis de ensino, bem como nos cursos de formação profissional, a formação específica em SH&ST das actuais gerações da população activa, nomeadamente assalariada, terá de ser feita nos locais de trabalho. Para tanto, os parceiros sociais poderão (e deverão) estabelecer, pela via da negociação colectiva ou da concertação social, um crédito mínimo anual de horas para essa formação específica.

Neste campo, de resto, noutros campos há muito para fazer. De acordo com uma recente sondagem encomendada pela Comunidade Económica Europeia, apenas 14 % da população activa portuguesa (contra o dobro dos trabalhadores do conjunto dos doze países comunitários) considera ter recebido formação em SH&ST adequada ao seu actual posto de trabalho ou função (Commission of the European Communities, 1992).

3.3. Direito de representação

Um terceiro direito reconhecido a cada trabalhador é o de eleger um ou mais delegados para exercer funções de representação em matéria de SH&ST (artigo 10.º).

Esta figura, inspirada na tradição escandinava, nomeadamente na lei sueca sobre SH&ST de 1978 (Oscarson, 1985), é distinta da *comissão de trabalhadores*, cuja criação está prevista na Constituição da República Portuguesa como um direito colectivo de participação na gestão da empresa.

Na prática, a intervenção das comissões de trabalhadores é limitada a dois tipos de actuação distintos: a *fiscalização* propriamente dita (incluindo a reclamação) e a *recomendação* (Fernandes, 1990b). De acordo com o seu estatuto jurídico, as comissões de trabalhadores têm o direito, entre outros, de apresentar aos órgãos de gestão da empresa sugestões, recomenda-

ções ou críticas tendentes à melhoria da qualidade de vida no trabalho e das condições de higiene e segurança (artigo 29.º da Lei n.º 46/79, de 12 de Setembro).

Uma outra instância de representação dos trabalhadores são os *delegados sindicais* e suas comissões (sindicais e intersindicais), que têm um papel próprio na defesa dos direitos dos trabalhadores e da melhoria das suas condições de trabalho, incluindo as condições de SH&ST.

Quanto às *comissões de higiene e segurança no trabalho* (CH&ST), de composição paritária, não estão institucionalizadas, sendo criadas por via da contratação colectiva ou por iniciativa patronal. O seu alcance é quase sempre limitado ao domínio mais tradicional da higiene e segurança.

A própria designação, no nosso entender, não é correcta. Tendo em conta a letra e o espírito do Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de Novembro, será preferível chamar-lhes *comissões de segurança, higiene e saúde no trabalho* (CSH&ST).

Ainda recentemente foi criada uma CSH&ST numa autarquia local cuja política de promoção de saúde no trabalho foi objecto de um estudo de caso integrado num projecto de investigação da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (Graça e Faria, 1992; Graça, 1993).

Uma outra designação, igualmente mais abrangente, é a de *comissões de higiene, segurança e condições de trabalho* (CHS&CT), tal como foi consagrada na legislação francesa.

De acordo com o regime jurídico do contrato de trabalho de 1969, era dever do trabalhador, por seu turno, colaborar com a entidade patronal em matéria de higiene e segurança no trabalho por intermédio de «comissões» ou de outros meios adequados.

No regulamento geral de segurança e higiene no trabalho nas minas e pedreiras (Decreto-Lei n.º 162/90, de 22 de Maio) faz-se uma clara distinção entre o *serviço de higiene e segurança*, cuja organização será da responsabilidade da empresa, e a *comissão paritária de higiene e segurança*, composta por quatro representantes da empresa e outros tantos dos trabalhadores (três eleitos e um representante sindical).

A nova figura agora criada, o *representante dos trabalhadores* no domínio da SH&ST, é eleita por voto directo e secreto, segundo o princípio da representação pelo método do Hondt, em listas apresentadas pelas organizações sindicais.

O número de representantes dos trabalhadores depende da dimensão da empresa, sendo o mínimo de um (empresas com menos de 61 trabalhadores) e o máximo de sete (empresas com mais de 1500 trabalhadores).

O mandato dos representantes dos trabalhadores é de três anos. E para o exercício das suas funções dispõem de um crédito mensal de cinco horas, o que é manifestamente pouco, se considerarmos que na maior parte dos locais de trabalho só haverá um

delegado para a SH&ST, dada a reduzida dimensão das nossas empresas.

Além disso, o empregador deve «proporcionar condições» para que o(s) representante(s) dos trabalhadores para a SH&ST possa(m) «receber uma formação adequada» (v. g., licença com ou sem vencimento em caso de formação externa) (n.º 3 do artigo 12.º).

Não está previsto nenhum crédito anual de horas para a formação dos representantes dos trabalhadores.

Caso exista CH&ST, os representantes dos trabalhadores escolherão, entre si, com respeito pelo princípio da proporcionalidade, os respectivos membros (artigo 11.º).

É pressuposto que os representantes dos trabalhadores para a SH&ST gozem da protecção legal atribuída aos delegados sindicais no que respeita aos actos em que se traduz o exercício das suas funções específicas.

3.4. Direito de consulta

Os *representantes dos trabalhadores* ou, na sua falta, os próprios trabalhadores devem ser consultados sobre as seguintes matérias (n.º 3 do artigo 9.º):

- Medidas de protecção e prevenção a adoptar pelo empregador;
- Medidas e instruções a adoptar em caso de perigo grave e eminente;
- Medidas de primeiros socorros, de combate a incêndios e de evacuação do pessoal em caso de sinistro;
- Medidas que, pelo seu impacte nas tecnologias, bem como no conteúdo, organização e demais condições de trabalho, tenham repercussão sobre a SH&ST;
- Designação e exoneração dos responsáveis pelas actividades ou serviços de prevenção e protecção;
- Designação e exoneração dos trabalhadores encarregados de pôr em prática as medidas de primeiros socorros, de combate a incêndios e de evacuação de pessoal;
- Programa e organização da formação em SH&ST.

O *direito à consulta* significa que o empregador partilha um dado problema de SH&ST com os representantes dos trabalhadores, *individualmente* (variante i) ou em grupo (variante ii), ouve as suas ideias e sugestões e depois toma uma decisão ou resolve o problema. A decisão tomada, ou a solução encontrada, pode ou não reflectir a influência dos representantes dos trabalhadores.

Trata-se, pois, de uma forma de participação distinta da negociação e da co-decisão ou da decisão baseada no consenso.

3.5. Direito de proposta

Os trabalhadores e seus representantes têm igualmente o direito de «apresentar propostas de modo a minimizar qualquer risco profissional» (n.º 4 do artigo 9.º). Este direito é, naturalmente, mais limitado do que o direito à consulta, podendo mesmo considerar-se como subsidiário deste último.

3.6. Direito de recusar o trabalho

A actual legislação é ambígua sobre um direito fundamental do trabalhador, em termos individuais ou colectivos, que é o de recusar iniciar o trabalho, de interromper o trabalho ou de abandonar o posto de trabalho em caso de percepção de *perigo grave e iminente*.

Esta figura jurídica apareceu pela primeira vez em 1973, num documento da OIT sobre segurança e saúde nas indústrias de construção e reparação naval, e já está consagrada na legislação laboral de diversos países, como é o caso, por exemplo, da Inglaterra (1975), do Canadá (1977), da Noruega (1977), da Suécia (1977) e da França (1982). E, ainda há muito mais tempo, da Dinamarca (1910) (Renaud e St. Jacques, 1988; Sass, 1985).

De acordo com o n.º 1, alíneas e) e f), e n.º 2 do artigo 15.º, em caso de perigo grave e iminente o trabalhador deve proceder do seguinte modo:

- 1) Entrar imediatamente em contacto com o seu superior hierárquico, alertando-o para a situação;
- 2) Não sendo tal possível, entrar em contacto com os responsáveis pela prevenção e protecção;
- 3) Na impossibilidade de contacto imediato com um ou com outros, deve agir de moto próprio, adoptando as medidas e instruções estabelecidas para tal situação;
- 4) Só em último caso, face a um «perigo grave e imediato que não possa ser evitado», é que o trabalhador pode afastar-se do seu posto de trabalho ou de uma área perigosa.

Nesta última circunstância o trabalhador não pode ser prejudicado, a menos que tenha agido «com dolo ou negligência grave», o que será sempre difícil de avaliar, dada a impossibilidade de definir, com objectividade, todas as possíveis situações de perigo grave e iminente nos locais de trabalho. Neste, como noutros domínios, nem sempre a realidade objectiva coincide com a percepção subjectiva.

O n.º 3 do artigo 15.º prevê, de resto, a imputação de «responsabilidade disciplinar e civil» ao trabalhador no caso de incumprimento culposos das suas obrigações.

A Directiva n.º 89/391/CEE, de 12 de Junho de 1989, tem uma formulação mais clara sobre este ponto (n.º 4 do artigo 8.º): «Um trabalhador que, em caso

de *perigo grave, imediato e que não possa ser evitado*, se afaste do seu posto de trabalho e/ou de uma área perigosa não pode ser prejudicado por esse facto e deve ser protegido contra todas as consequências prejudiciais e injustificadas, de acordo com as legislações e/ou práticas nacionais.» (Itálicos nossos.)

Por seu turno, a entidade patronal, a não ser em casos excepcionais devidamente fundamentados, deve «abster-se de pedir aos seus trabalhadores que retomem a sua actividade numa situação de trabalho em que persista um perigo grave e imediato» (n.º 3 do artigo 8.º).

Em qualquer dos casos, o trabalhador não pode ser prejudicado pelas suas acções ou omissões, «a não ser que tenha agido de forma irreflectida ou cometido uma negligência grave» (n.º 5 do citado artigo 8.º da directiva comunitária).

4. Um nível de participação limitada

O direito à informação e à formação baseia-se numa concepção individualista e atomística da relação do homem com o seu trabalho e o seu local de trabalho: o trabalhador, tomado individualmente, é pressuposto conhecer e aceitar os «direitos, deveres e garantias das partes» e, portanto, submeter-se ao sistema de autoridade da empresa, cooperando nomeadamente com o empregador enquanto *principal responsável* pela saúde e segurança no trabalho.

O artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de Novembro, define taxativamente as *obrigações do trabalhador*:

- a) Cumprir as prescrições de SH&ST estabelecidas, externamente, por via legislativa ou convencional e, internamente, pelo empregador;
- b) Zelar pela sua saúde e segurança;
- c) Zelar pela saúde e segurança de outras pessoas que podem ser afectadas pelos seus comportamentos (acções ou omissões) no trabalho;
- d) Utilizar correctamente e segundo as instruções transmitidas pelo empregador os objectos e os meios de trabalho, designadamente os equipamentos de protecção individual e colectiva;
- e) Cumprir os procedimentos de trabalho estabelecidos;
- f) Cooperar na melhoria das condições de SH&ST;
- g) Comunicar ao seu superior hierárquico (ou, não sendo possível, aos responsáveis pelas actividades ou serviços de prevenção e protecção) quaisquer avarias ou deficiências que possam originar perigo grave e iminente;
- h) Adoptar as medidas e instruções previstas para fazer face a um perigo grave ou iminente, caso não possa contactar o superior hierárquico ou os responsáveis pela prevenção e protecção.

O Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de Novembro, que tem como quadro de referência a Convenção n.º 155

da OIT, de 1981, ratificada por Portugal em 1985, e a Directiva n.º 89/391/CEE, parece ter subestimado as potencialidades da formação mútua e da discussão pelos trabalhadores, colectivamente, das suas próprias condições de trabalho, ou seja, o *direito de expressão*, consagrado, por exemplo, na legislação francesa.

As leis Auroux de 1982 vieram reconhecer o direito à expressão *directa* (por iniciativa pessoal, sem ser pela via da representação) e *colectiva* (através de grupos) sobre:

- O conteúdo e a organização do seu trabalho;
- A definição e implementação de acções destinadas a melhorar as condições de trabalho na empresa (artigo 461.º, n.º 1, do Código francês do Trabalho).

Com o direito de expressão, o legislador francês veio reconhecer que o trabalhador tem um *papel activo* a desempenhar na empresa. Pelo facto de executar quotidianamente um determinado trabalho, é ele quem está melhor colocado para analisar os diferentes aspectos desse seu trabalho e fazer propostas de melhoria das suas condições de trabalho.

O facto de as chefias directas e quadros intermédios fazerem parte igualmente dos *grupos de expressão* permite que a experiência e o conhecimento dos trabalhadores possam ser de imediato aproveitados pela empresa, com vantagens mútuas, à semelhança dos *círculos de qualidade* que os Japoneses desenvolveram para identificação e resolução de problemas no domínio da produção, ou dos *programas de sugestões*, destinados a estimular a criatividade e o envolvimento dos trabalhadores na procura de soluções que contribuam para a redução de custos, o aumento da produtividade, a melhoria da qualidade ou, inclusive, a diminuição dos riscos profissionais (Cristovam, 1989).

No entanto, muitas destas iniciativas, quase sempre de origem patronal, são tradicionalmente vistas com alguma reserva e desconfiança por parte dos sindicatos.

Quanto à participação dos trabalhadores portugueses na *gestão do sistema de prevenção dos riscos profissionais*, ela é claramente limitada à simples consulta, não se prevendo outras formas de nível superior, como a negociação, o veto, a co-decisão, a supervisão da implementação ou até a gestão autónoma directa.

Um exemplo do *direito de veto* é o da legislação belga (1977), que consagra o direito dos representantes dos trabalhadores de não aceitarem, por exemplo, a nomeação de um médico do trabalho que não lhes mereça a sua confiança, o que é sempre uma questão delicada, entrando abertamente em conflito, no caso português, com um conceito de gestão ainda muito autoritário ou paternalista, vigente na generalidade das empresas e demais organizações.

A directiva-quadro comunitária sobre SH&ST parece, apesar de tudo, dar mais ênfase à questão da

participação dos trabalhadores e dos seus representantes, considerando, no seu preâmbulo, que «é necessário reforçar a informação, o diálogo e a participação equilibrada em matéria de segurança e de saúde no local de trabalho entre as entidades patronais e os trabalhadores e/ou os seus representantes».

O artigo 11.º da directiva comunitária diz explicitamente que a entidade patronal consultará os trabalhadores e/ou os seus representantes e possibilitará a sua participação em todas as questões relativas à SH&ST. Tal obrigação implica concretamente:

- Consulta dos trabalhadores (em várias situações, *previamente e em tempo útil*);
- Direito destes e/ou dos seus representantes de apresentarem *propostas*;
- Nível e formas de *participação equilibrada*, de acordo com a legislação e/ou práticas nacionais;
- Direito de *apelar* para a autoridade competente em matéria de SH&ST (v. g., Inspecção-Geral do Trabalho, autoridade sanitária distrital).

A Convenção n.º 161, sobre os serviços de saúde no trabalho, adoptada pela OIT e ainda não ratificada por Portugal, insiste igualmente na *co-responsabilização dos trabalhadores*. No artigo 8.º diz-se explicitamente que o empregador, os trabalhadores e seus representantes devem *cooperar e participar* numa base *equitativa* tanto na organização e no funcionamento dos serviços de saúde no trabalho como na definição e implementação de medidas de prevenção e protecção.

Por outro lado, «todos os trabalhadores devem ser informados dos riscos para a saúde inerentes ao seu trabalho» (artigo 13.º). Os *serviços de saúde no trabalho*, por seu turno, devem ser informados pelo empregador e pelos trabalhadores de «todos os factores do ambiente de trabalho, não só *conhecidos* como *suspeitos*, susceptíveis de terem efeitos sobre a saúde dos trabalhadores» (artigo 14.º).

Além disso, e ainda de acordo com a Convenção n.º 161, os serviços de saúde no trabalho devem ser *multidisciplinares*, competindo-lhes mais especificamente:

- a) Dar *conselhos sobre a planificação e organização do trabalho*, incluindo: concepção dos postos de trabalho, escolha, manutenção e estado das máquinas e equipamentos, substâncias utilizadas;
- b) Participar em *ensaios e avaliação de novos equipamentos* quanto aos aspectos de saúde;
- c) Promover a *adaptação do trabalho* aos trabalhadores;
- d) Colaborar na *informação, formação e educação* (saúde, higiene do trabalho, ergonomia);
- e) *Vigiar a saúde*;
- f) Contribuir para a *readaptação profissional*;
- g) Identificar e avaliar os *riscos* para a saúde;
- h) Vigiar os *factores do meio de trabalho*, bem

como as *práticas de trabalho* susceptíveis de afectarem a saúde;

- i) Analisar os *acidentes* e as *doenças profissionais*;
- j) Prestar os *primeiros socorros* e *cuidados de urgência*.

É hoje comumente aceite que os direitos dos trabalhadores em matéria de SH&ST não podem limitar-se à informação sobre os riscos profissionais ou sobre as medidas de prevenção e protecção tomadas pelo empregador. Devem incluir a possibilidade de, individual ou colectivamente, participarem no processo de negociação e de decisão dessas medidas, de modo a exercerem um controle eficaz sobre o próprio sistema de protecção e prevenção, incluindo a avaliação dos seus próprios riscos no trabalho.

No caso português, a participação é claramente desequilibrada, assumindo apenas algumas formas de *cooperação*, mas não de *co-determinação*, como acontece nos países da Europa do Norte (*Quadro II*).

A participação no trabalho, em geral, e em SH&ST, em particular, tende, pois, a ser vista como um *continuum* e pode, inclusive, ser medida numa escala com vários graus de envolvimento no processo de decisão: 0 (*nenhum envolvimento*), 1 (*informação*), 2 (*consulta*), 3 (*negociação e decisão em conjunto*) e 4 (*principal responsabilidade*) (Graça e Faria, 1992).

Tomemos como exemplo uma programa de ginástica de pausa para o pessoal operário de uma linha de montagem no âmbito da promoção da saúde no trabalho. O programa prevê uma pausa de 15 minutos em cada turno, com uma sessão facultativa de pequenos exercícios de ginástica acrobática.

Esse programa passa por uma série de fases de planeamento: (1) estudo prévio; (2) concepção; (3) decisão; (4) execução; (5) avaliação.

Quadro II
Níveis e formas de participação no local de trabalho em matéria de SH&ST

Cooperação	Co-determinação
1. Direito à informação	6. Direito de recusa
2. Direito à formação	7. Direito de expressão
3. Direito à consulta	8. Direito de negociação
4. Direito à proposta	9. Direito de veto
5. Direito ao protesto	10. Direito de co-decisão
	11. Direito de decisão

Fonte: Adapt. de CROUCH e HELLER (1983).

A participação dos trabalhadores e dos seus representantes não se põe só em relação à adesão ao programa (fase 4), mas em relação ao seu maior ou menor envolvimento em todas as fases do planeamento, incluindo a concepção do programa e a avaliação dos seus resultados. Uma abordagem claramente de tipo *top-down* (de cima para baixo) e contrária ao conceito de promoção de saúde seria a seguinte: o médico do trabalho teve a ideia inicial e fez uma exploração do terreno junto do director de produção; o programa foi depois trabalhado em termos de desenho e concepção com a ergonomista da equipa de saúde ocupacional; obtida «luz verde» da direcção, foi decidido avançar com o programa. Como os trabalhadores e seus representantes nunca chegaram a ser prévia e oportunamente informados e consultados, a sua adesão foi fraca e os resultados esperados decepcionantes: as operárias aproveitavam a pausa de 15 minutos para fumar um cigarro e dar dois dedos de conversa, nunca chegando a ver o interesse e a utilidade dos exercícios de ginástica de pausa...

O termo *participação no trabalho* pode, pois, ser entendido como um procedimento formal ou informal que permite aos trabalhadores e seus representantes (incluindo as organizações sindicais) decidir ou influenciar o processo de decisão em todas as matérias relacionadas com as condições de trabalho, em geral, e com a SH&ST, em particular.

Nesse sentido, podemos identificar vários níveis de participação dos trabalhadores e seus representantes (Butera, 1985):

- 1) A participação através da *negociação colectiva e da concertação social* (v. g., acordo de empresa ou legislação de âmbito nacional sobre SH&ST);
- 2) A participação baseada em *formas institucionais de gestão e administração* das empresas, com ou sem participação no capital (v. g., co-determinação escandinava, co-gestão alemã, representação dos trabalhadores no conselho de administração ou noutras estruturas de direcção, *comités* de empresa);
- 3) A participação entendida como grau de autonomia do trabalhador a nível do *sistema técnico e organizacional de trabalho*: é o caso das novas formas de organização do trabalho (v. g., grupos semiautónomos de produção, trabalho em equipa) ou de outras formas de participação integrativa ou organizacional (v. g., círculos de qualidade, grupos de expressão).

Estas três diferentes formas de participação pertencem a três domínios diferentes:

- 1) O sistema de relações industriais;
- 2) A empresa e o seu subsistema de gestão;
- 3) O processo de produção e a organização do trabalho na empresa.

A participação baseada apenas na *cooperação* significa que os trabalhadores e os seus representantes têm uma escassa possibilidade de influenciarem de maneira determinante o sistema técnico e organizacional do trabalho e, por conseguinte, a sua situação de trabalho concreta.

A *co-determinação*, as *novas formas de organização do trabalho* e as demais formas de *participação integrativa ou organizacional* pressupõem, pelo contrário, pôr em causa as prerrogativas da hierarquia e da gestão da empresa, de acordo com a lógica do modelo organizacional clássico, inspirado em Weber, Fayol, Taylor e Ford (v. g., separação das funções de planeamento, organização, direcção e controle das funções de produção).

A lei sobre co-determinação na Suécia (1977) reconhece, por exemplo, o direito dos trabalhadores de estarem representados em órgãos de decisão, como o conselho de administração, a comissão financeira ou a comissão de saúde e segurança no trabalho, e de influenciarem, formal e informalmente, decisões em matérias cruciais (v. g., introdução de novas tecnologias, sempre que impliquem alteração das condições de trabalho) (Gardel, 1983).

Essa representação é geralmente feita por via dos sindicatos locais. No entanto, esta forma de co-gestão ou de *democracia industrial* é (ou foi nos anos 70 e 80) complementada, a nível operacional, por uma nova forma de organização do trabalho baseada nos *grupos semiautónomos de produção*, em que os encarregados e demais chefias directas são substituídos por «elementos de contacto», eleitos pelas pessoas do grupo e responsáveis perante elas (Gardel, 1983; Graça, 1992b).

A participação a nível do sistema de relações industriais passa sobretudo pela negociação colectiva e pela concertação social.

A institucionalização da *concertação social* no nosso país é ainda demasiado recente para que se possam tirar ilações sobre os seus resultados e as suas potencialidades, nomeadamente no domínio da SH&ST.

No ex-Conselho Permanente de Concertação Social (cujas funções passaram agora para o Conselho Económico e Social) foi possível, no entanto, obter um «acordo histórico» sobre SH&ST, sobre cujo alcance, porém, é ainda prematuro pronunciarmo-nos, dado que o governo não conseguiu em tempo oportuno efectuar a respectiva regulamentação, defraudando as expectativas dos parceiros sociais, e nomeadamente das confederações sindicais (Graça e Faria, 1993).

Quanto à prática da *negociação colectiva*, ela está instituída desde 1979 (Decreto-Lei n.º 519-C1/79, de 29 de Dezembro, com alterações posteriores introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 87/89, de 23 de Março) e não difere, no essencial, do regime que está generalizado nos restantes países comunitários.

A regulamentação colectiva das relações de trabalho é feita por convenção colectiva, por decisão

arbitral ou por acordo de adesão bem como por via administrativa (n.ºs 1 e 2 do artigo 2.º).

Os instrumentos de regulamentação colectiva são os seguintes:

- a) *Contratos colectivos* (convenções celebradas entre associações sindicais e associações patronais);
- b) *Acordos colectivos* (convenções outorgadas por associações sindicais e uma pluralidade de entidades patronais para uma pluralidade de empresas);
- c) *Acordos de empresa* (convenções subscritas por associações sindicais e uma só entidade patronal para uma só empresa) (n.º 3 do artigo 2.º).

De acordo com a experiência negocial portuguesa, e na opinião de Fernandes (1990b), a negociação de acordos colectivos é relativamente rara, enquanto a adopção do acordo de empresa (1990b) só se verifica em relação às grandes empresas, sobretudo nas empresas públicas que resultaram das nacionalizações e fusões decretadas em 1975.

É o caso, por exemplo, do acordo de empresa subscrito pela Siderurgia Nacional, E. P., e pela Federação dos Sindicatos da Metalurgia, Metalomecânica e Minas de Portugal, considerado globalmente mais favorável aos trabalhadores da empresa do que o resultante da lei ou de instrumentos de regulamentação colectiva de trabalho anteriormente aplicáveis, nomeadamente no que diz respeito à SH&ST.

O contrato colectivo vertical de trabalho (como, por exemplo, o do sector mineiro de 1985) traz, geralmente, uma pequena cláusula de princípio geral sobre a higiene e segurança no trabalho, remetendo para as disposições legais e regulamentares sobre a matéria ou para regulamento específico em anexo ao acordo (como é o caso do CCVT da metalurgia e metalomecânica de 1981).

O contrato colectivo é «o instrumento afeiçoado à regulamentação do trabalho por ramo de actividade, desde que exista associação patronal. O predomínio da pequena e média empresa explica a prevalência desta modalidade de convenção. Para as associações sindicais, ela representa a vantagem da amplitude do campo coberto num só processo negocial, mas, em contrapartida, oferece os inconvenientes derivados da heterogeneidade do universo empresarial visado» (Fernandes, 1990b, p. 121).

No entanto, a legislação portuguesa difere da de outros países comunitários em dois pontos importantes:

- a) Maior intervenção dos poderes públicos (artigos 29.º e 36.º);
- b) Existência de certas restrições legais, limitando o conteúdo da negociação colectiva (v. g., duração do trabalho, condições de trabalho resultantes da introdução de novas tecnologias) (artigo 6.º).

Em parte devido a essas limitações e ao tradicional papel do Estado, mas também em parte devido à história recente e à crise estrutural do sindicalismo português, a negociação colectiva não tem constituído entre nós um instrumento privilegiado para debater, especialmente a nível de empresa, a melhoria das condições de trabalho nem muito menos para equacionar os problemas e desafios que a modernização da economia e da sociedade portuguesa põe aos parceiros sociais. Tudo isso contribui para que a negociação colectiva «se processe privilegiando a área salarial, diminuindo as margens de manobra, ao mesmo tempo que os textos convencionais se tornam cada vez mais obsoletos» (Lima e Oliveira, 1990, p. 43).

Tal não impediu, porém, que os subscritores do acordo específico sobre SH&ST formulassem o desejo de que na futura negociação colectiva passasse a haver maior peso das matérias relacionadas com a *qualidade de vida no trabalho*, em detrimento de estratégias puramente economicistas.

5. Vantagens da participação dos trabalhadores em SH&ST

Nem sempre as vantagens da participação (ou seja, do envolvimento) dos trabalhadores em matéria de SH&ST a nível do local de trabalho aparecem como óbvias aos olhos tanto dos empregadores como dos trabalhadores e seus representantes, já que a questão tende a ser muitas vezes politizada, nomeadamente na Europa do Sul.

É evidente que o que está em jogo no domínio da SH&ST não são meras questões técnicas e, como tal, neutras ou consensuais, mas questões de poder. E as relações de poder, que se revelam através da aliança, do conflito e da negociação, dificilmente são reguláveis por decreto ou por simples voluntarismo dos actores sociais.

No entanto, há várias razões para advogar e fundamentar essa participação (Gustavsen, 1985; Oscarson, 1985; Ramirez, 1985; Sass, 1985; Wintersberger, 1985) (*Quadro III*).

6. Conclusão

As tendências actuais no campo da SH&ST a nível internacional passam cada vez mais pela crescente valorização do papel (activo) dos trabalhadores (e/ou dos seus representantes) na prevenção da doença e na promoção da saúde (Bagnara et al., 1985; Wynne, 1989; Graça e Faria, 1992).

No essencial, haverá três direitos fundamentais dos trabalhadores no domínio da SH&ST. De acordo, por exemplo, com a legislação da província canadiana de Saskatchewan promulgada no período de 1972-1973, esses direitos seriam (Sass, 1985):

- 1) O «direito de conhecer» os riscos e os factores de risco no trabalho;
- 2) O «direito de participar» na permanente detecção, avaliação e redução desses riscos;
- 3) O «direito de recusar» o trabalho em caso de percepção de perigo grave e iminente sem receio de ser incriminado ou prejudicado.

Segundo Stass (1985), estes três direitos são *interdependentes*. Seria ineficaz reconhecer ao trabalhador o direito de recusar o trabalho e o direito de participar excluindo o direito de conhecer os riscos e os factores de risco no trabalho. Por outro lado, o direito de participar e o direito de conhecer têm de ser complementados pelo direito de recusar o trabalho, se se defende uma perspectiva global e integrada da prevenção da doença e da promoção da saúde no local de trabalho.

As exigências da coesão económica e social do mercado único europeu, bem como os actuais custos, tanto económicos como sociais, decorrentes dos riscos profissionais e suportados pelo país, pelas empresas, pelo Estado e pela população trabalhadora em geral, são dois argumentos suficientemente fortes para que a abordagem concertada, integrada e participada das questões da SH&ST não passe apenas das simples boas intenções dos subscritores do acordo específico sobre SH&ST e do legislador que lhe deu letra de forma, através do Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de Novembro.

Caberá, entretanto, aos empregadores e aos trabalhadores e seus representantes encontrar formas de participação adequadas e mutuamente satisfatórias para responderem aos desafios da modernização, a qual passa necessariamente pela valorização estratégica dos nossos recursos humanos. A SH&ST é uma das áreas-chave da modernização das nossas empresas. Mesmo que não seja uma área imediatamente consensual, é um terreno onde trabalhadores e empregadores têm muitos interesses em comum. Sem a competência e o empenhamento dos *trabalhadores* e dos seus representantes será, com certeza, mais difícil responder ao desafio da modernização. Sem vontade política e sem inovação sócio-organizacional também os *empregadores* não tirarão partido a longo prazo das potencialidades das novas tecnologias e das oportunidades abertas pela integração europeia. A menos, claro, que a modernização se faça por uma qualquer varinha de condão, como no reino maravilhoso dos contos de fadas.

De qualquer modo, a participação dos trabalhadores em matéria de SH&ST não poderá limitar-se à simples representação, denominadamente institucional (quer por intermédio das suas organizações sindicais em sede de concertação social, quer por via da eleição de um representante local). Terá de se traduzir, em termos concretos e directos, a nível do local de trabalho, de modo que cada trabalhador possa efectivamente conhecer e controlar os riscos decorrentes do seu trabalho.

Quadro III

Vantagens da participação dos trabalhadores em matéria de SH&ST

1. A participação favorece a *deteção precoce de sintomas*:

Da percepção dos primeiros sintomas ao diagnóstico clínico de uma doença (e ao seu reconhecimento legal pelo sistema de segurança social, tratando-se de uma doença profissional) vai um longo caminho, com elevados custos humanos, sociais e económicos.

2. O sistema de prevenção dos riscos profissionais não lida com casos (individualizados), mas com *grupos (homogéneos) de trabalhadores*:

Em patologia ocupacional a relação de causa-efeito não é determinística, mas probabilística. Por exemplo, o risco de silicose é maior nos mineiros do que noutros grupos ocupacionais.

3. A participação facilita a *identificação das doenças de etiologia multifactorial* relacionadas com o trabalho ou agravadas pelo trabalho:

Através, nomeadamente, do conhecimento prévio dos vários acontecimentos da vida e da história profissional e clínica de cada trabalhador é mais fácil identificar outras doenças relacionadas com o trabalho, ou agravadas pelo trabalho, para além das doenças profissionais.

4. A participação possibilita a *prevenção e o diagnóstico precoce das doenças crónicas degenerativas*:

O sistema de saúde deixa de ser confrontado com casos irreversíveis e com a perda da cadeia de causalidade. Por outro lado, a mudança dos padrões de mortalidade e morbilidade, particularmente o aumento das doenças crónicas de origem multifactorial e de difícil tratamento, impõe cada vez mais a necessidade da sua deteção precoce e prevenção.

5. A participação permite colmatar as *dificuldades e os custos da medição objectiva da carga mental e psíquica* resultante das constantes inovações técnicas e organizacionais, bem como habilitar os trabalhadores a lidar com os crescentes riscos de natureza psicossocial:

Uma avaliação subjectiva pode ser feita periodicamente pelos próprios trabalhadores, com vantagens evidentes sobre os métodos ditos «objectivos». Além disso, o *stress* e as suas consequências são cada vez mais a principal preocupação de saúde entre os trabalhadores dos países altamente desenvolvidos.

6. A participação favorece uma *abordagem mais global, compreensiva e dinâmica* dos factores de risco e dos riscos profissionais:

A abordagem tradicional tende a ser linear e casuística. A situação de trabalho tem de ser vista como um todo e não como um conjunto atomizado de elementos.

7. A participação obriga o *empregador a assumir as suas responsabilidades* na criação de um ambiente de trabalho seguro e saudável:

Tradicionalmente, cabe ao trabalhador fazer o «ónus da prova» dos danos profissionais para a sua saúde.

8. A participação permite uma *abordagem proactiva*, uma intervenção mais orientada para os problemas concretos e para a sua solução:

A intervenção tradicional dos profissionais requer uma razão específica, médica, legal ou outra.

9. A participação obvia ou minimiza os tradicionais riscos de *solução de continuidade entre a investigação e a intervenção*:

Na investigação participante — v. g., acção-pesquisa —, o objecto de estudo, neste caso o trabalhador, é também um sujeito activo. O recurso a especialistas em determinadas áreas (v. g., higiene industrial, medicina do trabalho) não deve levar à minimização do conhecimento empírico e da experiência vivida do trabalhador, tanto mais que a avaliação dos riscos profissionais é essencialmente subjectiva.

10. A participação implica um *maior protagonismo dos trabalhadores* em detrimento do tradicional papel de liderança dos profissionais ou especialistas de SH&ST:

A tradicional relação assimétrica de poder baseada no conhecimento científico e técnico deve dar lugar a uma relação mais equilibrada de negociação e de cooperação entre os trabalhadores e o empregador e o seu *staff* em matéria de SH&ST. Até porque, em última análise, a saúde não se delega em ninguém.

11. A participação deve ser vista em *termos de custos/benefícios*, quer *económicos* (v. g., melhoria da qualidade e da produtividade), quer *sociais* (v. g., redução do absentismo, aumento da satisfação profissional):

A prevenção da doença e dos acidentes e a promoção da saúde no trabalho nunca poderão ser eficazes sem uma efectiva e concreta participação dos trabalhadores, mesmo que essa participação implique menos eficiência do que a tradicional abordagem tecnológica no domínio da SH&ST.

Fonte: Adapt. de WINTERSBERGER (1985).

Recorde-se que a prevenção dos riscos profissionais, no entender dos subscritores do acordo específico sobre SH&ST, deve situar-se tanto ao nível do controle desses mesmos riscos nos locais de trabalho como ao nível do trabalhador, tendo em vista quer a obtenção de comportamentos adequados quer a avaliação dos seus efeitos na saúde, num quadro de vigilância médica adequada e dando-se prioridade à prevenção colectiva (Portugal, Conselho Permanente de Concertação Social, 1991).

□ Referências bibliográficas

BAGNARA, S., et al.
Work and health in the 1980, Berlin: Sigma Bohn, 1985.

BUTERA, F.
Defence and design typology of workers participation in organizational and technological change in the big enterprises, with special reference to the Italian case.
In BAGNARA, S., et al. (eds.), cit., 1985, pp. 107-127.

CABRAL, M. V.
O desenvolvimento do capitalismo em Portugal no século XIX, Lisboa: A Regra do Jogo, 1977.

CAMPOS, A. C.
Saúde, o custo de um valor sem preço, Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, 1983.

CASTILLO, J. J., e PRIETO, C.
Condiciones de trabajo. Un enfoque renovador de la sociología del trabajo, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1983.

COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES
Europeans and health and safety at work: a survey, Luxembourg: Commission of the European Communities, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Education, 1992.

CRISTOVAM, M. L.
A participação dos trabalhadores na modernização da empresa.
«Organizações e Trabalho», 1, 1989, p.p. 73-96.

CROUCH, C., e HELLER, F. (eds.)
Organizational democracy and political processes, New York: John Wiley & Sons, 1983.

CROZIER, M., e FRIEDBERG, E.
L'acteur et le système, Paris: Seuil, 1977.

FARIA, M., e FARIA, P. L.
Notas sobre o regime jurídico de reconhecimento e reparação dos acidentes e doenças profissionais.
«Revista Portuguesa de Saúde Pública», 7 (2), 1989, pp. 33-38.

FARIA, M., e SANTOS, C. S. (compilação e notas de)
Alguns dados estatísticos com interesse em saúde ocupacional, Paço de Arcos: SO — Intervenção em Saúde Ocupacional, 1989.

FERNANDES, A. L. M.
O direito do trabalho, vol. 1, Introdução. Relações individuais de trabalho, 6.ª ed., Coimbra: Almedina, 1990a.

FERNANDES, A. L. M.
O direito do trabalho, vol. II, Relações colectivas de trabalho, Coimbra: Almedina, 1990b.

GARDEL, B.
Worker participation and autonomy: a multi-level approach to democracy at the workplace.
In CROUCH e HELLER, cit., 1983, pp. 353-387.

GRAÇA, L.
Condições de trabalho e saúde ocupacional: uma abordagem psicossocial.
«Revista Portuguesa de Saúde Pública», 3 (2), 1985a, pp. 27-38.

GRAÇA, L.
Factores psicossociais no trabalho. Para uma abordagem global das condições de trabalho em Portugal.
In Encontro Nacional de Sociologia da Saúde, 1, Lisboa, 1985b.

GRAÇA, L.
Evolução do sistema hospitalar: uma perspectiva sociológica Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, cadeira de Ciências Sociais e Humanas, 1992a, mimeog., 19 páginas («Textos», T 816).

GRAÇA, L.
O trabalho em equipa, uma nova forma de organização do trabalho e de participação na gestão.
«Revista Portuguesa de Saúde Pública», 10 (1), 1992b, pp. 5-20.

GRAÇA, L.
Experiências inovadoras em segurança e saúde nos locais de trabalho: dois estudos de caso.
«Organizações e Trabalho», 5, 1993 (no prelo).

GRAÇA, L., e FARIA, M.
A promoção da saúde no trabalho: um desafio para os anos 90.
«Revista Portuguesa de Saúde Pública», 9 (3), 1991, pp. 5-15.

GRAÇA, L., e FARIA, M.
Innovative workplace action for health: mechanisms for establishing initiatives. Portugal, Working paper no. WP/92/23/EN, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1992.

GRAÇA, L., e FARIA, M.
O Ano Europeu da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho.
«Revista Portuguesa de Saúde Pública», 11 (1), 1993 (no prelo).

GRAÇA, L., e REIS, M. J.
Os factores psicossociais no trabalho e os seus efeitos, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, cadeira de Ciências Sociais e Humanas, 1993, mimeog., 21 páginas («Textos», T 838).

GUSTAVSEN, B.
Direct workers' participation in matters of work safety and health: Scandinavian strategies and experiences.
In BAGNARA, S., et al., cit., 1985, pp. 131-158.

LEITE, J., e ALMEIDA, F. J.
Legislação do trabalho, 3.ª ed., Coimbra: Coimbra Editora, 1989.

LIMA, M. P.
Notas para uma história da organização racional do trabalho em Portugal (1900-1980) — alguns resultados preliminares de uma investigação em curso.
«Análise Social», 72-73-74, 1982, pp. 1299-1366.

LIMA, M. P., e OLIVEIRA, L.

O sindicalismo em Portugal: a crise e as alternativas.
«Organizações e Trabalho», 2, 1990, pp. 35-48.

ORTSMAN, O.

Mudar o trabalho, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1984
(trad. do francês, 1978).

OSCARSON, B.

Swedish reforms on working environment: legislation, cooperation and training.
In BAGNARA, S., et al., cit., pp. 159-171.

PORTUGAL, Conselho Permanente de Concertação Social
Acordo de segurança, higiene e saúde no trabalho, Lisboa:
CPCS, 1991.

RAMIREZ, R., e LEEMANS, D.

A participative sociotechnical approach to occupational health and safety.
In BAGNARA, S., et al., cit., pp. 353-382.

RENAUD, M., e ST-JACQUES, Ch.

The right to refuse in Québec: five years, evolution of a new mode of expressing risk.
«International Journal of Health Services», 18 (3), 1988, pp. 401-417.

RODRIGUES, M., e LIMA, M. P.

Trabalho, emprego e transformações sociais: trajetórias e dilemas das ciências sociais em Portugal.
«Análise Social», 95, 1987, pp. 119-149.

SASS, R.

The Saskatchewan approach to workplace health and safety, 1972-1982.
In BAGNARA, S., et al., cit., pp. 195-205.

SANTOS, M. L. L., et al.

O 25 de Abril e as lutas sociais nas empresas, 3 vols., Porto:
Afrontamento, 1976 e 1977.

SERRÃO, J.

Dicionário de história de Portugal (org.), Porto: Livraria Figueirinhas, 1981.

THORSRUD, E.

Policy making as a learning process.
In Social sciences and government policies and problems, Londres: Tavistock, 1975 [cit. por Ortsman, 1984].

WYNNE, R.

Workplace action for health: a selective review and a framework for analysis, Working paper EF/WP/89/30/EN, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1989.

WYNNE, R.

Innovative workplace actions for health: an overview of the situation in seven European countries. Consolidated report, Dublin: Work Research Centre, 1992.

WINTERSBERGER, H.

Work and health: some arguments for involving workers in the design of occupational health services.
In BAGNARA, S., et al., cit., pp. 15-27.

□ Résumé

LA PARTICIPATION DES TRAVAILLEURS EN CE QUI CONCERNE LA SÉCURITÉ, L'HYGIÈNE ET LA SANTÉ AU TRAVAIL

Pour la première fois dans l'histoire du droit du travail au Portugal, le droit à la santé dans l'endroit de travail est reconnu. Ce droit était déjà implicite dans la Constitution de la République Portugaise, mais le nouveau régime juridique de sécurité, hygiène et santé au travail (SH&ST) (1991) établit, sous forme de certains droits individuels et collectifs, le droit à la participation des travailleurs et leurs représentants dans la prévention des risques professionnels, la protection de leur santé et la promotion de leur bien-être physique, mental et social.

Cependant, le degré et les formes de participation à la SH&ST sont limités: en ce qui concerne l'endroit de travail, ces droits sont fondamentalement le droit à l'information, à la formation, représentation, consultation et proposition. Le droit de refuser un travail en cas de danger sérieux et proche.

Dans cet article les principales formes de participation des travailleurs portugais et leurs représentants en ce qui concerne la SH&ST sont analysées et discutées, dans le contexte de l'évolution historique de notre législation laborale, en remarquant quelques avantages de cette participation, par rapport aux expériences et tendances internationales les plus récentes.

□ Summary

PARTICIPATION OF WORKERS IN THE FIELD OF LABOR SAFETY, HYGIENE AND HEALTH

The right to health in the working premises is recognized for the first time in the history of labor law in Portugal. Besides this right, which was, up to now, only implicit in the Constitution of the Portuguese Republic, the new juridical regimen for labor safety, hygiene and health (SH&ST) (1991) also establishes a number of individual and collective rights which enable the workers and their representatives to participate in the prevention of professional risks, health protection and promotion of their physical, mental and social well-being.

However, the degree and the ways of participation in SH&ST are limited: as far as the working premises are concerned those rights consist basically of information, formation, representation, consultation and proposal. The right to refuse to work in case of serious and eminent danger is, naturally, more ambiguous and polemic.

In this paper the main participation forms of Portuguese workers and their representatives in the field of SH&ST is analysed and discussed, in the context of the historical evolution of our labor law, pointing out some of the advantages of that participation, in view of the more recent international experiences.