



Newsletter
e-segurança@

nº2

Campanha
Promoção de
e Segurança
nos Locais de Trabalho



TELEFONE SEGURO

808 208 280

Terças e Sextas,
das 14 às 18h

www.shst.cgtp.pt

Newsletter



Campanha
Promoção da **Saúde**
e **Segurança**
nos Locais de Trabalho

e-seguranç@ n°2

EDITORIAL

Camaradas,

No período relativo ao último trimestre, sobretudo nos meses de Março e Maio, entre as Comemorações do 25 de Abril, muitas outras iniciativas de relevo pautaram a acção da CGTP-IN, nomeadamente as comemorações do Centenário do Dia Internacional da Mulher.

Estas, realizaram-se de forma descentralizada e tiveram um denominador comum, a afirmação e o conhecimento da história de luta de mulheres trabalhadoras, inserindo-as em diversas iniciativas, entre as quais, de âmbito cultural.

A CGTP-IN, realça a importância do princípio de conciliação entre a vida profissional, familiar e privada, tendo em vista a continuidade da promoção da Igualdade entre mulheres e homens, no qual se inscreve também, o combate à sinistralidade laboral que afecta predominantemente as mulheres, dando-lhe destaque através da e-seguranç@.

Considerando a necessidade crescente de dar atenção a outras temáticas de igual importância para contribuir para a melhoria das condições de trabalho como é o caso do combate ao álcool, às drogas em meio laboral, à Segurança e Saúde no Trabalho, bem como uma visão mais detalhada sobre as condições de trabalho no sector da hotelaria.

Que este meio de informação, específico, que prometemos tornar cada vez mais abrangente e actual, possa, em todo o MSU, ser lido, consultado, discutido e interpretado de forma a permitir um maior conhecimento dos diversos temas abordados.

Fernando Gomes

Comissão Executiva do CN da CGTP-IN
O Departamento de Segurança,
Higiene e Saúde no Local de Trabalho

CGTP
INTERSINDICAL NACIONAL

Co-financiado por:



UNIÃO EUROPEIA
FUNDO SOCIAL EUROPEU



Newsletter



Campanha
Promoção da **Saúde**
e **Segurança**
nos Locais de Trabalho

e-seguranç@ n°2



EM DESTAQUE...

A dura realidade da sinistralidade das mulheres trabalhadoras

Normalmente abordamos a sinistralidade laboral apenas numa perspectiva genérica. Contudo, também na sinistralidade existem diferenças quanto ao género em análise. Sabia que, para as mulheres a sinistralidade tem mostrado tendências de subida? Sabia que é nos sectores do comércio e serviços, hotelaria e saúde e acção social que se têm verificado as maiores subidas? Sabia que as mulheres são mais afectadas pelas doenças profissionais que os homens? **Ler +**

A sinistralidade laboral é só os acidentes? As mulheres trabalhadoras que o digam!

Se os acidentes vitimam mais homens do que mulheres, já no caso das doenças profissionais sucede o contrário. As mulheres não só sofrem mais doenças que os homens, como a sua situação se tem vindo a agravar sucessivamente, no que a esta matéria diz respeito. **Ler +**

Os riscos profissionais e as mulheres trabalhadoras

O tipo de sinistralidade que afecta as mulheres é diferente da que afecta os homens? Certamente que é. Quer pelas actividades desenvolvidas, quer pelos sectores tipicamente ocupados por mulheres, a sinistralidade laboral que afecta as mulheres é em muito diferente das dos homens. Neste caso, as mulheres podem surgir como as grandes vítimas de sistemas de prevenção e reparação deficientes. **Ler +**

Newsletter



Campanha
Promoção da **Saúde**
e **Segurança**
nos Locais de Trabalho

e-seguranç@ n°2



EM DESTAQUE...

Álcool e drogas em meio laboral, que princípios devem presidir ao seu controlo?

Um dos temas que tem andado muito em voga nos últimos tempos tem sido a questão do Álcool nos locais de trabalho. Este é um tema que, para além dos aspectos relacionados com a saúde e segurança, envolve também aspectos culturais e sociológicos. É esta mistura, que é responsável pela polémica que rodeia qualquer plano ou medida que tenha por função controlar este factor de risco nos locais de trabalho.

Esta problemática levou-nos à publicação de um trabalho informativo, com os princípios que, do ponto de vista legal devem ser observados nos processos de controlo da utilização destas substâncias em meio laboral.

Ler +

Sector da Hotelaria, Alojamento e Restauração
Aspectos importantes ligados à sinistralidade laboral neste sector

Dados Retirados do último estudo realizado a partir do Balanço Social entregue em 2007.

O balanço social de 2007 permite-nos retirar algumas conclusões interessantes a respeito do sector da Hotelaria, Alojamento e Restauração, Sector H.

Ler +



A dura realidade da sinistralidade das mulheres trabalhadoras

As condições de trabalho e a sua qualidade estão intimamente ligadas ao nível de desenvolvimento das sociedades. Sociedades mais evoluídas tendem a apresentar melhores condições de trabalho nas suas organizações e menores índices de sinistralidade. Isto porque, o investimento em condições de trabalho, em toda a sua amplitude (sejam as condições materiais, contratuais, psico-sociais...), é um investimento estrutural e estruturante, que revela, em última análise, o modelo de desenvolvimento que um determinado país escolhe prosseguir.

O investimento em condições de trabalho é um investimento a médio e longo prazo, inimigo da gestão corrente e de corda na garganta, inimigo dos baixos salários e da mão-de-obra desqualificada, inimigo da precariedade e da flexibilidade sócio-laboral.

Um país que não investe em boas condições de trabalho é um país que não investe nas pessoas. É um país que faz da pobreza, da exclusão, da precariedade e da insegurança social, os motores da exploração económica.

Um bom indicador deste nível de investimento está nos relatórios (escassos) que o Ministério do Trabalho e da Segurança Social vai publicando anualmente sobre os Acidentes de Trabalho.

Pegando nos dados constantes desses relatórios e especificamente nos dados relativos ao número de acidentes de trabalho ocorridos anualmente e dispondo-os comparativamente, de ano para ano, obtemos a seguinte tabela:

Tabela 1.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Taxa de incidência global dos acidentes de trabalho (por cada 100 000 pessoas)	5 547	5 599	5 644	5 432	5 393	5 311	5 475
Total de acidentes de trabalho (Inclui accid. de trab. envolvendo pessoas cujo sexo se desconhece)	234 192	244 935	248 097	237 222	234 109	228 884	237 392
. Homens	190 560	197 089	197 989	189 473	185 812	180 107	184 764
. Mulheres	43 420	47 106	49 698	47 180	48 071	48 540	52 628
Acidentes de trabalho mortais	368	365	357	312	306	300	253
. Homens	347	352	340	293	298	287	245
. Mulheres	21	13	17	13	8	13	8
Acidentes de trabalho não mortais	233 824	244 571	247 740	236 910	233 803	228 584	237 139
. Sem ausência	53 957	57 520	70 855	65 249	62 756	61 942	63 865
. Com ausência	179 867	187 051	176 884	171 661	171 037	166 642	173 274
Número de dias de trabalho perdidos	6 040 435	7 738 961	7 624 893	6 304 316	6 730 952	6 811 505	7 082 066

Fonte: Relatórios de acidentes de trabalho (2002, 2004 e 2006) do MTSS, ver em www.mtss.gov.pt

Newsletter



Campanha
Promoção da **Saúde**
e **Segurança**
nos Locais de Trabalho

e-seguranç@ n°2



A partir deste simples quadro podemos retirar várias conclusões, quanto ao nível de investimento nas nossas condições de trabalho, contudo, há duas que nos merecem especial tratamento, devido ao contexto em que ocorrem:

1. O número de acidentes no período 2000-2006, ao contrário do que seria de esperar, não diminui nem aumenta significativamente. Julgo que o mais correcto será dizer que a tendência é para a estagnação do número de acidentes.

Esta situação assume uma maior gravidade quando, por exemplo, temos em conta de que neste período se assistiu a um abrandamento evidente (agora mais grave) da actividade económica e consequentemente, a um aumento da taxa de desemprego. Então, podemos dizer, que temos o mesmo número de acidentes, para uma menor dimensão da população activa. Basicamente, é o mesmo que dizer que o número de acidentes aumentou.

2. O número de acidentes que vitimaram as mulheres aumentou significativamente de 2000 a 2006. Passámos de 43.420 acidentes em 2000 para 52.628 acidentes em 2006.

Este número assume maior gravidade quando comparado com o contexto em que se insere, pois, como sabemos, embora a taxa de actividade nas mulheres tenha vindo a aumentar, o número de mulheres no mercado de trabalho é, ainda, inferior ao dos homens. Para além disso o desemprego afecta mais as mulheres que os homens. Como refere o INE no seu último boletim, Fonte: Estatísticas do Emprego – 3º trimestre de 2008, a taxa de desemprego nas mulheres anda acima dos 9% (no 3º trimestre de 2007, chegou aos 10%), enquanto nos homens anda abaixo dos 7%.

Não só a taxa de desemprego nas mulheres é mais elevada, como a variação da taxa também é maior. Entre o 3.º trimestre de 2001 e o 3.º trimestre de 2008, a variação percentual no desemprego das mulheres é de cerca de 4,6% (de 4,4% para 9,0%). Já no que respeita aos homens, esta variação percentual não chega aos 3% (de cerca de 3,2% para cerca de 6,1%).

2.

Ora, tendo em conta esta realidade, o segundo aspecto, o do aumento significativo do número de acidentes nas mulheres entre 2000 e 2006, mereceu-nos maior atenção no seu tratamento. Assim, colocaram-se as seguintes questões:

- Porque razão aumenta tão significativamente o n.º de mulheres acidentadas, de a sua taxa de emprego desceu ao longo do mesmo período?
- Em que sectores se notou uma maior variação?

A resposta a estas duas questões acaba por estar intimamente relacionada, na medida em que a explicação da segunda, pode em parte explicar a primeira.

Assim, começando pela 2ª questão, ao verificarmos os relatórios de acidentes de 2000, 2002, 2004 e 2006, verificámos que o maior número de acidentes entre as mulheres, com aumentos importantes de ano para ano, de forma mais ou menos homogénea, ocorre nos seguintes sectores:

- G. Comércio grosso e retalho, rep.veículos automóvel
- H. Alojamento e restauração
- N. Saúde e acção social

Contudo, sem sermos exaustivos, registamos aqui um aumento, de entre os três sectores evidenciados, que nos

[Clique para Regressar aos Destaques](#)

www.shst.cgtp.pt

Newsletter



Campanha
Promoção da **Saúde**
e **Segurança**
nos Locais de Trabalho

e-seguranç@ n°2



deixou algo preocupados, o sector da Saúde e Acção Social. Neste sector, o número de mulheres vítimas de acidente de trabalho, passou de 3.047 em 2000, para 7.268 em 2006.

Este foi sem dúvida o aumento mais significativo, e deve fazer-nos reflectir, pois, tendo em conta que se tratam de serviços de saúde e acção social...

Mas o que é que poderá fazer aumentar tanto este número?

3.

Quanto às respostas que podemos encontrar para este problema, apenas apontaremos alguns factos e situações coincidentes que, na nossa opinião, podem relacionar-se e ajudar a contextualizar os resultados estatísticos em análise.

A nossa opinião quanto ao aumento do número de acidentes em geral (se o número total se mantém, ou aumenta até, mesmo num período de abrandamento económico, podemos falar de um aumento, não é?) e quanto ao aumento do n.º de acidentes nas mulheres, em particular, é que, neste período situaram-se duas opções políticas que, na nossa opinião, podem ajudar a explicar estes resultados:

- A opção política em termos de relações laborais
- A opção de política de saúde prosseguida pelos dois últimos governos

A realidade aqui retratada, permite-nos questionar se o aumento significativo do número de acidentes que afectou as mulheres no sector da saúde e acção social, está relacionado com o facto de os dois últimos governos (Durão Barroso com a adjudicação da gestão dos hospitais a entidades privadas e o de Sócrates com os hospitais empresa) terem prosseguido políticas

de saúde, no que respeita à gestão dos centros hospitalares, que aumentaram significativamente a tendência economicista das suas administrações, levando a uma grande degradação das condições de trabalho dos profissionais da saúde (enfermeiros, médicos, auxiliares, técnicos de diagnóstico e terapêutica, que são na sua grande maioria, mulheres).

Se por um lado, são ajudados por um código do trabalho cada vez mais liberal, que precariza enormemente as relações de trabalho, por outro lado, a política de contenção de custos na saúde e acção social, torna os serviços mais difíceis de executar, com menos meios humanos e materiais à disposição, pois há que conter despesas.

Por outro lado, se a situação relatada anteriormente é importante, não deixa de ser significativo, que sectores como o sector I. Transportes, armazenamento e comunicações, o sector K. Activ. imob.,alugueres e serv. prest. às empresas, o sector L. Adm. pública, defesa, seg. social obrigatória e o M. Educação, tiveram aumentos importantes no número de acidentes que vitimaram mulheres, verificados entre 2000 e 2006. Estes sectores, como sabemos, não fazem parte dos pesos pesados da sinistralidade laboral, mas não deixa de ser sintomático o aumento verificado, nos mesmos, no número de acidentes sofridos pelas mulheres.

De uma forma geral, exceptuando a indústria transformadora, alojamento e restauração e comércio por grosso e a retalho, a maioria dos sectores de actividade aumentaram bastante o número de acidentes no período relatado.

Não deixa de ser curioso, que no ano em que se dá o maior aumento no número de acidentes que vitima as mulheres, o ano de 2005-2006, em que o número passa de 48.540 para 52.628, é precisamente o ano em que se sentiu a entrada em vigor, em toda a sua plenitude,

[Clique para Regressar aos Destaques](#)

www.shst.cgtp.pt

Newsletter



Campanha
Promoção da **Saúde**
e **Segurança**
nos Locais de Trabalho

e-seguranç@ n°2



do anterior Código do Trabalho (Dez. de 2003) e da sua Regulamentação (Agosto de 2004). Será apenas uma coincidência, certamente.

O que podemos concluir é que, nem o investimento nas condições de trabalho tem sido um apanágio dos nossos governantes, bem como as mulheres, que são as maiores vítimas das doenças músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho, que são as maiores vítimas ao nível das doenças psicossociais, são especialmente protegidas nos seus locais de trabalho. Como se já não bastassem todas as discriminações de que são alvo, as mulheres vêem ainda agravadas as condições em que prestam trabalho.

Arriscamos ainda a dizer que o número de acidentes de trabalho só se mantém por causa do aumento da sinistralidade verificado relativamente às mulheres. Também aqui há discriminação, o número de homens vítimas de acidente tem vindo a descer desde 2000, o número de mulheres a aumentar.

Se tivermos em conta que também as mulheres surgem como as principais afectadas por doenças profissionais e até por situações de baixa por doença, de acordo com os números da segurança social de 2008 (59% das situações de baixa por doença eram de mulheres), podemos concluir, que também neste aspecto as mulheres se tornaram vítimas de desigualdade de tratamento em diversos aspectos.

Fontes:

DGEEP do Ministério do Trabalho
Relat. estatísticos de acidentes de 2002, 2004 e 2006.
Estatísticas da Segurança Social de 2008

O Departamento de Segurança, Higiene e Saúde no Local de Trabalho da CGTP-IN

[Clique para Regressar aos Destaques](#)

www.shst.cgtp.pt



A sinistralidade laboral é só os acidentes? As mulheres trabalhadoras que o digam!

Se como outros trabalhos já comprovaram, a sinistralidade laboral, no que respeita aos acidentes, para as mulheres trabalhadoras tem vindo a subir, a mesma tendência se verifica em relação às doenças profissionais.

De acordo com os dados da Segurança Social, no período compreendido de 2001 a 2006, deu-se uma importante alteração da tendência na sinistralidade feminina no que respeita às doenças profissionais.

Se em 2001 havia mais homens que mulheres com doença profissional certificada (867 homens para 453 mulheres), chegados a 2006, temos o contrário, mais mulheres do que homens com doença profissional certificada (1590 homens para 1987 mulheres). A inversão desta tendência verificou-se a partir de 2004 e atingiu o seu ponto máximo (até ver) em 2005, em que foram certificadas 2230 doenças para as mulheres e 1394 para os homens.

Para esta inversão da tendência terão, obviamente, contribuído também, o aprofundamento de algumas tendências quanto à (des)organização laboral que, em geral, devido ao papel social desempenhado pelas mulheres, as afectam mais do que aos homens. Mais uma vez, será também coincidência, ou talvez não, a entrada em vigor do Código do Trabalho de 2003, neste período.

Esta inversão dos resultados ocorreu tanto na certificação de doenças profissionais com incapacidade, como nas doenças profissionais sem incapacidade. Isto quer dizer que, objectivamente, temos mais mulheres a recorrer ao Centro Nacional de Protecção Contra

os Riscos Profissionais, do que homens. O que ajuda a fundamentar a ideia de que as mulheres sofrem mais de doença profissional do que os homens.

Esta realidade verifica-se também na função pública, onde mais mulheres do que homens são vítimas de doença profissional (142 homens para 293 mulheres em 2006). Neste caso, das 293 situações de doença profissional certificadas em 2006 para as mulheres, 173 foram “afecções músculo-esqueléticas”. O que revela o peso deste tipo de problemas na sinistralidade laboral feminina no que às doenças diz respeito.

Não se distinguindo, a partir dos dados fornecidos pela segurança social, se a mortalidade por doença profissional afecta mais os homens ou as mulheres, o que se sabe é que em 2005 tinham falecido 148 pessoas por doença profissional e 131 em 2006. Contudo, sublinhamos a ideia de que a taxa de incidência de contracção de doença profissional é maior nos homens que nas mulheres.

Assim, num período em que quase só se fala da sinistralidade laboral em termos de acidentes, e principalmente para se evidenciar a redução do número oficial de mortes por acidente, não deixa de ser importante referir que morrem tantas ou mais pessoas por doença profissional do que por acidente de trabalho. Considerando que, para mais de 200.000 acidentes por anos, temos cerca de 100 a 150 acidentes anuais (115 em 2009 de acordo com a ACT), para cerca de 2000 doenças profissionais certificadas anualmente, temos o mesmo número de mortes. O que revela a maior gravidade das doenças face aos acidentes.

Newsletter



Campanha
Promoção da **Saúde**
e **Segurança**
nos Locais de Trabalho

e-seguranç@nº2



Num país onde a subnotificação de doenças é enorme (tal como de acidentes), já para não referir as doenças relacionadas com o trabalho que não entram sequer para a estatística, é imperiosa a implementação de medidas que reduzam a sinistralidade laboral no seu todo e não apenas em relação aos acidentes. E aqui, também as mulheres têm sido as maiores vítimas desta situação, situação cuja tendência será certamente para se agravar, à medida que os problemas relacionados com a cada vez mais precária organização de trabalho a que as pessoas estão sujeitas e as mulheres, em particular.

O Departamento de Segurança, Higiene e Saúde no Local de Trabalho da CGTP-IN

Fontes: Estatísticas da Segurança Social e ACT

[Clique para Regressar aos Destaques](#)

www.shst.cgtp.pt

10



Os riscos profissionais e as mulheres trabalhadoras

A sinistralidade feminina tem uma origem cuja explicação é coincidente com o tipo de riscos profissionais que afectam, em geral, a população activa do sexo feminino.

Uma das principais realidades constatadas nos últimos anos ao nível da sinistralidade laboral, prende-se com o facto de os acidentes de trabalho, em especial, os acidentes industriais graves (que em geral afectavam os homens), terem vindo a descer progressivamente, pelo menos quanto ao número de acidentes participados.

Contudo, o facto de o número de acidentes graves, como os mortais, por exemplo, ter vindo a baixar, consolidadamente, não nos pode fazer pensar que a sinistralidade laboral, no geral, diminuiu. A verdade é que se tem verificado um factor de substituição. À medida que os acidentes graves descem, sobe o número de doenças profissionais e de doenças relacionadas com o trabalho, nomeadamente, as doenças associadas aos chamados factores de risco emergente, e estas afectam, mais profundamente, as mulheres que os homens.

Não é segredo nenhum a razão pela qual as mulheres são mais afectadas pelas doenças que os homens, que são mais afectados pelos acidentes.

Os acidentes vitimam mais os/as trabalhadores/as que trabalham em situações de grande esforço físico. As doenças afectam mais os/as trabalhadores/as que desempenham actividades de precisão.

Ora, se considerarmos que os chamados riscos emergentes (factores de risco que, ou surgiram nos últimos anos, ou sofreram um aumento brusco, também

nos últimos anos), estão especialmente associados a factores ergonómicos, por um lado, e a factores psicossociais pelo outro, será fácil de compreender, porque é que as mulheres são mais afectadas por eles que os homens.

Actividades ligadas aos serviços, como o comércio e escritórios, algumas actividades industriais, como por exemplo as indústrias eléctricas, têxteis e calçado, o caso das actividades sociais, são actividades nas quais a grande incidência de riscos psicossociais e riscos ergonómicos (como o caso das Lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho) está acompanhada do facto de as mesmas serem desenvolvidas, essencialmente, por mulheres.

Considerando que a maioria das doenças provocadas por risco ergonómico, e a totalidade das doenças provocadas por risco psicossocial, são doenças que não constam da lista oficial de doenças profissionais e logo não contam com um regime de reparação que proteja as trabalhadoras na maioria das situações, devido à dificuldade de diagnóstico, por um lado, e à dificuldade de prova da relação do seu aparecimento com a actividade profissional, sobra apenas à trabalhadora o recurso ao regime geral da segurança social para fazer face à incapacidade profissional que adquiriu. Isto pode ajudar a explicar o porquê das situações de baixa abrangerem mais mulheres do que homens.

Por outro lado, também no caso dos acidentes, as actividades nas quais se sentiu um maior aumento da sinistralidade feminina, foram as actividades ligadas à acção social e serviços hospitalares (recentemente, alvo de grandes transformações) bem como as actividades

Newsletter



Campanha
Promoção da **Saúde**
e **Segurança**
nos Locais de Trabalho

e-seguranç@ n°2



ligadas ao comércio (hipermercados) e aos serviços de limpeza (embora aqui a protecção das trabalhadoras face à sinistralidade seja muito baixa, devido à precariedade que se faz sentir, em especial, neste sector de actividade). Todas estas actividades tem um aspecto em comum, o grande número de mulheres que nelas trabalham.

O caso dos serviços de limpeza é um caso emblemático, pois para além de empregar um grande número de mulheres, estas trabalhadoras estão sujeitas a uma diversidade enorme de riscos profissionais, pois têm que limpar em todos os locais de trabalho possíveis e imaginários, estando sujeitas aos riscos aí existentes. Podemos, contudo, ainda adicionar uma agravante, o facto de estas trabalhadoras estarem em situação precária e por isso não estão integradas em nenhum sistema de prevenção (sem direito à informação, formação e consulta ligadas à Segurança e Saúde no Trabalho) e o facto de haver uma incidência muito grande, nesta actividade, de trabalhadoras estrangeiras. Aliás, o livro publicado no ano passado pelo Prof. Miquel Cabeças da FCT-UNL, permite-nos conhecer muito bem esta realidade.

1. Conclusão

Podemos concluir, assim, que o combate à sinistralidade laboral no nosso país, a existir, tem deixado de lado as mulheres, adicionando mais um tipo de discriminação ao já elevado rol de discriminações de que as mulheres trabalhadoras são alvo, no nosso país.

Por outro lado, podemos concluir também que, se no que respeita à prevenção de acidentes e doenças profissionais, as mulheres estão bastante desprotegidas, como reflecte a sinistralidade laboral feminina nos sectores de actividade com uma maior incidência de mulheres, também no que respeita à reparação das situações de sinistralidade laboral (acidentes e doenças)

as mulheres estão especialmente desprotegidas, porquanto terem vindo a subir acentuadamente as taxas de incidência de doenças relacionadas com o trabalho (ex: Lesões músculo-esqueléticas e riscos psicossociais) para as quais o sistema de reparação nacional não tem muitas vezes resposta.

Esta realidade deve alertar-nos para três conclusões fundamentais:

- A sinistralidade vai muito para além do que é visível, pois há muita sinistralidade laboral escondida, ilegitimamente e deficientemente “reparada” pelo regime geral de segurança social
- As mulheres são as primeiras grandes afectadas por um sistema de reparação ineficiente e insuficiente
- Um sistema de prevenção ineficaz pode tornar-se mais uma fonte de desigualdade entre homens e mulheres, devido ao facto de as mulheres serem, em geral, mais afectadas pelos riscos emergentes do que os homens, riscos esses para os quais os sistemas de prevenção e reparação em vigor da maioria das empresas ainda não encontraram resposta

O Departamento de Segurança, Higiene e Saúde no Local de Trabalho da CGTP-IN

Fontes: OSHA, Gender Issues on Safety and Health, 2005

[Clique para Regressar aos Destaques](#)

www.shst.cgtp.pt



Álcool e drogas em meio laboral, que princípios devem presidir ao seu controlo?

Um dos temas que tem andado muito em voga nos últimos tempos tem sido a questão do Álcool nos locais de trabalho. Este é um tema que, para além dos aspectos relacionados com a saúde e segurança, envolve também aspectos culturais e sociológicos. É esta mistura, que é responsável pela polémica que rodeia qualquer plano ou medida que tenha por função controlar este factor de risco nos locais de trabalho.

Contudo, sabendo que, o nosso ordenamento jurídico não regula, na especificidade, a problemática do acesso, consumo e controle do álcool e seus efeitos, muito diferente é dizer, que não existe um quadro normativo que responda a esta necessidade.

Actualmente, é importante estabelecer alguns princípios que devem, na nossa opinião, orientar a acção das empresas, nesta matéria.

I – A problemática do consumo de álcool nos locais de trabalho deve ser integrada no âmbito de uma política de Saúde Ocupacional e da Política de Prevenção, em geral. O consumo e abuso de álcool ou drogas, é um problema de saúde no trabalho e como qualquer outro, são as suas causas que devem ser atacadas e não somente os efeitos.

Quando abordamos esta problemática nos locais de trabalho, o que é importante, para que não se verifiquem situações de discriminação ou perseguição a potenciais trabalhadores consumidores, é que o processo de controlo da prestação de trabalho sob o efeito do álcool ou drogas esteja integrada no âmbito da política de prevenção de riscos profissionais, na

empresa e no âmbito da política de saúde ocupacional estabelecida pelo médico do trabalho.

Este pressuposto deve ser garantido, numa dupla acepção:

- A empresa no âmbito da Política de prevenção e no âmbito da Política de Saúde, deve procurar identificar e avaliar os riscos profissionais que potenciem o consumo e abuso de bebidas alcoólicas ou drogas

Como é sabido, no âmbito da organização laboral, existem factores de risco de natureza psicossocial que são susceptíveis de potenciar o aparecimento de comportamentos desviantes do ponto de vista da saúde mental. O consumo e abuso do álcool podem ser considerados dois desses comportamentos (como o consumo de outras substâncias, como as drogas, tabaco, comprimidos, etc.).

- A empresa no âmbito da política de prevenção, mas numa perspectiva de segurança no trabalho, deve, em segunda análise, procurar identificar, avaliar e prevenir os riscos profissionais decorrentes da prestação de trabalho sob o efeito do álcool ou drogas

Neste âmbito, a empresa deve adoptar as seguintes medidas:

- a) Identificar e avaliar os factores de risco decorrentes do trabalho sob o efeito do álcool. Nestes casos, é importante considerar que, se nalgumas actividades não deve existir qualquer tipo de tolerância, noutras, já se pode passar o contrário, pode existir alguma tolerância. O que é importante é que as medidas preventivas de

Newsletter



Campanha
Promoção da **Saúde**
e **Segurança**
nos Locais de Trabalho

e-seguranç@ n°2



restrição do consumo se baseiem em análises de risco.

A própria legislação em vigor, concretamente a Lei 102/09, vem, em várias disposições, estabelecer esta relação. A uma medida de prevenção ou protecção, deve corresponder a respectiva avaliação de risco. Só assim se garante a sua adequação aos fins pretendidos.

b) Identificar por entre a população trabalhadora, os indivíduos que pelos comportamentos observados, pelo seu historial clínico e profissional, pelos riscos profissionais decorrentes da sua actividade e pelas exigências das suas funções, possam estar em situação de risco de consumo, abuso de álcool ou drogas e prestação de trabalho sob os seus efeitos.

Este trabalho cabe ao médico do trabalho com a colaboração dos técnicos de SST, devendo, para tal, recorrer aos indicadores médico científicos ao seu dispor, numa perspectiva de rastreamento de problemas de saúde relacionados com o trabalho. O mesmo se passa em relação a outras situações, por exemplo, quando o médico quer realizar uma ecografia, não a vai prescrever a todos, vai prescrevê-la em relação às pessoas relativamente às quais os riscos a que estão sujeitas se justifica. O consumo e abuso de bebidas alcoólicas nos locais de trabalho, deve ser tratado como um problema de saúde ocupacional normal, relativamente ao qual é preciso agir ao nível da sua prevenção, mas também ao nível da minimização dos efeitos e também da dissuasão.

A prestação de trabalho sob o efeito do álcool ou drogas deve ser considerado um comportamento de risco, e como outros comportamentos de risco (voluntarismo, cultura de risco, não utilização de EPI's), deve ser objecto de formação, sensibilização, informação, dissuasão e, em última análise, responsabilização.

c) Entregar ao médico do trabalho a responsabilidade pelo rastreamento, acompanhamento, análise e tratamento dos problemas de consumo e abuso de álcool nos locais de trabalho e da prestação de trabalho sob os seus efeitos.

Só assim se garante a adequação das medidas de prevenção, protecção, dissuasão e tratamento adequadas aos indivíduos e factores de risco. O médico é que sabe ver se, perante uma análise positiva, o trabalhador é um consumidor problemático ou não, se o trabalhador precisa de tratamento ou não, se mesmo estando sob o efeito do álcool ou drogas, se está capaz de exercer ou não a sua actividade e, mais importante ainda, o médico pode garantir a inviolabilidade da reserva de intimidade da vida privada de cada um.

Em resumo, a problemática do consumo e abuso de álcool nos locais de trabalho deve ser abordada numa perspectiva de Saúde Ocupacional primeiro e só numa perspectiva de segurança, depois. A diferença é esta, se no primeiro caso a empresa se preocupa com o trabalhador e com a sua saúde, no segundo caso a empresa preocupa-se com a sua consciência, sem se preocupar com os factores de risco que, nos locais de trabalho, afectam a saúde dos trabalhadores e que podem potenciar o consumo destas substâncias.

Se abordarmos esta problemática enquanto um problema de saúde, vamos dirigir as medidas para a prevenção, reduzindo de forma drástica, no futuro, as situações de insegurança laboral que resultam do e no consumo de álcool e drogas.

Se abordarmos esta problemática apenas numa perspectiva securitária, sem considerarmos as situações laborais que potenciam o consumo e abuso do álcool e drogas, mesmo que adoptemos medidas de rastreamento, dissuasão e tratamento, vamos continuar a ter pessoas a trabalhar sob os efeitos do álcool

[Clique para Regressar aos Destaques](#)

www.shst.cgtp.pt

Newsletter



Campanha
Promoção da **Saúde**
e **Segurança**
nos Locais de Trabalho

e-seguranç@ n.º2



enquanto não forem apanhadas, porque, do ponto de vista da saúde laboral, os problemas não foram devidamente abordados, analisados e tratados.

Neste segundo caso, a empresa fica de consciência lavada, porque diz que tenta controlar a situação, mas continuaremos a ter trabalhadores que recorrem ao subterfúgio do álcool e drogas (entre outros), porque a empresa não se preocupou em combater, a partir da origem, os factores de risco que potenciam ou causam o consumo e abuso do álcool.

Considerando que as medidas de rastreamento, controlo e dissuasão do consumo de álcool em meio laboral são verdadeiras medidas de prevenção, é importante referir que também a este nível a lei tem uma resposta. Os factores de risco devem ser combatidos na origem, sendo esta uma das obrigações da entidade patronal constantes do artigo 15.º da Lei 102/2009. Devemos, por isso, combater as causas e os efeitos e não somente os efeitos.

II – O rastreamento e controlo do consumo de álcool ou drogas entram no âmbito dos exames médicos.

Ponto fundamental, a análise da quantidade de sangue no álcool ou de outra substância psicotrópica, resulta da recolha de um dado biológico dos trabalhadores (dado biométrico), com o objectivo de se estabelecer um juízo de valor, neste caso médico, sobre a capacidade ou incapacidade para o trabalho.

Portanto, aquela ideia de que recolher a amostra através de um balão pode ser feita por qualquer pessoa, não é verdadeira.

Não é verdadeira pelos seguintes motivos:

- Estamos na presença de um dado biométrico,

cuja recolha está prevista no artigo 18.º do Código do Trabalho e que tem efeitos na reserva de intimidade da vida privada do trabalhador, obrigando a lei a notificação à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD), devendo acompanhar-se esta notificação de um parecer da Comissão de Trabalhadores e, neste caso, tratando-se de uma matéria ligada à SST, de consulta aos Representantes dos Trabalhadores para a SST (artigo 18.º da Lei 102/2009);

- Estamos na presença de um dado biológico que constitui um indicador médico científico, susceptível de ser utilizado na avaliação da capacidade para o trabalho do examinado, e essa, só pode ser aferida pelo médico e também, só o médico do trabalho está adstrito a um sigilo profissional apto a proteger a reserva de intimidade da vida privada do trabalhador;
- A determinação da capacidade ou incapacidade para o trabalho deve ser aferida em função de outros factores que não apenas do indicador biológico. O resultado do exame deve ser comparado com outros indicadores, clínicos, constituição física, aptidão psíquica, riscos profissionais etc.;
- O objectivo do exame é determinar a aptidão para o trabalho. A determinação da aptidão ou inaptidão temporária para o trabalho só pode ser feita por um médico.

Cabe agora, ver, qual o enquadramento legal para as considerações atrás referidas:

De acordo com a Lei 102/09, a Lei da Prevenção e Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho, os exames médicos são da responsabilidade do médico do trabalho. Quando muito, admitimos que a recolha da amostra biológica possa ser realizada por um enfermeiro, mas a sua análise tem, imperativamente, de ser realizada por um médico do trabalho.

[Clique para Regressar aos Destaques](#)

www.shst.cgtp.pt

15

Newsletter



Campanha
Promoção da **Saúde**
e **Segurança**
nos Locais de Trabalho

e-seguranç@ n.º2



Por outro lado, só a presença do médico pode garantir que este rastreamento se integra na política de saúde da empresa, até do ponto de vista da análise de possíveis situações de tratamento, pois só um médico pode aferir da presença ou não de um caso de doença (alcoolicismo) ou se se está perante um caso isolado ou esporádico.

Mesmo que a perspectiva da empresa seja uma perspectiva meramente securitária, e não preventiva, só o médico do trabalho pode realizar este teste, como prevê a lei 102/09 no seu artigo 107.º, referindo, muito explicitamente, que a vigilância da saúde cabe ao médico do trabalho, em exclusivo, pois, na lei, não se atribui esta competência a mais nenhum agente.

III – Os dados biológicos resultantes dos rastreamentos são dados pessoais

Na medida em que os dados recolhidos nos exames médicos são dados que reflectem aspectos relativos à intimidade do trabalhador, os restantes agentes ligados à SST que não o médico, apenas têm acesso a dados médicos de natureza colectiva, assim, é importante que se aplique o seguinte tratamento a este tipo de dados:

- As informações médicas estão sujeitas a sigilo profissional. Logo, a violação deste sigilo constitui uma violação da reserva de intimidade da vida privada do trabalhador visado;
- Os dados recolhidos a partir dos exames médicos devem constar da ficha clínica do trabalhador. Esta ficha clínica está sujeita ao segredo profissional do médico, conforme o disposto no n.º 2 do artigo 109.º da Lei 102/09, só podendo facultar-se a mesma às autoridades de saúde e aos médicos da ACT.
- O objectivo dos exames médicos é a avaliação da aptidão física e psíquica do trabalhador para a

sua actividade laboral, conforme expresso no n.º 1 do artigo 108.º da Lei 102/09. O resultado destes exames deve dar resultado a uma ficha de aptidão, devendo ser enviada cópia ao responsável dos recursos humanos, não podendo a mesma incluir dados sujeitos a segredo profissional, conforme resulta directamente dos n.ºs 1, 2 e 3 do artigo 110.º da Lei 102/09. A violação destas normas constitui contra-ordenação grave, conforme consagra o n.º 7 do mesmo artigo;

O impedimento para o exercício de funções no decurso de um exame médico, deve ser estabelecido pelo médico do trabalho no âmbito do preenchimento da ficha de aptidão, determinando a inaptidão temporária para o trabalho.

Qualquer outra pessoa ou agente (às vezes as empresas indicam o responsável pela segurança como o responsável pelo processo de rastreamento) que assuma estas funções, está a cometer uma ingerência nas actividades do médico do trabalho e uma violação da reserva de intimidade da vida privada do trabalhador, para além de estarem a cometer o crime de usurpação de funções previsto no Código Penal Português. De acordo com o artigo 16.º n.º 2 do Código do Trabalho, o direito à reserva de intimidade da vida privada abrange a divulgação de dados quanto ao estado de saúde do trabalhador. Ora, como sabemos, o rastreamento ao álcool e drogas tem o objectivo determinar o estado de saúde causal dos trabalhadores visados.

Para além disso, essas pessoas violam ainda o artigo 17.º do Código do Trabalho, relativo à Protecção de Dados Pessoais. De acordo com este artigo resulta inequivocamente, que ao trabalhador, o empregador não pode exigir informações relativas ao seu estado de saúde, a não ser que as preste, quando justificado, ao médico do trabalho, devendo este,

[Clique para Regressar aos Destaques](#)

www.shst.cgtp.pt

16

Newsletter



Campanha
Promoção da **Saúde**
e **Segurança**
nos Locais de Trabalho

e-seguranç@ n°2



comunicar posteriormente ao empregador, apenas se o trabalhador está ou não apto para a actividade, conforme resulta dos n.º 1 b) e 2 do artigo 17.º do Código do trabalho.

A violação destas normas constitui contra-ordenação muito grave, conforme disposto no n.º 5 do artigo 17.º do Código do Trabalho.

IV – Os responsáveis de segurança não podem conhecer os dados médicos resultantes dos rastreamentos

De facto, de acordo com o artigo 102.º da Lei 102/09 existe um dever de sigilo para os Técnicos de Segurança, mas este dever de sigilo não versa sobre dados médicos, simplesmente porque eles não podem conhece-los. O sigilo profissional destes técnicos, de acordo com o n.º 2 do artigo 102.º da Lei 102/09, versa sobre as componentes materiais do trabalho e sobre todas as situações com repercussão na segurança dos trabalhadores. A lei é bem clara neste aspecto, o sigilo é sobre situações de risco para a segurança, cuja divulgação possa causar dano à empresa. O sigilo em causa não é sobre informação relativa aos próprios trabalhadores ou sobre ameaças para a saúde dos trabalhadores, e sobre ameaças para a sua segurança. Sempre, mas sempre, que entramos na área da saúde, estamos no âmbito da responsabilidade do médico do trabalho como resulta do artigo 107.º da Lei 102/09.

Assim, sem dúvida que os testes e os resultados estão sujeitos a sigilo e confidencialidade, mas da parte do médico do trabalho. O responsável de segurança só pode conhecer componentes materiais, nunca componentes humanas individualizadas.

V. Dos resultados positivos não pode resultar qualquer

responsabilização disciplinar

Nunca em qualquer caso, sob pena de violação do direito à igualdade no trabalho e violação da proibição de discriminação no trabalho, pode ser prevista qualquer consequência disciplinar neste caso. Neste caso, utilizando informações sobre o estado de saúde do trabalhador para efeitos disciplinares, estará a entidade patronal a incorrer em todas as violações já referidas e ainda na contra-ordenação muito grave prevista nos artigos 24.º e 25.º do Código do Trabalho.

Para além disso, todas as consequências disciplinares previstas estão feridas de ilegalidade, quer pelo fundamento, que é discriminatório, quer pelo processo. Para aplicação de qualquer sanção disciplinar, no âmbito do poder disciplinar, terá de ser aplicado um procedimento disciplinar previsto no artigo 329.º do código do trabalho. Nesta proposta de regulamento não está previsto qualquer procedimento, nos termos da lei, para o efeito. Para além disso, as diversas sanções previstas estão feridas de ilegalidade, nos termos do artigo 328.º do Código do Trabalho.

VI – A aplicação da taxa de 0,5 gr/lit de sangue é questionável

A aplicação da taxa supra referida oferece-nos várias dúvidas porquanto não possuímos a fundamentação, quer legal, quer clínica e científica que possa justificar a classificação de positivo, o teste que reunir essas características, e isto por duas razões distintas:

- A taxa de 0,5 gr/lit de sangue é uma taxa padrão estabelecida no âmbito do Código da Estrada. No âmbito desse código apenas entram as situações relativas ao trânsito rodoviário, o que, manifestamente, não é o caso. Por outro lado, juridicamente falando, ainda podemos admitir que esta taxa seja aplicada

Newsletter



Campanha
Promoção da **Saúde**
e **Segurança**
nos Locais de Trabalho

e-seguranç@ n°2



através de uma “analogia legis”, mas para isso temos de partir do pressuposto de que existe uma lacuna legal na regulamentação dos exames de alcoolémia nos locais de trabalho. Admitindo que essa lacuna se verifica, então, por recurso à analogia podemos criar uma norma ad hoc que se aplique, mas, de acordo com a lei, essa norma só se pode aplicar a situações análogas, como o trânsito de veículos (empilhadores, buldozers...), nunca a situações de características objectivas totalmente diferentes das que são reguladas no Código da Estrada. Ora, considerando ainda, que, na nossa perspectiva não existe nenhuma lacuna legal quanto a este aspecto, pois a matéria dos exames médicos está suficientemente regulada no Código Laboral, nem por analogia essa aplicação será possível. Assim, na nossa perspectiva, não existe razão jurídica para a aplicação desta taxa, devendo ser deixado ao critério do médico a avaliação de possíveis situações de incapacidade decorrentes de um teste positivo, teste esse que deve ser classificado como positivo logo que o teste revele a presença de alguma quantidade de álcool no sangue.

- A aplicação da taxa de 0,5 gr/lit sangue não é, como se sabe, uma taxa consensual. Tanto que muitos países, nos seus códigos da estrada aplicam taxas diferentes. Logo, menos verosímil é a sua aplicação a situações laborais. Nesta medida, tratando-se do teste em causa um exame médico, e estando estabelecido na lei que os exames médicos só podem ser realizados e analisados por médicos, cabe ao médico do trabalho a determinação do carácter positivo ou não do teste e, consoante os elementos materiais do trabalho, o historial clínico do trabalhador e os seus dados bio-psicossociais, das consequências a aplicar ao nível da sua aptidão ou inaptidão temporária para o trabalho.

Resumindo, julgamos que o teste positivo deve ser, todo aquele que revele à partida alguma quantidade de álcool no sangue, devendo ser o médico do trabalho a determinar a consequência jurídica desse teste positivo.

VII – Conclusão

O combate ao alcoolismo e à toxicod dependência deve ser realizado em várias vertentes, nomeadamente:

- Prevenção das situações objectivas de trabalho que possam potenciar o consumo do álcool e drogas (trabalho nocturno, ritmos elevados, injustiça salarial, stress, não progressão na carreira...)
- Prevenção do trabalho sob os efeitos do álcool e drogas, através de políticas de saúde que promovam hábitos saudáveis
- Prevenção do trabalho sob o efeito do álcool e drogas através do rastreamento por recolha de dado biométrico
- Tratamento dos trabalhadores doentes (alcoólatras e toxicod dependentes)

Todas estas medidas devem ser tomadas no âmbito de uma política de saúde ocupacional, não discriminatória ou persecutória e da inteira responsabilidade do médico do trabalho, como resulta, inclusive, da lei em vigor.

Normalmente, o pedido de parecer prévio à ACT e à CNPDP, por parte das empresas que pretendem implementar medidas deste tipo, costuma ser visto como um procedimento prévio para a prevenção de determinadas ilegalidades.

Chamamos também à atenção de que a consulta dos trabalhadores e seus representantes é fundamental na aplicação de qualquer medida de prevenção como resulta da própria lei.

Contudo, para que não se coloque em causa valores que são fundamentais para a nossa sociedade, é importante que as empresas optem por políticas de

[Clique para Regressar aos Destaques](#)

www.shst.cgtp.pt

Newsletter



Campanha
Promoção da **Saúde**
e **Segurança**
nos Locais de Trabalho

e-seguranç@nº2



saúde humanistas ao invés de optarem por políticas de natureza securitária que lhes podem limpar a consciência mas que, no longo prazo, nunca serão aptas à resolução dos problemas.

O Departamento de Segurança, Higiene e Saúde no Local de Trabalho da CGTP-IN

[Clique para Regressar aos Destaques](#)

www.shst.cgtp.pt



Sector da Hotelaria, Alojamento e Restauração Aspectos importantes ligados à sinistralidade laboral neste sector

O balanço social de 2007 permite-nos retirar algumas conclusões interessantes a respeito do sector da Hotelaria, Alojamento e Restauração, Sector H.

Ressalvando-se o facto de estarmos a falar de empresas com mais de 100 trabalhadores, pois só estas é que entregam obrigatoriamente o balanço social, estes dados não deixam de dar uma radiografia do sector e tendo em conta de que estamos a falar de empresas com alguma dimensão, só podemos concluir que a realidade nas empresas mais pequenas será ainda pior.

- Número médio de dias de trabalho perdidos, por acidente de trabalho com baixa, segundo a actividade económica

A média total é de 24,6 dias de trabalho perdidos por acidente.

No sector em análise, a média é de 24,7 dias por acidente. Um pouco acima da média, portanto.

- Taxa de incidência dos acidentes de trabalho, segundo a actividade económica

A Média Nacional é de 54,6 acidentes por 1000 trabalhadores.

No Sector H temos uma média de 66,0 acidentes por 1000 trabalhadores, sendo este o mais elevado a seguir aos sectores tradicionalmente com maior número de acidentes, logo a seguir à pesca, à construção e industria transformadora e extractiva

- Estrutura das horas não trabalhadas (ausências ao trabalho e inactividade temporária), por actividade económica, segundo o motivo

No sector H, o acidente de trabalho é a causa que apresenta mais horas não trabalhadas, 2709,2 horas, mais do que o gozo dos direitos de maternidade e paternidade, com cerca de 2300.

Tendo em conta que se perseguem trabalhadores por cumprimento destes direitos, também se deveriam perseguir mais as causas de acidente.

- Peso dos custos com segurança, higiene e saúde no trabalho, no total de custos com pessoal

A média nacional é de 0,7% dos custos de pessoal de investimento da SST

A média do sector H é de 0,4%. Uma das mais baixas de entre os diversos sectores e muito a abaixo da média nacional. O que explica, em grande medida, os números algo elevados relativos aos diversos índices de sinistralidade aqui referidos.

Não será tempo de se investir mais nesta área?

Dados retirados do Relatório de Acidentes de Trabalho de 2006 do GEP do MSST

De entre os 17 sectores de actividade, o sector H, alojamento de restauração, é o 5.º sector com maior sinistralidade por acidente de trabalho. Cerca de

Newsletter



Campanha
Promoção da **Saúde**
e **Segurança**
nos Locais de Trabalho

e-seguranç@ n°2



11500, 5 deles mortais.

Estamos a falar de acidentes participados, só esses.

De entre os 17 sectores, o sector H é o que apresenta a 9ª maior taxa de incidência. Número de acidentes por 100.000 trabalhadores.

O sector H é um dos 5 sectores (Saúde e acção social, outros serviços colectivos e sociais, trabalho doméstico, organizações internacionais e instituições extraterritoriais) de entre os 17, onde os acidentes vitimam mais mulheres do que homens.

As maiores causas de acidentes no sector H são:

- Trabalho com ferramentas de mão (facas, talheres, serras...)
- Manipulação de objectos (loijas...)
- Transporte manual de cargas
- Actividades que implicam movimento, andar, circular de e para ou entre destinos (normalmente associados a quedas)

Depois, a situação que origina o acidente, na maioria dos casos está associada a:

- Perda de controlo do equipamento, ferramenta ou processo (causado por cansaço, ritmos intensivos etc...)
- Quedas por escorregamento ou tropeção
- Movimento do corpo sujeito a constrangimento físico (choques, pancadas e perfurações devido à exiguidade de espaço, mau estado das vias de circulação...)

A maioria dos acidentes no sector H resultam em:

- Esmagamentos (por objectos ou contra objectos)

- Contacto com superfícies afiadas (facas, serras...)
- Constrangimento físico e psíquico (choques, pancadas, perfurações, entaladelas, abrasões, arranhões...)

Podemos concluir que muitas vezes os acidentes ocorrem pelas seguintes razões:

- Ritmos de trabalho muito intensos
- Pressão psicológica muito grande que gera desatenções e desconcentrações
- Mau estado dos locais de trabalho, incluindo as vias de passagem
- Falta de formação em SST
- Equipamentos de trabalho inseguros, associados à falta de protecção individual e colectiva
- Falta de espaço adequado à execução das tarefas

O Departamento de Segurança, Higiene e Saúde no Local de Trabalho da CGTP-IN

[Clique para Regressar aos Destaques](#)

www.shst.cgtp.pt

21

Campanha
Promoção da **Saúde**
e **Segurança**
nos Locais de Trabalho



TELEFONE SEGURO

808 208 280

Terças e Sextas,
das 14 às 18h

www.shst.cgtp.pt