

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

Boas práticas e áreas de melhoria nos Processos
Médico-Legais e Práticas de Responsabilidade
Social Corporativa

PEDRO MIGUEL DE JESUS ALBERTO

Provas destinadas à obtenção de grau de:
Mestre em Operações de Transporte Aéreo
novembro 2025

VERSÃO DEFINITIVA

ISEC LISBOA | INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS

Escola de Gestão, Engenharia e Aeronáutica

Prova destinada à obtenção do grau de Mestre em Operações de Transporte Aéreo

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

Boas práticas e áreas de melhoria nos Processos Médico-Legais e Práticas
de Responsabilidade Social Corporativa

Autor: Pedro Miguel de Jesus Alberto

Orientador: Professora Doutora Maria Emília da Silva Baltazar

novembro de 2025

AGRADECIMENTOS

À minha mulher e às minhas filhas, endereço o mais profundo agradecimento pelo apoio incondicional, pela paciência e pelo incentivo que sempre me concederam ao longo deste percurso. A vossa compreensão, força e presença foram absolutamente essenciais, tornando possível a concretização desta dissertação.

De igual modo, à minha orientadora, Prof.^a Doutora Maria Emília Baltazar, manifesto sincero reconhecimento pelo rigor académico, pela orientação atenta e pelas valiosas sugestões que iluminaram cada etapa deste trabalho. Estendo ainda o meu agradecimento a todos os docentes do ISEC que, ao longo dos últimos anos, contribuíram para o meu crescimento académico e para a consolidação do conhecimento que sustentou esta investigação.

A todos os profissionais de diferentes áreas que, com generosidade, cederam do seu tempo e disponibilidade e partilharam o seu saber, deixo o meu mais profundo apreço. A sua colaboração foi determinante para conferir consistência e relevância a esta dissertação.

Aos colegas e amigos que acompanharam esta caminhada, expresso igualmente a minha gratidão pela amizade, pela partilha e pelo estímulo constante, que tornaram este processo mais leve e enriquecedor.

Por fim, uma palavra muito especial de gratidão a todos os tripulantes participantes, que aceitaram reviver, através da partilha, processos marcados por momentos de grande exigência pessoal e profissional, muitos deles de difícil resolução. A coragem, a resiliência e a autenticidade com que confiaram os seus testemunhos foram determinantes para a construção desta dissertação e constituem, acima de tudo, um legado de enorme dignidade.

Este trabalho é o resultado de um esforço coletivo, construído a partir da dedicação, da partilha e da generosidade de todos aqueles que, de diferentes formas, o tornaram possível.

A todos, o meu mais sincero obrigado.

RESUMO

No setor da aviação comercial, a inaptidão permanente dos tripulantes de cabine constitui um problema multidimensional que cruza a saúde ocupacional, a medicina aeronáutica, a gestão organizacional e o direito do trabalho. Focada no contexto português e no enquadramento europeu da EASA, esta investigação integra a análise dos processos médico-legais e das práticas de responsabilidade social corporativa em casos de acidente de trabalho, examinando a articulação entre a medicina do trabalho, a medicina aeronáutica, a Autoridade Nacional da Aviação Civil, as companhias aéreas, os sindicatos representativos da classe e o sistema judicial, bem como a medida em que tal articulação salvaguarda os direitos e a dignidade dos trabalhadores.

Adotou-se uma abordagem qualitativa, combinando entrevistas semiestruturadas a tripulantes inaptos permanentemente com entrevistas a atores institucionais relevantes, complementadas por análise documental e jurisprudencial. A triangulação analítica permitiu identificar padrões, tensões e oportunidades de melhoria.

Os resultados evidenciam: (i) assimetrias na aplicação dos critérios clínicos na avaliação médico-aeronáutica; (ii) morosidade procedimental e fraca interoperabilidade entre entidades, com insuficiente gestão de caso; (iii) défices de comunicação, de informação sobre direitos e de apoio psicossocial; (iv) respostas inconsistentes de reintegração e reconversão; (v) modelos de responsabilidade social corporativa pouco integrados na cultura justa e no *Safety Management System*; e (vi) elevada propensão à judicialização.

Recomendam-se medidas de harmonização técnico-procedimental, através de *guidelines* alinhadas com a EASA/ICAO; criação de circuitos *one-stop* com gestor de caso, prazos e indicadores; programas de transição profissional e apoio psicológico; reforço das cláusulas convencionais e dos mecanismos de mediação; e literacia médico-legal dirigida a trabalhadores e decisores. Discutem-se implicações para as políticas públicas e a governação organizacional, apontando vias de investigação futura centradas na medição de resultados e na comparação internacional de modelos de suporte.

PALAVRAS-CHAVE

Tripulante de Cabine, Inaptidão para o Voo, Acidente de Trabalho, Responsabilidade Social Corporativa, Incapacidade Permanente Absoluta para o Trabalho Habitual.

ABSTRACT

In the commercial aviation sector, the permanent unfitness to fly of cabin crew represents a multidimensional issue at the intersection of occupational health, aeronautical medicine, organizational management, and labour law. Focused on the Portuguese context within EASA's European framework, this study analyses medical-legal processes and corporate social responsibility practices in occupational accident cases, examining the interplay between occupational medicine, aeromedical examiners and centres, the National Civil Aviation Authority, airlines, representative trade unions, and the judicial system, as well as how such coordination safeguards workers' rights and dignity.

A qualitative approach combined semi-structured interviews with permanently unfit crew members and institutional stakeholders, alongside documentary and case-law analysis. Analytical triangulation identified patterns, tensions, and opportunities for improvement.

Findings highlight: (i) asymmetries in applying clinical criteria in aeromedical evaluation; (ii) procedural delays and weak interoperability across institutions, with insufficient case management; (iii) deficits in communication, rights awareness, and psychosocial support; (iv) inconsistent reintegration and redeployment responses; (v) corporate social responsibility models poorly integrated with Just Culture and Safety Management Systems; and (vi) a marked propensity towards judicialisation.

Recommended measures include procedural harmonisation through guidelines aligned with EASA and ICAO; creation of one-stop pathways with case managers, deadlines, and indicators; transition and psychological-support programmes; stronger collective clauses and mediation mechanisms; and enhanced medical-legal literacy for workers and decision-makers.

KEYWORDS

Flight Attendant, Unfit to Fly, Occupational Accident, Corporate Social Responsibility, Permanent Total Disability for Regular Work

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos.....	v
Resumo.....	vii
Abstract.....	viii
Índice Geral	x
Índice de Figuras.....	xv
Índice de Tabelas	xvi
Abreviaturas e Siglas	xviii
1 Introdução	1
1.1 Enquadramento e justificação do tema	1
1.2 Questão de partida e objetivos da investigação	5
1.3 Relevância científica e profissional.....	9
1.4 Originalidade do estudo e lacunas da literatura	10
1.5 Delimitações do estudo.....	10
1.6 Estrutura do trabalho.....	11
2 Enquadramento teórico e estado de arte.....	13
2.1 A profissão de tripulante de cabine	13
2.1.1 História e funções	13
2.2 Saúde ocupacional e aptidão para o voo	15
2.2.1 Fatores de risco físicos e psicológicos.....	17
2.2.2 A avaliação médica na Medicina do Trabalho	18
2.2.3 A avaliação médica na Medicina Aeronáutica	21
2.3 Inaptidão permanente: conceito e implicações	23
2.3.1 Tipologias de incapacidade e IPATH	25
2.3.2 Impacto pessoal e profissional nos tripulantes	27
2.4 Acidente de trabalho no setor da aviação	28
2.4.1 Enquadramento legal (Lei n.º 98/2009 de 4 de setembro)	31
2.4.2 Causas frequentes e estatísticas relevantes	33

2.5	Responsabilidade Social Corporativa	37
2.5.1	Conceito e princípios orientadores	39
2.5.2	Responsabilidade Social Corporativa no setor da aviação.....	42
2.5.3	Boas práticas em contexto de inaptidão profissional.....	44
2.6	Enquadramento jurídico nacional e europeu	47
2.6.1	Regulamentação europeia EASA.....	49
2.6.2	Jurisprudência nacional relevante	52
3	Metodologia e dados	56
3.1	Enquadramento metodológico.....	56
3.2	Desenho do estudo	59
3.3	Participantes.....	61
3.3.1	Tripulantes afetados por inaptidão permanente.....	62
3.3.2	Especialistas e decisores institucionais.....	63
3.3.3	Dimensões transversais na seleção dos participantes.....	65
3.3.4	Número de participantes	66
3.3.5	Garantias éticas na participação	66
3.4	Instrumentos de recolha de dados	67
3.4.1	Entrevistas semiestruturadas	67
3.4.2	Planeamento da recolha de dados	82
3.4.3	Contacto e recrutamento dos participantes.....	83
3.4.4	Realização das entrevistas	83
3.4.5	Recolha e análise documental	84
3.5	Tratamento e análise dos dados.....	85
3.5.1	Fundamentação da abordagem analítica	85
3.5.2	Etapas do processo de análise	86
3.5.3	Exemplo de categorias temáticas emergentes	87
3.5.4	Triangulação dos dados	89
3.5.5	Considerações sobre validade e fiabilidade.....	90
3.6	Considerações éticas	90
3.6.1	Princípios éticos orientadores	91
3.6.2	Proteção de dados pessoais.....	92
3.6.3	Responsabilidade do investigador	93
3.7	Fluxograma de síntese metodológica	93
4	Análise de dados	96

4.1	A percepção dos tripulantes de cabine	96
4.1.1	Percurso profissional e impacto da inaptidão	96
4.1.2	Avaliação médica e percepção de injustiça	98
4.1.3	Comunicação institucional e suporte emocional	100
4.1.4	Reintegração profissional e práticas organizacionais	102
4.1.5	Judicialização e atuação das seguradoras.....	104
4.1.6	Percepção das companhias aéreas e da legislação.....	106
4.1.7	Recomendações e propostas dos participantes	108
4.1.8	Síntese da análise da percepção	111
4.2	A avaliação da Medicina do Trabalho	113
4.2.1	Perfil e enquadramento profissional	113
4.2.2	Avaliação médica e aplicação da regulamentação	114
4.2.3	Causas de inaptidão permanente	120
4.2.4	Processos, comunicação e acompanhamento na inaptidão definitiva.....	127
4.2.5	Perspetiva profissional e articulação institucional	134
4.2.6	Sugestões e considerações finais.....	140
4.3	A avaliação pela Medicina Aeronáutica	145
4.3.1	Enquadramento profissional e institucional	145
4.3.2	Regulamentação e prática da avaliação médica.....	147
4.3.3	Diagnóstico e determinação de inaptidão	155
4.3.4	Procedimentos pós-diagnóstico e casos de controlo	171
4.3.5	Limitações funcionais e adaptação profissional	178
4.3.6	Estatísticas, tendências e desafios regulatórios	182
4.4	A Autoridade Nacional da Aviação Civil	189
4.4.1	Perfil do entrevistado e enquadramento institucional.....	189
4.4.2	Legislação e avaliação médico-aeronáutica.....	192
4.4.3	Avaliação médica e inaptidão permanente	198
4.4.4	Desafios atuais e propostas de melhoria.....	205
4.5	A Responsabilidade Social Corporativa.....	209
4.5.1	Identificação e experiência profissional	209
4.5.2	Política de Responsabilidade Social Corporativa	211
4.5.3	Gestão do acidente e processo de inaptidão.....	216
4.5.4	Acompanhamento e apoio ao tripulante.....	222
4.5.5	Requalificação e reintegração profissional	226
4.5.6	Compensações, seguros e garantias.....	231
4.5.7	Avaliação comparativa e propostas de melhoria.....	235

4.6	A representação sindical	237
4.6.1	Atuação sindical na defesa dos tripulantes inaptos.....	237
4.6.2	Suporte jurídico e administrativo prestado pelo sindicato.....	245
4.6.3	Apoio social, psicológico e requalificação profissional	252
4.7	A representação legal.....	257
4.7.1	Enquadramento profissional	257
4.7.2	Enquadramento legal da inaptidão definitiva	259
4.7.3	Responsabilidade legal da companhia aérea.....	265
4.7.4	Medicina do Trabalho e avaliação médico-aeronáutica	272
4.7.5	Avaliação médico-legal e IPATH.....	278
4.7.6	Processo judicial e proteção institucional.....	284
4.7.7	Recomendações e boas práticas.....	291
5	Discussão de resultados.....	296
5.1	Discussão por objetivo específico	297
5.1.1	O1. Análise da percepção dos tripulantes de cabine inaptos quanto aos processos médico-legais e às práticas de responsabilidade social corporativa.....	297
5.1.2	O2. Critérios clínicos e funcionais da Medicina do Trabalho na determinação da aptidão para o voo	303
5.1.3	O3 — Aplicação dos requisitos médicos pela Medicina Aeronáutica: assimetrias e caminhos de harmonização	307
5.1.4	O4 — Adequação e aplicabilidade do quadro jurídico da aptidão/inaptidão e distribuição de competências ANAC - EASA.....	311
5.1.5	O5 — Práticas de Responsabilidade Social Corporativa e contributo sindical na inaptidão definitiva de tripulantes de cabine	316
5.1.6	O6 — Percurso jurídico-processual de atribuição de IPATH: desafios, melhorias procedimentais e indicadores de desempenho	322
5.2	Convergências, divergências e explicações prováveis	328
5.2.1	Convergências.....	328
5.2.2	Divergências.....	330
5.2.3	Explicações Prováveis	331
6	Conclusões	334
6.1	Principais conclusões por objetivo.....	335
6.2	Contributos práticos e científicos	337
6.3	Implicações para políticas públicas e para stakeholders	338

6.4	Limitações do estudo	340
6.5	Recomendações de investigação futura	341
6.6	Considerações finais.....	343
	Referências	344
	Anexos.....	367
	Entrevistas	367
	T1 - Tripulante de Cabine 1	367
	T2 - Tripulante de Cabine 2	374
	T3 - Tripulante de Cabine 3	379
	T4 - Tripulante de Cabine 4	383
	T5 - Tripulante de Cabine 5	388
	T6 - Tripulante de Cabine 6	392
	T7 - Tripulante de Cabine 7	398
	T8 - Tripulante de Cabine 8	402
	T9 - Tripulante de Cabine 9	410
	T10 - Tripulante de Cabine 10.....	415
	T11 - Tripulante de Cabine 11.....	422
	T12 - Tripulante de Cabine 12.....	426
	T13 - Tripulante de Cabine 13.....	429
	T14 - Tripulante de Cabine 14.....	436
	T15 - Tripulante de Cabine 15.....	440
	MT1 - Medicina do Trabalho 1	447
	MA1 - Medicina Aeronáutica 1	454
	MA2 - Medicina Aeronáutica 2	460
	ANAC1 – Autoridade Nacional da Aviação Civil 1.....	466
	RSC1 - Responsabilidade Social Corporativa 1	471
	RS1 - Representante Sindical 1.....	477
	RS2 - Representante Sindical 2.....	482
	DL1 - Direito Laboral 1	487
	DL2 – Direito Laboral 2.....	496

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo representativo do estudo	5
Figura 2 - Fluxograma de síntese metodológica	95
Figura 3 - Faixa etária da inaptidão em definitivo para o voo	96
Figura 4 - Solicitação de segunda opinião médica pelos tripulantes sinistrados.....	99
Figura 5 - Suporte psicológico aos tripulantes pós comunicação de inaptidão	101
Figura 6 - Oferta de função na organização.....	103
Figura 7 - Duração dos processos legais	104
Figura 8 - Apoio na transição por parte dos RH e SST.....	106

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Tipologia de incapacidade laboral.....	25
Tabela 2 - Tabela de perfil da amostra	62
Tabela 3 - Guião de entrevista a tripulantes de cabine	70
Tabela 4 - Guião de entrevista a médicos especialistas em MT	72
Tabela 5 - Guião de entrevista a especialistas em MA e/ou AME	74
Tabela 6 - Guião de entrevista a representantes da Autoridade Nacional da Aviação Civil	76
Tabela 7 - Guião de entrevista a representantes de gabinetes de RH e SST	78
Tabela 8 - Guião de entrevista a representantes sindicais	79
Tabela 9 - Guião de entrevista a especialistas em direito laboral	81
Tabela 10 - Exemplo de livro de códigos	88
Tabela 11 - Exemplo de matriz de triangulação	89
Tabela 12 - Sumário de fluxograma de síntese metodológica.....	93
Tabela 13 - Características da trajetória profissional dos participantes.....	98
Tabela 14 - Elementos críticos identificados nas avaliações médicas	100
Tabela 15 - Perceções sobre comunicação institucional e apoio emocional.....	101
Tabela 16 - Avaliação das propostas de reintegração pelos participantes.....	103
Tabela 17 - Barreiras e consequências da judicialização identificadas pelos participantes	105
Tabela 18 - Perceções dos participantes sobre RSC e legislação	107
Tabela 19 - Eixos de recomendação propostos pelos participantes.....	110
Tabela 20 - Dimensões-chave da desproteção identificadas.....	112
Tabela 21 - Tipos de avaliação de MT.....	115
Tabela 22 - Principais fatores de risco clínico	123
Tabela 23 – Periodicidade e exames obrigatórios para tripulantes de cabine	154
Tabela 24 - Principais patologias associadas à inaptidão permanente.....	157
Tabela 25 - Códigos de limitações aplicáveis ao <i>Medical Report</i>	179
Tabela 26 - Papeis institucionais na avaliação médica de tripulantes de cabine.....	191
Tabela 27 - Diferenças regulamentares na avaliação médico-aeronáutica entre pilotos e tripulantes de cabine	197
Tabela 28 - Fluxo pós-acidente de trabalho	217
Tabela 29 - Mapa normativo e contratual	239
Tabela 30 - Direitos previstos vs. prática sindical	248
Tabela 31 - Linha do tempo processual de reconhecimento de incapacidade por acidente de trabalho	274

Tabela 32 - Direitos e benefícios por tipo de incapacidade	279
Tabela 33 - Propostas de reconfiguração institucional: seis eixos operacionais	302
Tabela 34 - Matriz de responsabilidades	321
Tabela 35 - Indicadores-chave de desempenho para monitorização	326

ABREVIATURAS E SIGLAS

AE - Acordo de Empresa

AeMC - *AeroMedical Center* ou Centro de Medicina Aeronáutica

ACT - Autoridade para as Condições do Trabalho

AME - *AeroMedical Examiner* ou Examinador Médico Aeronáutico

ANAC - Autoridade Nacional da Aviação Civil

APPLA - Associação Portuguesa de Pilotos de Linha Aérea

ASF - Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões

AT - Acidente de Trabalho

BTE - Boletim do Trabalho e Emprego

CCO - Centro de Controlo Operacional

CT - Código do Trabalho

DOV - Direção de Operações de Voo

EASA - *European Union Aviation Safety Agency* ou Agência da União Europeia para a Segurança da Aviação

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

EUA - Estados Unidos da América

FAP - Força Aérea Portuguesa

FRMS - *Fatigue Risk Management System* ou Sistema de Gestão do Risco de Fadiga

FTL - *Flight Time Limitation*

GM - *Guidance Material*

IATA - *International Air Transport Association* ou Associação Internacional de Transporte Aéreo

ICAO - *International Civil Aviation Organization* ou Organização da Aviação Civil Internacional

IPA - Incapacidade Permanente Absoluta

IPAT - Incapacidade Permanente Absoluta para Todo o Trabalho

IPATH - Incapacidade Permanente Absoluta para o Trabalho Habitual

IPP - Incapacidade Permanente Parcial

IRCT - Instrumentos de Regulamentação Coletiva de Trabalho

ISEC - Instituto Superior de Educação e Ciências

ISO - *International Organization for Standardization*

ITA - Incapacidade Temporária Absoluta

ITP - Incapacidade Temporária Parcial

JM - Junta Médica

MA - Medicina Aeronáutica

MDD - *Major Depressive Disorder*

Medical Report - *Cabin Crew Medical Report* ou Relatório Médico de Tripulante de Cabine

MT - Medicina do Trabalho

OIT - Organização Internacional do Trabalho

ONU - Organização das Nações Unidas

PSP - *Peer Support Programmes* ou Programas de Apoio entre Pares

RH - Recursos Humanos

RMA - Contrato de Rescisão por Mútuo Acordo

RSC - Responsabilidade Social Corporativa

SST - Segurança e Saúde no Trabalho

SATA - *SATA Azores Airlines*

SMS - *Safety Management System*

SNPVAC - Sindicato Nacional do Pessoal de Voo da Aviação Civil

PEDRO MIGUEL DE JESUS ALBERTO

STJ - Supremo Tribunal de Justiça

TAP - *TAP Air Portugal*

TNI - Tabela Nacional de Incapacidades

TR - Tribunal da Relação

UE - União Europeia

USAF - *United States Air Force*

WHO - *World Health Organization*

1 INTRODUÇÃO

1.1 ENQUADRAMENTO E JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

A aviação comercial moderna constitui um dos principais pilares estruturantes da mobilidade global, desempenhando um papel fulcral na consolidação da interdependência económica, na intensificação das trocas culturais e na promoção da coesão territorial à escala internacional. A capacidade de transportar, de forma rápida, segura e eficiente, milhões de passageiros por ano coloca este setor entre os mais estratégicos da economia contemporânea, não apenas pelo seu contributo direto para o produto interno bruto e para o emprego qualificado, mas também pelo seu efeito multiplicador sobre atividades complementares como o turismo, o comércio, a inovação tecnológica e a cooperação internacional.

Neste universo altamente regulado e tecnologicamente exigente, os tripulantes de cabine assumem uma posição nuclear no sistema operativo das companhias aéreas. Longe da imagem tradicional de agentes de hospitalidade, estes profissionais são atualmente peças-chave na manutenção da segurança a bordo, na execução de procedimentos normalizados em situações de emergência, na prestação de primeiros socorros e na gestão de comportamentos disruptivos em contextos multiculturais e de elevada pressão. A sua presença a bordo, para além de obrigatória por via regulamentar, representa um garante da resiliência operacional da aviação civil.

A crescente complexificação das tarefas atribuídas aos tripulantes reflete um processo de especialização técnica e funcional da profissão, cuja natureza híbrida — combinando competências técnicas, comunicacionais, psicológicas e físicas — exige um elevado grau de preparação e robustez psicofísica. Esta exigência justifica a existência de um sistema de avaliação médica obrigatória, estabelecido pela *European Union Aviation Safety Agency*¹ (EASA), que impõe aos Estados-Membros da União Europeia² a aplicação de critérios harmonizados e rigorosos no que respeita à avaliação e manutenção da aptidão dos tripulantes.

¹ *European Union Aviation Safety Agency*: Autoridade europeia responsável pela regulação e supervisão da segurança da aviação civil, criada pelo Regulamento (EU) n.º 2018/1139, (2018) e com sede em Colónia (EUROCONTROL, 2025).

² Estados-Membros da União Europeia: Países que integram a UE, nos termos do Tratado sobre o funcionamento da União Europeia, (2016) (Europeia, 2020).

Estas avaliações, de carácter periódico ou extraordinário, visam garantir que o profissional reúne as condições de saúde necessárias para o exercício das suas funções em ambiente aeronáutico, nomeadamente no que diz respeito à capacidade de reação em situações de emergência, à resistência ao *stress* prolongado, à acuidade sensorial e à integridade funcional dos sistemas cardiovascular, músculo-esquelético e neurocognitivo. A deteção de patologias incompatíveis com o exercício da função pode resultar na emissão de um relatório de inaptidão médica, com efeitos suspensivos ou definitivos sobre a autorização para o voo.

A exposição continuada a condições laborais exigentes, como horários desregulados, perturbações dos ritmos circadianos, variações de pressão atmosférica, contacto com agentes infecciosos e eventos críticos em voo, coloca os tripulantes em risco elevado de desenvolverem lesões músculo-esqueléticas, perturbações de ansiedade, fadiga crónica, *burnout*³ e outras patologias incapacitantes. A estas condições acresce a possibilidade de ocorrência de acidentes de trabalho, frequentemente associados ao manuseamento de equipamento pesado, a quedas durante episódios de turbulência, ou à prestação de assistência em situações de emergência. Estas situações podem resultar em lesões com impacto duradouro na saúde e na funcionalidade do tripulante. Quando tais condições ou lesões evoluem para diagnósticos médicos reconhecidos, o regresso à atividade pode tornar-se clínica e legalmente inviável, conduzindo à declaração de inaptidão permanente para o voo.

A emissão de um *Cabin Crew Medical Report*⁴, ou relatório médico de tripulante de cabine, doravante designado por *Medical Report*, com indicação de *Unfit*⁵ (*to fly*) implica, para o trabalhador, a perda do requisito médico-profissional e, em muitos dos casos, a cessação do vínculo laboral com a companhia aérea. Esta rutura é sentida como profundamente desestruturante, uma vez que afeta não apenas a segurança económica

³ *Burnout*: fenómeno ocupacional decorrente de *stress* crónico no trabalho não gerido com sucesso, caracterizado por exaustão, distanciamento mental e redução da eficácia profissional (OMS, 2019).

⁴ *Cabin Crew Medical Report*: Relatório clínico-técnico emitido por Examinador Médico Aeronáutico ou Centro de Medicina Aeronáutica, destinado a fundamentar a decisão de aptidão/inaptidão e eventuais restrições para o exercício de funções de tripulante de cabine (Doc 8984, Manual of Civil Aviation Medicine, 2012; Regulamento (EU) n.º 965/2012, 2012; Regulamento (EU) n.º 1178/2011, 2011).

⁵ *Unfit (to Fly)*: Expressão utilizada na aviação civil para designar a inaptidão médica ou funcional de um tripulante para o desempenho das suas funções, podendo ser temporária ou permanente, conforme regulamentação aeronáutica aplicável (Regulamento (EU) n.º 1178/2011 e Regulamento (EU) n.º 2018/1139).

do indivíduo, mas também a sua identidade profissional e social. O afastamento da atividade, frequentemente abrupto, coloca os tripulantes numa condição de fragilidade multidimensional, na qual se cruzam elementos de desamparo psicológico, instabilidade financeira e invisibilidade institucional.

A análise e implementação de boas práticas nos processos médico-legais que conduzem à declaração de inaptidão permanente para o voo revelam-se fundamentais para garantir a justiça, a transparência e a eficácia destes procedimentos. Tais práticas incluem a utilização de critérios clínicos objetivos e atualizados, a realização de avaliações multidisciplinares, a comunicação clara com o trabalhador sobre os seus direitos e deveres, e o respeito pelos princípios da confidencialidade e do contraditório. A existência de falhas neste domínio, tais como a morosidade dos pareceres, a falta de articulação entre Medicina do Trabalho⁶ (MT) e Medicina Aeronáutica⁷ (MA) e, ou a ausência de acompanhamento pós-avaliação, compromete não apenas a integridade processual, mas também a confiança dos profissionais no sistema. Identificar áreas de melhoria, como a padronização dos procedimentos, a formação contínua dos peritos e a implementação de canais de recurso eficazes, é essencial para assegurar que a inaptidão médica definitiva resulte de uma avaliação técnica rigorosa, ética e socialmente responsável, mitigando o risco de decisões arbitrárias ou desproporcionadas.

Em teoria, o ordenamento jurídico português prevê instrumentos de proteção adequados para estes casos, através de um conjunto de normas que integram a Lei n.º 98/2009 de 4 de setembro (2009), comumente conhecida em Portugal por Regime de Reparação de Acidentes de Trabalho e de Doenças Profissionais, e os regulamentos europeus aplicáveis à certificação e aptidão médica de pessoal aeronáutico. No entanto, a aplicação prática destas normas tem revelado disfunções relevantes: morosidade nos processos de avaliação da incapacidade, dificuldades no acesso a compensações justas e céleres, ausência de estruturas eficazes de reconversão profissional, e lacunas na

⁶ Medicina do Trabalho: Ramo da medicina preventiva que assegura a vigilância da saúde, a avaliação de aptidão e a adaptação das condições de trabalho ao trabalhador, visando a prevenção dos riscos profissionais, no quadro da legislação de segurança e saúde no trabalho (Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, 2009; Lei n.º 102/2009 de 10 de setembro, 2009).

⁷ Medicina Aeronáutica: Área aplicada da medicina que estuda os efeitos fisiológicos e psicossociais do voo e estabelece critérios de aptidão para o pessoal aeronáutico, visando a segurança operacional; enquadrada internacionalmente pelo Anexo 1 da ICAO, (2022) e Doc 8984, Manual of Civil Aviation Medicine, (2012) e na UE, pelo Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), sob supervisão da ANAC.

articulação entre os serviços médicos, os departamentos jurídicos e os Recursos Humanos⁸ (RH) das companhias aéreas.

Neste contexto, as práticas de Responsabilidade Social Corporativa⁹ (RSC) assumem um papel particularmente relevante, enquanto expressão voluntária de um compromisso ético das organizações com os seus trabalhadores. No setor da aviação, a RSC manifesta-se em programas de apoio psicológico, medidas de reintegração em funções compatíveis, compensações complementares, e políticas de despedimento dignas e socialmente responsáveis.

A presente dissertação resulta, assim, da constatação de que a existência de um quadro técnico-legal exigente não é, por si só, suficiente para garantir a proteção efetiva dos tripulantes em situações de inaptidão permanente. Persistem lacunas críticas na articulação entre os domínios médico, jurídico e organizacional, comprometendo a justiça, a eficácia e a humanidade dos processos em vigor. Este trabalho propõe-se, por isso, a contribuir para o diagnóstico rigoroso dessas fragilidades e para a formulação de recomendações que reforcem a coesão institucional e a responsabilidade ética no setor da aviação civil.

Apesar da importância do tema, persiste em Portugal uma abordagem fragmentada da inaptidão permanente dos tripulantes de cabine, que não posiciona o tripulante — *liveware*, segundo o modelo *SHELL*¹⁰ — no núcleo da avaliação e das respetivas interfaces sistémicas.

Conforme Figura 1, em torno deste núcleo gravitam esferas que raramente se articulam de modo consistente: MT, MA, RSC e Representação Sindical, Autoridade Nacional da

⁸ Recursos Humanos: Função organizacional responsável pelo alinhamento estratégico e pela gestão do ciclo de vida dos trabalhadores, assegurando conformidade legal e suporte à estratégia; enquadrada por referenciais de gestão de pessoas e pela legislação laboral portuguesa (Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, 2009; Lei n.º 102/2009 de 10 de setembro, 2009).

⁹ Responsabilidade Social Corporativa: Responsabilidade das empresas pelos seus impactos na sociedade, integrando dimensões social, ambiental, ético-deontológica e de *governance*, com envolvimento dos *stakeholders* (Comissão Europeia, 2011; Diretiva 2014/95/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 22 de outubro de 2014, 2014; International Organization for Standardization (ISO), 2010).

¹⁰ Modelo *SHELL* (Edwards–Hawkins): Quadro de Fatores Humanos que posiciona o operador humano (L) no centro e analisa as interfaces L–S, L–H, L–E e L–L para identificar desajustes que originam erro/risco; amplamente adotado em treino e investigação de ocorrências na aviação (SKYbrary Aviation Safety, 2025).

Aviação Civil¹¹ (ANAC) e Processos Médico-Legais. Daqui resultam sobreposições, lacunas de responsabilidade e respostas organizacionais irregulares.

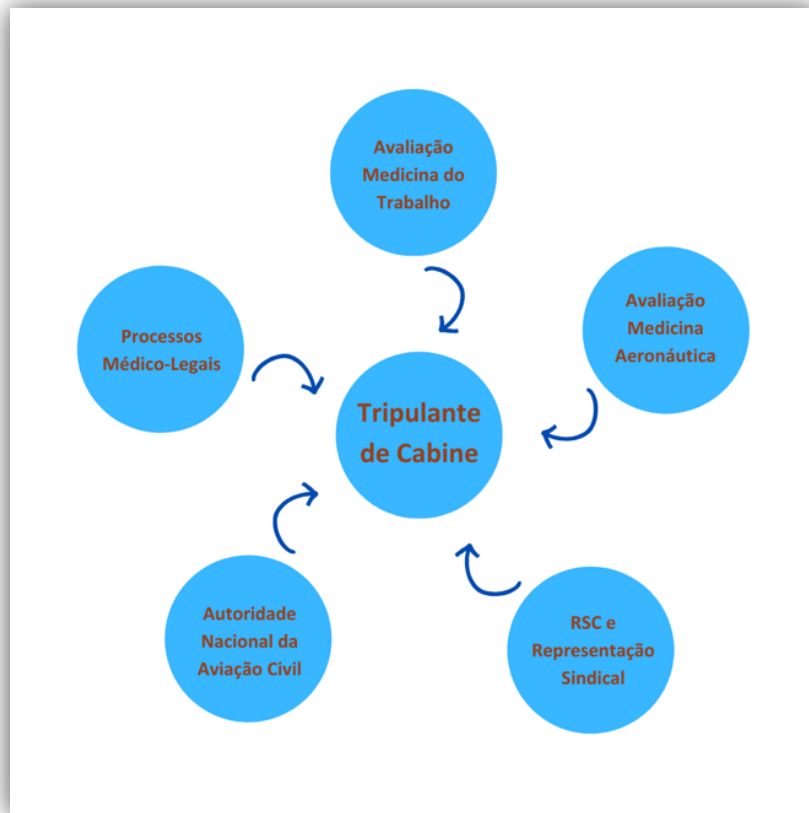


Figura 1 - Modelo representativo do estudo

Fonte: Elaboração própria

1.2 QUESTÃO DE PARTIDA E OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO

A investigação parte da seguinte questão central: *Como se organizam e articulam, na aviação comercial, os processos médico-legais e as práticas de RSC na gestão da inaptidão permanente dos tripulantes de cabine?*

Como *problem statement*¹², identifica-se uma insuficiente coordenação técnico-procedimental entre MT, MA, entidade reguladora, companhias aéreas, os sindicatos representativos da classe e o próprio sistema jurídico-laboral português na gestão da inaptidão permanente dos tripulantes de cabine. Esta desarticulação traduz-se em

¹¹ Autoridade Nacional da Aviação Civil: Entidade administrativa independente responsável pela regulação, supervisão e fiscalização da aviação civil em Portugal; estatutos aprovados pela Lei n.º 40/2015 de 1 de junho, (2015), em articulação com o quadro europeu da EASA e as normas da ICAO.

¹² *Problem statement*: Enunciado claro e delimitado do problema de investigação que identifica a lacuna no estado de arte, contextualiza o objeto, define âmbito e orienta objetivos, justificando relevância e viabilidade do estudo.

assimetrias decisórias, morosidade processual, défices na comunicação de direitos e respostas organizacionais inconsistentes, com impactos negativos na dignidade, na proteção social e na (re)integração profissional destes trabalhadores.

O objetivo geral consiste em analisar e avaliar os mecanismos de gestão da inaptidão permanente de tripulantes de cabine na aviação comercial em Portugal, enquadrados pela regulamentação europeia, com enfoque nos critérios médico-funcionais, no enquadramento jurídico-laboral e nas práticas de RSC adotadas pelas companhias aéreas.

Para responder à questão de partida, definem-se os seguintes objetivos específicos, operacionalizados na análise e retomados na discussão (Cap. 5):

- O1: Analisar as perceções dos tripulantes de cabine declarados definitivamente inaptos quanto aos processos médico-legais e às práticas de RSC.
- O2: Compreender e avaliar os critérios clínico-funcionais aplicados pela Medicina do Trabalho na determinação da aptidão para o voo, identificando condições que, pela sua natureza e prognóstico, conduzem mais frequentemente à inaptidão permanente.
- O3: Examinar a aplicação dos requisitos médicos pela Medicina Aeronáutica na avaliação de tripulantes de cabine ao abrigo da regulamentação europeia, mapeando assimetrias e identificando oportunidades de harmonização procedimental.
- O4: Avaliar a adequação e aplicabilidade do quadro jurídico europeu e nacional relativo à aptidão e à cessação por inaptidão, clarificando a distribuição de competências entre ANAC e EASA.
- O5: Caracterizar as práticas de RSC adotadas pelas companhias aéreas perante a inaptidão definitiva, analisando o contributo da representação sindical para a sua promoção e efetividade.
- O6: Analisar o percurso jurídico-processual que conduz à atribuição de IPATH, identificando desafios e propondo melhorias procedimentais e indicadores de desempenho.

Os seis objetivos específicos formulados articulam-se de modo progressivo e interdependente, configurando um percurso analítico que procura compreender o fenómeno da inaptidão permanente dos tripulantes de cabine numa perspetiva sistémica, multidimensional e interdisciplinar. O primeiro objetivo (O1) constitui o ponto de partida empírico e humano da investigação, centrando-se na análise das perceções e experiências dos tripulantes declarados definitivamente inaptos. Através desta abordagem, pretende-se captar o significado subjetivo das vivências associadas à perda da aptidão para o voo, bem como identificar os principais constrangimentos e boas práticas observadas nos processos médico-legais e nas políticas de RSC. Esta dimensão interpretativa permite compreender a forma como os indivíduos experienciam o impacto da decisão de inaptidão, situando o fenómeno no contexto das relações laborais, institucionais e emocionais que o atravessam.

A partir dessa base experiencial, o segundo (O2) e o terceiro (O3) objetivos aprofundam a análise técnica e procedimental das instâncias médicas envolvidas — MT e MA. O O2 procura avaliar os critérios clínico-funcionais aplicados pela MT na determinação da aptidão para o voo, identificando as condições patológicas ou funcionais que mais frequentemente conduzem à inaptidão permanente. Já o O3 examina a aplicação dos requisitos médicos pela MA, destacando possíveis assimetrias entre avaliadores, lacunas na uniformização dos procedimentos e oportunidades de harmonização com o quadro regulamentar da EASA. Estes dois objetivos, de natureza essencialmente técnico-normativa, permitem explorar a relação entre a prática médica e a regulação europeia, evidenciando zonas de ambiguidade e margem de discricionariedade nas decisões periciais.

O quarto objetivo (O4) constitui o eixo de articulação entre os domínios médico e jurídico, ao analisar a adequação e aplicabilidade do quadro normativo europeu e nacional relativo à aptidão e inaptidão para o voo. Este eixo é particularmente relevante, uma vez que clarifica a distribuição de competências entre a ANAC e a EASA e avalia o modo como essa repartição de responsabilidades se reflete nas decisões periciais, contratuais e laborais. Por sua vez, o quinto objetivo (O5) amplia o campo analítico para a dimensão organizacional e social, caracterizando as práticas de RSC adotadas pelas companhias aéreas perante situações de inaptidão definitiva. Este objetivo contempla

também o papel desempenhado pela representação sindical, enquanto agente mediador entre a empresa e o trabalhador, na promoção de medidas de apoio, reconversão profissional e reintegração laboral.

Por fim, o sexto objetivo (O6) consolida o percurso investigativo ao mapear e avaliar o processo jurídico-administrativo que conduz à atribuição da Incapacidade Permanente Absoluta para o Trabalho Habitual (IPATH). Este objetivo final visa identificar os principais desafios e boas práticas observados no domínio jurídico-processual, propondo oportunidades de melhoria, designadamente ao nível da celeridade, da transparência e da previsibilidade dos resultados.

Em conjunto, estes seis objetivos estruturam uma trajetória coerente de análise que conjuga as dimensões médica, jurídica, social e organizacional do fenómeno. Ao integrar múltiplas perspetivas — individual, técnica, institucional e normativa —, a investigação procura construir uma leitura abrangente da inaptidão permanente, capaz de fundamentar recomendações consistentes para a harmonização procedimental, o reforço da justiça organizacional e a consolidação de práticas socialmente responsáveis no setor da aviação civil.

Dado o carácter exploratório-indutivo do estudo, opta-se por questões de investigação, evitando a formulação prévia de hipóteses. Eventuais proposições emergem a *posteriori* da triangulação dos dados e são consolidadas no Capítulo 5 — Discussão de resultados e no Capítulo 6 — Conclusões.

Para responder à questão de partida, adota-se um desenho qualitativo de estudo de caso múltiplo, baseado em entrevistas semiestruturadas a diferentes categorias de atores e em análise documental e jurisprudencial. Esta combinação metodológica permite apreender processos, significados e tensões interorganizacionais, bem como fundamentar propostas de melhoria procedimental.

Prevê-se, assim: (i) a cartografia dos circuitos médico-legais e dos respetivos pontos de fricção; (ii) a formulação de medidas de harmonização, incluindo *guidelines*, *checklists*, definição de prazos e indicadores e implementação de mecanismos de gestão de caso; (iii) a proposta de um quadro de RSC aplicável à (re)integração e ao apoio psicossocial de tripulantes inaptos.

1.3 RELEVÂNCIA CIENTÍFICA E PROFISSIONAL

A presente dissertação possui relevância científica e profissional ao abordar, de forma sistematizada e interdisciplinar, a problemática da inaptidão permanente dos tripulantes de cabine na aviação comercial, temática ainda insuficientemente explorada na literatura nacional e europeia. O estudo situa-se na interseção entre saúde ocupacional, avaliação médico-aeronáutica, direito do trabalho e gestão organizacional no setor aeronáutico, contribuindo para um entendimento integrado de um fenómeno com impactos significativos a nível individual, organizacional e regulatório.

Do ponto de vista científico, a investigação distingue-se pela articulação de áreas do saber que raramente dialogam de modo estruturado neste contexto. A análise conjunta dos processos médico-legais, dos enquadramentos jurídicos e das políticas organizacionais permite aprofundar os fatores que conduzem à declaração de inaptidão permanente e as suas consequências individuais e institucionais, potenciando avanços teóricos e empíricos relevantes para a regulação e sustentabilidade do trabalho na aviação civil.

No plano profissional e aplicado, o estudo é útil para múltiplos *stakeholders*¹³. Para os tripulantes, aporta visibilidade às experiências e identifica boas práticas e lacunas de proteção. Para as companhias aéreas, oferece subsídios para políticas internas mais justas e coerentes, alinhadas com RSC, *Safety Management System*¹⁴ (SMS) e *Just Culture*¹⁵, valorizando o capital humano. Para a ANAC e demais entidades reguladoras, disponibiliza evidência empírica que pode sustentar a revisão de procedimentos no domínio da avaliação médico-aeronáutica, promovendo equidade e transparência na aplicação de critérios. Para profissionais de MT e MA, fomenta reflexão ético-deontológica e consistência avaliativa. Para juristas e magistrados, sistematiza normas e práticas relevantes, reforçando a fundamentação técnico-jurídica em litígios laborais.

¹³ *Stakeholders*: Indivíduos ou entidades internas ou externas que podem afetar ou ser afetadas pela atividade de uma organização (trabalhadores, clientes, acionistas, fornecedores, comunidades, reguladores, etc.) (Freeman, 2001; International Organization for Standardization (ISO), 2010)

¹⁴ *Safety Management System*: Sistema estruturado e obrigatório de gestão da segurança operacional, previsto no Anexo 19 da ICAO, (2019) e no Regulamento (EU) n.º 965/2012, (2012), que visa identificar perigos, avaliar e mitigar riscos e promover uma cultura de segurança.

¹⁵ *Just Culture*: Cultura Justa é o ambiente organizacional que incentiva o reporte aberto de ocorrências sem sanção injusta por erros não intencionais, preservando a responsabilização por violações dolosas ou negligência grosseira; princípio estruturante do SMS; cf. Anexo 19 da ICAO, (2019) e Regulamento (EU) n.º 376/2014, (2014).

Finalmente, para decisores legislativos, identifica lacunas e incoerências suscetíveis de motivar aperfeiçoamentos normativos.

1.4 ORIGINALIDADE DO ESTUDO E LACUNAS DA LITERATURA

A literatura existente apresenta maturidade na descrição de requisitos médico-aeronáuticos e do enquadramento jurídico-laboral, mas permanece lacunar em quatro dimensões críticas: (i) articulação efetiva entre MT e MA nos percursos pós-evento; (ii) gestão de caso e governação procedimental (prazos, colegialidade pericial, interoperabilidade entre entidades); (iii) tradução organizacional em políticas de RSC dirigidas a tripulantes de cabine; e (iv) a caracterização dos processos jurídico-judiciais que conduzem ao reconhecimento de IPATH, incluindo critérios probatórios, articulação entre perícias médico-legais e decisão, tempos processuais, mecanismos de recurso e consistência jurisprudencial.

A originalidade desta dissertação reside na integração destas dimensões — clínica, regulatória, organizacional e jurídica — num quadro analítico único, triangulando perspetivas de tripulantes, clínicos de MT e MA, reguladores, juristas, sindicatos e gestores. O contributo é explicativo (mapeia processos, fricções e assimetrias) e propositivo (avança medidas de harmonização e indicadores de desempenho), orientando melhorias operacionais e de política pública no contexto português sob enquadramento europeu.

1.5 DELIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo incide no contexto português, no período 2015-2025, abrangendo operadores aéreos certificados pela ANAC para transporte comercial de passageiros e os respetivos tripulantes de cabine que, na sequência de acidente de trabalho reconhecido, tenham sido objeto de decisão de inaptidão permanente para o voo. Delimita-se à análise dos circuitos decisórios médico-legais, avaliação médico-aeronáutica em *Aeromedical Examiner*¹⁶ (AME) e *AeroMedical Center*¹⁷ (AeMC) e interface regulatória com a ANAC,

¹⁶ *Aeromedical Examiners*: Examinadores Médicos Autorizados pela autoridade nacional de aviação civil para realizar exames de certificação médico-aeronáutica, determinar a aptidão de tripulantes e encaminhar casos complexos para *Aeromedical Centres* ou Centros de Medicina Aeronáutica, conforme o Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011).

¹⁷ *Aeromedical Centres*: Centros de Medicina Aeronáutica certificados pelas autoridades nacionais de aviação civil para realizar exames médicos de certificação e determinar a aptidão dos tripulantes, em conformidade com o Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011).

bem como dos mecanismos de proteção jurídico-laboral e das práticas organizacionais de RSC relacionadas com reintegração e reconversão e apoio psicossocial.

Não são objeto deste estudo os casos de inaptidão temporária, a aviação militar e contextos não abrangidos pela regulamentação europeia aplicável ao transporte comercial de passageiros no quadro EASA. Situações de inaptidão sem nexos com acidente de trabalho podem ser referidas apenas a título comparativo, não constituindo foco analítico.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

A estrutura deste trabalho foi concebida para assegurar uma progressão lógica e coerente, permitindo ao leitor compreender de forma clara as etapas da investigação e a inter-relação entre os temas abordados. Cada capítulo desempenha um papel essencial no desenvolvimento dos objetivos do estudo, contribuindo para uma análise integrada das dimensões médica, organizacional e jurídica relacionadas aos impactos dos acidentes de trabalho que resultam em incapacidade permanente entre tripulantes no setor da aviação comercial nacional.

O primeiro capítulo, introdução, apresenta o enquadramento geral do estudo, oferecendo uma visão abrangente do tema e dos objetivos da investigação. Neste capítulo, são introduzidos o contexto da aviação comercial e os desafios enfrentados pelos tripulantes, com ênfase nas consequências dos acidentes de trabalho. Também são delineados os objetivos gerais e específicos do estudo, explicada a motivação que impulsionou a pesquisa e detalhada a abordagem metodológica utilizada.

O segundo capítulo é dedicado ao enquadramento teórico, com uma revisão da literatura que sustenta a investigação. Este capítulo aborda as três dimensões centrais do estudo: saúde ocupacional, explorando critérios médicos e desafios relacionados à incapacidade permanente; RSC, analisando políticas organizacionais de suporte aos trabalhadores; e regulamentação jurídica, com foco na aplicação prática das normas europeias e nacionais.

No terceiro capítulo, são descritos os procedimentos metodológicos adotados na investigação. A abordagem qualitativa foi escolhida devido à sua adequação para explorar as experiências e percepções relacionadas ao tema, dada a complexidade e a

escassez de dados quantitativos consolidados. Este capítulo detalha as estratégias de recolha de dados, como a revisão bibliográfica, a análise documental e as entrevistas com especialistas, bem como o processo de análise de dados, baseado na análise de conteúdo e triangulação. Adicionalmente, aborda as questões éticas relacionadas à confidencialidade e ao consentimento informado dos participantes.

O quarto capítulo apresenta e analisa os resultados obtidos a partir das estratégias de recolha de dados. Os resultados são organizados para responder aos objetivos específicos do estudo, com destaque para os critérios médicos de aptidão laboral, as práticas de RSC adotadas pelas companhias aéreas e a aplicação das regulamentações laborais europeias. Este capítulo também relaciona os achados com a literatura e legislação existente.

No quinto capítulo apresenta-se a discussão dos resultados, estruturada a partir da resposta aos objetivos específicos da dissertação e sustentada no cruzamento dos dados recolhidos nas entrevistas realizadas aos tripulantes de cabine e restantes especialistas e decisores institucionais, bem como na legislação aplicável. A análise conduz à formulação de recomendações práticas.

Por fim, o sexto capítulo apresenta as conclusões do estudo, sintetizando os principais resultados e alinhando-os com os objetivos definidos inicialmente. São discutidas as contribuições científicas, sociais e organizacionais da investigação, bem como as suas limitações e as possibilidades para futuros estudos. Este capítulo também sugere caminhos para pesquisas subsequentes, como a utilização de abordagens quantitativas ou a expansão do tema para outros contextos geográficos.

2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO E ESTADO DE ARTE

2.1 A PROFISSÃO DE TRIPULANTE DE CABINE

2.1.1 HISTÓRIA E FUNÇÕES

A profissão de tripulante de cabine possui uma trajetória histórica marcada pela evolução do setor da aviação comercial e pela crescente complexidade das exigências operacionais a bordo. A gênese da função remonta às primeiras décadas do século XX, quando os comissários de bordo eram contratados pelas companhias aéreas com o objetivo primordial de garantir o conforto dos passageiros, num contexto em que o transporte aéreo era ainda incipiente, instável e considerado de elevado risco (Barry, 2007; Davies, 1982).

Nas suas origens, o papel dos tripulantes assumia um carácter eminentemente assistencial, com foco na hospitalidade e na experiência do passageiro, refletindo a influência de modelos profissionais oriundos da hotelaria e do setor ferroviário. A contratação de *Ellen Church*¹⁸ em 1930 pela *Boeing Air Transport*, enquanto primeira mulher tripulante de cabine com formação em enfermagem, constituiu um marco paradigmático na profissionalização e feminização da função (Barry, 2007). A introdução de competências em primeiros socorros e a atenção à saúde dos passageiros assinalaram, desde então, uma viragem funcional para além do serviço de bordo.

Com a massificação da aviação comercial a partir das décadas de 1950 e 1960, e a introdução de aeronaves de grande porte como o *Boeing 707*¹⁹, o perfil profissional dos tripulantes evoluiu de forma significativa. A sua atuação passou a incluir tarefas técnicas, de emergência e de gestão de situações críticas, com particular destaque para a segurança dos ocupantes da aeronave. Este processo de tecnificação e especialização foi reforçado por alterações regulamentares ao nível internacional, como as introduzidas pela *International Civil Aviation Organization*²⁰ (ICAO) no Anexo 6 à

¹⁸ *Ellen Church* (1904–1965): Enfermeira norte-americana, considerada a primeira assistente de bordo da aviação comercial, contratada pela *Boeing Air Transport* em 1930, marco fundador da profissionalização da função de tripulante de cabine (Cochrane & Ramirez, 2021; Latson, 2015).

¹⁹ *Boeing 707*: primeiro avião comercial a jato de grande sucesso; realizou o primeiro voo em 20 de dezembro de 1957 e entrou ao serviço em 26 de outubro de 1958 com a *Pan American*, marco decisivo da “era do jato” na aviação comercial (P. Bauer, 2023).

²⁰ *International Civil Aviation Organization*: Organização da Aviação Civil Internacional. Agência especializada das Nações Unidas criada pela Convenção de Chicago de 1944, Doc. 7300, com sede em Montreal, responsável pela definição de *Standards and Recommended Practices* e pela coordenação da aviação civil internacional; integra 193 Estados-Membros (ICAO, 2025).

Convenção de Chicago, que consagrou a obrigatoriedade da formação certificada dos tripulantes de cabine (Annex 6 to the Convention on International Civil Aviation, Part I: International Commercial Air Transport – Aeroplanes, 2018).

Durante os anos 1970 e 1980, o fenómeno da desregulação do setor, sobretudo nos Estados Unidos da América com o *Airline Deregulation Act*²¹, (1978), alterou as condições de trabalho e acentuou a precarização de vínculos laborais, ao mesmo tempo que reforçou estereótipos de género associados à profissão (Hochschild, 1983; Williams, 2003). A valorização da imagem e da hospitalidade, frequentemente associadas ao feminino, coexistiu com exigências técnicas cada vez mais rigorosas, sobretudo na sequência de acidentes como o incêndio do voo 28M da *British Airtours*²² em 1985, que veio sublinhar a necessidade de formação robusta em procedimentos de emergência (CAA, 1986).

O início do século XXI marcou uma nova fase na profissão, centrada na segurança e na prevenção de ameaças, em particular após os Atentados de 11 de setembro de 2001²³. Os tripulantes passaram a ser treinados para a identificação de comportamentos suspeitos e para a resposta a incidentes de interferência ilícita, conforme ponto ORO.CC.230(a)(4) (*Cabin Crew Training*) do Regulamento (EU) n.º 965/2012, (2012). Em paralelo, cresceu a atenção científica dedicada às condições de trabalho, saúde física e mental dos tripulantes, expondo os múltiplos riscos ocupacionais a que estes estão sujeitos, incluindo fatores ergonómicos, psicossociais e ambientais (McNeely & Mordukhovich, 2016).

A Pandemia de *COVID-19*²⁴ veio acentuar as vulnerabilidades do grupo profissional, confrontado com intensas pressões sanitárias, contratuais e sociais. Embora os

²¹ *Airline Deregulation Act* (Public Law 95-504, 24.10.1978): Lei federal que liberalizou o transporte aéreo nos EUA, suprimindo o controlo estatal sobre tarifas, rotas e entrada de operadores e instituindo salvaguardas como o *Essential Air Service*, mantendo incólumes as competências de *safety* da FAA (*Airline Deregulation Act of 1978*, 1978).

²² *British Airtours*: Antiga subsidiária *charter* da *British Airways* (1969–1988), associada ao acidente do voo 28M em *Manchester* (22.8.1985, Boeing 737-236), que motivou recomendações estruturais e procedimentais em matéria de evacuação e materiais de cabine; a marca foi descontinuada em 1988 com a adoção da designação *Caledonian Airways* (*Air Accidents Investigation Branch* (AAIB), 1988).

²³ Atentados de 11 de setembro de 2001: Sequestro de quatro aeronaves nos EUA por 19 terroristas da *Al-Qaeda*, com impacto no *World Trade Center* em Nova Iorque e no Pentágono e queda do voo UA93 na *Pensilvânia*; causaram 2 977 vítimas e conduziram a profundas alterações de *Security* na aviação, incluindo a criação da TSA (Bergen, 2025).

²⁴ Pandemia de *COVID-19*: Declarada pela Organização Mundial da Saúde em 11 de março de 2020; originou medidas extraordinárias no setor da aviação civil (European Union Aviation Safety Agency (EASA), 2022; International Civil Aviation Organization (ICAO), 2025).

tripulantes tenham assumido um papel vital na implementação de medidas de saúde pública em voos comerciais e de repatriamento (Gearhart et al., 2025), enfrentaram também instabilidade laboral, cortes salariais e processos de despedimento em larga escala, reforçando o debate sobre os direitos laborais, proteção institucional e necessidade de políticas de reconversão profissional (Cahill et al., 2023).

Do ponto de vista funcional e legal, o tripulante de cabine é atualmente definido como um profissional certificado com responsabilidades prioritárias ao nível da segurança operacional dos voos, estando a sua presença legalmente exigida a bordo de aeronaves comerciais com mais de 19 lugares (ICAO, 2018; Regulamento (EU) n.º 965/2012, 2012). A sua atividade abrange domínios como a gestão de emergências, primeiros socorros, prevenção de riscos, coordenação com a tripulação técnica e mediação com os passageiros, em ambientes multiculturais e frequentemente adversos (International Air Transport Association (IATA), 2018b).

A avaliação profissional é atribuída com base no cumprimento de requisitos técnicos, formativos e médicos definidos pela EASA, através do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011) e respetivas atualizações, cuja transposição e fiscalização, em Portugal, competem à ANAC. O exercício da função está, assim, sujeito a um conjunto exigente de normas operacionais, laborais e de saúde ocupacional, cuja violação ou incumprimento pode conduzir à suspensão ou cessação da atividade, nomeadamente em caso de perda de aptidão médica definitiva (Griffiths & Powell, 2012).

Em síntese, a profissão de tripulante de cabine caracteriza-se atualmente por uma elevada especialização técnica e regulamentar, sendo indissociável dos sistemas de segurança e qualidade operacional das companhias aéreas. A sua evolução histórica, marcada por transformações tecnológicas, sociais e jurídicas, reflete a complexidade crescente das funções desempenhadas, bem como os desafios associados à manutenção da aptidão física e psicológica num setor altamente exigente e regulado.

2.2 SAÚDE OCUPACIONAL E APTIDÃO PARA O VOO

O exercício da profissão de tripulante de cabine requer uma condição física e psíquica compatível com as exigências operacionais da aviação comercial, enquadrando-se nos domínios da saúde ocupacional e da vigilância médica regulamentada. A especificidade

das tarefas desempenhadas a bordo, frequentemente em ambientes hipobáricos, com ritmos circadianos alterados, exposição a agentes químicos e forte carga emocional, torna imprescindível a avaliação rigorosa e periódica da aptidão para o voo, estabelecendo-se uma relação intrínseca entre saúde laboral, segurança operacional e continuidade contratual (McNeely & Mordukhovich, 2016; Annex 6 to the Convention on International Civil Aviation, Part I: International Commercial Air Transport – Aeroplanes, 2018).

Do ponto de vista conceptual, a saúde ocupacional dos tripulantes está enquadrada por um conjunto de normativos nacionais e europeus, entre os quais se destacam o Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011) e o Regulamento (EU) n.º 965/2012, (2012), que definem os requisitos médicos e técnicos mínimos para o exercício das funções, assim como a sua supervisão e revalidação periódica. Em Portugal, a aplicação destes regulamentos é assegurada pela ANAC e pelos AME e AeMC, em articulação com os serviços de MT das companhias aéreas, nos termos da Lei 102 de 10 de setembro, (2009)²⁵, comumente conhecida por Regime Jurídico da Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho.

A avaliação médica dos tripulantes, enquanto componente central do sistema de certificação profissional, visa assegurar a ausência de condições clínicas que possam comprometer a capacidade de resposta em situações de emergência ou durante a execução de procedimentos críticos de segurança. Tal avaliação deve ter carácter preventivo, contínuo e proporcional às exigências da função, integrando parâmetros físicos, psicológicos e cognitivos. Além disso, a aptidão médica está estreitamente ligada à manutenção do *Cabin Crew Attestation*²⁶, cuja suspensão ou cancelamento, por motivos de inaptidão médica, implica consequências diretas ao nível da situação contratual do trabalhador (Regulamento (EU) n.º 1178/2011, 2011).

Neste quadro, a promoção da saúde dos tripulantes não se reduz à verificação da aptidão médica inicial, implicando antes uma abordagem integrada de prevenção dos

²⁵ Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro: Aprova o regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho, transpondo a Diretiva-Quadro 89/391/CEE e legislação conexa (Lei n.º 102/2009 de 10 de setembro, 2009).

²⁶ *Cabin Crew Attestation*: Atestado emitido em Portugal pela ANAC que comprova e certifica competências de segurança, exigindo formação aprovada e *Medical Report* válido, garantindo aptidão médica para funções a bordo cf. Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), Anexo V (Parte-CC), na redação do Regulamento (EU) n.º 290/2012, (2012), articulado com o (Regulamento (EU) n.º 965/2012, 2012), quanto à afetação operacional.

riscos profissionais e de resposta adequada a situações de doença, acidente ou desgaste acumulado. A gestão de saúde ocupacional neste contexto deve, assim, articular as dimensões clínicas com os princípios da ergonomia, da psicodinâmica do trabalho e da responsabilidade social, assegurando um equilíbrio sustentável entre as exigências do serviço e o bem-estar dos profissionais (Hawkins, 1993).

2.2.1 FATORES DE RISCO FÍSICOS E PSICOLÓGICOS

Os tripulantes estão expostos a uma multiplicidade de fatores de risco de natureza física, fisiológica e psicossocial, decorrentes das características intrínsecas do ambiente aeronáutico e das exigências funcionais da profissão. Estes riscos afetam a saúde global dos profissionais e podem comprometer, a curto, médio ou longo prazo, a sua aptidão para o voo, justificando uma abordagem específica no domínio da e da prevenção em saúde ocupacional (Griffiths & Powell, 2012; McNeely & Mordukhovich, 2016).

Do ponto de vista físico, os tripulantes operam em ambientes hipobáricos e com baixos níveis de humidade relativa, fatores que contribuem para alterações no sistema respiratório e cardiovascular, bem como para a desidratação e aumento da fadiga. Adicionalmente, estão sujeitos a longos períodos em pé, movimentos repetitivos, levantamento de cargas e deslocações em espaços reduzidos, fatores que aumentam o risco de lesões músculo-esqueléticas, em particular nas costas, ombros e articulações (Griffiths & Powell, 2012). A exposição crónica ao ruído da cabine, à vibração e à Radiação Cósmica Ionizante²⁷, sobretudo em voos de longa distância, constitui também uma preocupação crescente, tendo sido objeto de investigação sobre potenciais efeitos cumulativos ao nível oncológico e reprodutivo (McNeely & Mordukhovich, 2016).

No plano psicossocial, a profissão de tripulante de cabine está associada a elevados níveis de exigência emocional e cognitiva. As longas jornadas de trabalho, os horários irregulares e o trabalho noturno afetam negativamente o ritmo circadiano e os padrões de sono, contribuindo para quadros de fadiga crónica, perturbações do humor e défices

²⁷ Radiação cósmica ionizante: Radiação natural de origem galáctica e solar que, a altitudes de cruzeiro, constitui fonte relevante de exposição ocupacional para pilotos e tripulantes de cabine; os tripulantes qualificam-se como “trabalhadores expostos”, impondo-se a avaliação/monitorização de doses e medidas de proteção (Diretiva 2013/59/Euratom do Conselho, de 5 de dezembro de 2013, 2013).

de atenção. Esta desregulação fisiológica pode agravar-se com o *Jet Lag Disorder*²⁸ em voos intercontinentais, sendo frequentemente apontada como fator de risco para perturbações neurocognitivas e doenças metabólicas (Branco, 2016).

A instabilidade contratual, a pressão por desempenho e a exposição a conflitos com passageiros são também elementos psicossociais de relevo. Estudos qualitativos e quantitativos indicam que a prevalência de *stress*, ansiedade e *burnout* é significativamente superior entre tripulantes quando comparados com a média da população trabalhadora, particularmente entre mulheres, jovens e profissionais em início de carreira (Branco, 2016). A estas dimensões soma-se o impacto de eventos críticos, como situações de emergência médica, incidentes de segurança ou falecimentos a bordo, cuja gestão exige competências emocionais elevadas e suporte psicológico especializado.

A pandemia de COVID-19 veio intensificar muitos destes fatores de risco, ao introduzir novas exigências sanitárias, aumentar a vigilância comportamental e gerar instabilidade laboral generalizada. A incerteza sobre o futuro profissional, aliada à perceção de vulnerabilidade perante o contágio, contribuiu para o agravamento da saúde mental de muitos tripulantes, com aumento reportado de casos de depressão, ideação suicida e perturbações de ansiedade (Folke & Melin, 2024).

Neste contexto, a identificação e mitigação dos fatores de risco físicos e psicológicos é essencial para a promoção da saúde e da sustentabilidade da carreira dos tripulantes. A integração de programas de ergonomia aplicada, gestão de fadiga, apoio psicológico, monitorização médica contínua e formação em resiliência emocional surge, assim, como resposta necessária aos desafios impostos por um contexto operacional exigente e em permanente transformação.

2.2.2 A AVALIAÇÃO MÉDICA NA MEDICINA DO TRABALHO

A avaliação médica no âmbito da MT constitui um dos pilares fundamentais da prevenção em saúde ocupacional, assumindo particular relevância nas profissões expostas a riscos específicos e elevados, como é o caso dos tripulantes de cabine na

²⁸ *Jet Lag Disorder*: Distúrbio reconhecido do sono-ritmo circadiano, caracterizado por insónia ou sonolência diurna excessiva, causado por desajustamento circadiano após travessia rápida de fusos horários transmeridianos (Sack, 2009).

aviação comercial. De acordo com o Regime Jurídico da Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho, Lei n.º 102/2009, (2009), todos os trabalhadores estão sujeitos a vigilância da saúde, devendo esta ser assegurada por médicos de trabalho devidamente habilitados, com o objetivo de prevenir, diagnosticar precocemente e acompanhar eventuais efeitos adversos resultantes da exposição a fatores de risco profissionais.

Os tripulantes de cabine estão expostos a uma combinação singular de riscos físicos, químicos, biológicos e psicossociais, reconhecidamente geradores de impacto na saúde física e mental. A avaliação médica periódica, a realizar no contexto do Gabinete de Segurança e Saúde no Trabalho²⁹ (SST) da companhia aérea ou através de entidades externas contratadas, visa verificar a aptidão do trabalhador para o exercício das suas funções, em conformidade com o artigo 108.º da referida Lei n.º 102/2009, (2009). Segundo McNeely & Mordukhovich, (2016) esta avaliação deve ter em conta, não apenas os requisitos mínimos para o desempenho seguro das tarefas, mas também as exigências específicas da profissão e a existência de fatores agravantes, nomeadamente a exposição a ambientes pressurizados, a radiação cósmica ionizante, o ruído da cabine, os turnos prolongados e os efeitos do *jet lag disorder*.

Na aviação comercial, o *Flight Time Limitation*³⁰ (FTL) assume um papel central na regulação da atividade dos tripulantes de cabine, ao fixarem limites máximos para o tempo de voo e de serviço, bem como períodos mínimos de descanso. Estas regras, estabelecidas a nível europeu pelo Regulamento (EU) n.º 83/2014 de 29 de janeiro, (2014), visam prevenir a fadiga, considerada um risco operacional crítico, e assegurar condições adequadas de proteção da saúde dos profissionais. Neste enquadramento, a monitorização médica deve ser reforçada, de modo a detetar precocemente sintomas de fadiga crónica, distúrbios do sono, alterações metabólicas ou perturbações do foro psicológico, como ansiedade, *stress* ou *burnout*, os quais não apenas afetam o bem-estar individual, mas podem também comprometer a segurança do voo e a fiabilidade do sistema aeronáutico no seu conjunto (Branco, 2016).

²⁹ Gabinete de Segurança e Saúde no Trabalho: Estrutura interna das organizações responsável pela prevenção de riscos profissionais, vigilância da saúde, conformidade legal e promoção do bem-estar, articulando políticas de responsabilidade social; enquadrado pela Lei n.º 102/2009 de 10 de setembro, (2009).

³⁰ *Flight Time Limitation*: Regime europeu que fixa limites máximos de tempo de voo e de serviço e períodos mínimos de descanso para tripulações, visando a prevenção da fadiga; cf. Regulamento (EU) n.º 83/2014, (2014), que altera o Regulamento (EU) n.º 965/2012, (2012), Subparte ORO.FTL, e respetivos AMC/GM da EASA.

No plano operacional, a avaliação médica deve respeitar os princípios da confidencialidade, do consentimento informado e da proporcionalidade, nos termos da Lei da Informação Genética Pessoal e da Informação de Saúde, Lei n.º 12/2005, (2005)³¹, bem como da Lei de Execução do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, Lei n.º 58/2019, (2019)³². Qualquer informação relativa ao estado de saúde dos tripulantes só poderá ser partilhada com o empregador no estrito respeito pelo dever de sigilo médico, e apenas quando se revele indispensável para a proteção da segurança do próprio trabalhador ou de terceiros.

Importa ainda salientar que a avaliação médica em contexto laboral se rege por critérios distintos da avaliação médico-aeronáutica, embora ambas se cruzem nos casos em que a saúde do tripulante compromete a sua capacidade para voar. A deteção, em sede de avaliação de MT, de condições clínicas incompatíveis com o exercício da função deve dar origem a processos de reavaliação da aptidão, podendo implicar a emissão de parecer de inaptidão temporária ou definitiva, conforme previsto no artigo 283.º da Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, (2009)³³, comumente conhecida e doravante designada por Código do Trabalho (CT). Nestes casos, o empregador deve procurar soluções compatíveis com o estado de saúde do trabalhador, incluindo a adaptação do posto de trabalho ou, em último caso, a cessação do contrato com fundamento em impossibilidade superveniente e objetiva do trabalhador para o desempenho das suas funções.

Por outro lado, a avaliação médica periódica deve integrar não apenas parâmetros clínicos objetivos, como a acuidade visual, auditiva, função cardiovascular e respiratória, mas também indicadores de risco psicossocial, avaliados através de entrevistas clínicas, escalas de rastreio e acompanhamento psicológico. A abordagem multidisciplinar, envolvendo médicos de trabalho, psicólogos clínicos, ergonomistas e enfermeiros do

³¹ Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro: Estabelece o regime jurídico da informação genética pessoal e da informação de saúde, consagrando princípios de confidencialidade, consentimento informado e proteção de dados; articulada com o RGPD, Regulamento (EU) n.º 2016/679, (2016) e a Lei 58/2019, de 8 de agosto, (2019).

³² Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto: Assegura que, em Portugal, a execução do Regulamento (EU) n.º 2016/679, (2016), estabelecendo regras nacionais complementares sobre tratamento de dados pessoais (incluindo dados de saúde), regime sancionatório e poderes da CNPD (Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, 2019).

³³ Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro: Aprova a revisão do Código do Trabalho, com alterações posteriores (Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, 2009).

trabalho, é fortemente recomendada pelas boas práticas internacionais em saúde ocupacional, Lei n.º 102/2009 de 10 de setembro, (2009).

Dado o contexto exigente e dinâmico da aviação comercial, recomenda-se igualmente a implementação de programas contínuos de promoção da saúde e bem-estar dos tripulantes, com foco na prevenção da fadiga, na gestão do *stress*, na nutrição adequada e na literacia em saúde mental. Estas iniciativas integram-se numa perspetiva de RSC, conforme analisado noutras secções desta dissertação, e contribuem para a sustentabilidade da carreira dos tripulantes e para a segurança global do sistema aeronáutico.

Em síntese, a avaliação médica no domínio da MT constitui uma ferramenta essencial para a proteção da saúde dos tripulantes de cabine, devendo ser aplicada com rigor técnico, sensibilidade ética e respeito pelos direitos fundamentais dos trabalhadores. A articulação entre as exigências da segurança aérea, os imperativos da saúde ocupacional e os deveres sociais das companhias aéreas deverá constituir o eixo orientador de uma política integrada de avaliação médica no setor da aviação.

2.2.3 A AVALIAÇÃO MÉDICA NA MEDICINA AERONÁUTICA

A avaliação médica dos tripulantes constitui um instrumento central de garantia da segurança operacional na aviação civil. Trata-se de um procedimento regulamentado, de natureza preventiva e obrigatória, que visa assegurar que os profissionais detêm a aptidão física e psicológica necessária ao desempenho seguro e eficaz das suas funções a bordo. Este processo é regulado, a nível europeu, pelo Regulamento (EU) n.º 965/2012 de 5 de outubro, (2012)³⁴ e pelo Regulamento (EU) n.º 1178/2011 de 3 de novembro, (2011)³⁵, e, em Portugal, supervisionado pela ANAC, em articulação com os AME e AeMC.

De acordo com o Anexo IV - Parte MED, do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), a aptidão médica dos tripulantes deve ser confirmada através de um *Medical Report*

³⁴ Regulamento (UE) n.º 965/2012 da Comissão, de 5 de outubro de 2012: Estabelece requisitos técnicos e procedimentos administrativos relativos às operações aéreas, ao abrigo do então Regulamento (EU) n.º 216/2008, (2008), atualmente substituído pelo Regulamento (EU) n.º 2018/1139, (2018).

³⁵ Regulamento (UE) n.º 1178/2011 da Comissão, de 3 de novembro de 2011: Estabelece requisitos técnicos e procedimentos administrativos relativos ao licenciamento de tripulantes de voo e ao atestado de tripulante de cabine, ao abrigo do Regulamento (EU) n.º 216/2008, (2008).

válido, emitido por um médico autorizado pela autoridade competente, atestando a inexistência de condições clínicas que possam comprometer a segurança de voo. A avaliação inicial é obrigatória antes do início da atividade profissional e deve ser renovada periodicamente, com base em critérios etários, clínicos e funcionais. Entre os parâmetros avaliados incluem-se: acuidade visual e auditiva, função cardiovascular e respiratória, saúde mental, historial médico relevante e fatores de risco psicossociais.

A perda de validade do *Medical Report*, seja por expiração, omissão de revalidação ou inaptidão clínica diagnosticada, conduz automaticamente à suspensão da certificação profissional, nos termos dos pontos MED.C.030 e MED.A.020 do Anexo IV - Parte MED do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011). Esta suspensão implica, na maioria dos casos, o afastamento imediato da atividade a bordo e pode originar, em situações de inaptidão definitiva, a cessação do contrato de trabalho, nos termos do artigo 284.º do CT, (Lei n.º 7/2009, 2009).

De acordo com Griffiths & Powell, (2012), embora a avaliação médica deva obedecer a critérios técnico-científicos objetivos, a sua aplicação levanta, por vezes, questões de ordem ética e jurídica, sobretudo quando envolve diagnósticos de natureza psiquiátrica, condições de saúde crónica ou incapacidades funcionais limitadas. Nestes casos, a decisão sobre a aptidão para o voo requer uma ponderação cuidadosa entre os imperativos da segurança coletiva e os direitos individuais do trabalhador, em particular o direito à reabilitação, à reconversão profissional e à proteção em caso de incapacidade.

A literatura evidencia que a uniformização dos critérios de certificação médica na aviação comercial é um objetivo ainda não plenamente alcançado, apesar dos esforços da EASA e da ICAO no sentido de harmonizar procedimentos. Divergências entre Estados-Membros, escassez de médicos com formação específica em MA e ausência de protocolos clínicos claros para determinadas patologias constituem fragilidades persistentes do sistema (Doc. 8984, Manual of Civil Aviation Medicine, 2012).

A avaliação médica dos tripulantes deve, portanto, ser compreendida não apenas como um instrumento técnico de certificação, mas também como parte integrante de uma abordagem sistémica à saúde ocupacional na aviação. Esta abordagem implica uma articulação coerente entre os princípios da segurança aérea, a proteção da saúde dos

trabalhadores e a responsabilidade social das companhias aéreas, temas que serão aprofundados em secções posteriores desta dissertação.

2.3 INAPTIDÃO PERMANENTE: CONCEITO E IMPLICAÇÕES

A inaptidão permanente constitui uma condição médica e funcional que, uma vez verificada, determina a cessação definitiva da capacidade de um trabalhador para o exercício da sua atividade profissional habitual. No contexto da aviação civil, e em particular da profissão de tripulante, esta situação reveste-se de especial complexidade, dadas as elevadas exigências psicofísicas do cargo e o enquadramento normativo que condiciona a manutenção da certificação profissional à verificação de aptidão médica plena e atualizada (Regulamento (EU) n.º 1178/2011, 2011).

A inaptidão pode ter origem em condições de saúde adquiridas, como doenças crónicas, sequelas de acidentes de trabalho, perturbações do foro mental ou alterações degenerativas, que comprometam não apenas a segurança da operação aérea, mas também a integridade física do trabalhador e dos passageiros. A avaliação destas situações compete, no âmbito da saúde ocupacional, à MT e, no domínio da MA, aos AME e AeMC, os quais, de acordo com a Parte MED do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), podem declarar aptidão, inaptidão temporária ou inaptidão permanente com base em critérios clínicos, funcionais e regulamentares; este princípio é coerente com as exigências do Anexo 6 da ICAO, (2018), e com a prática administrativa nacional que centraliza a emissão do atestado de tripulante de cabine, de acordo com a CIA n.º 14/2021, Alteração ao Procedimento de Emissão de Atestados de Tripulantes de Cabine, (2021). A literatura especializada corrobora que fatores psicossociais e organizacionais influenciam a saúde mental e o desempenho dos tripulantes, podendo atuar como antecedentes indiretos de inaptidão quando geram *burnout*, ansiedade ou défices de desempenho em contexto de voo (Branco, 2015; Folke & Melin, 2024; Hochschild, 1983; Williams, 2003).

Nos termos do CT, a inaptidão em definitivo configura um fundamento legítimo, ainda que sob determinadas condições, para a cessação do contrato de trabalho por facto respeitante ao trabalhador, desde que devidamente comprovadas, cf. artigo 343.º — O contrato de trabalho caduca nos termos gerais, nomeadamente: alínea b) Por

impossibilidade superveniente, absoluta e definitiva, de o trabalhador prestar o seu trabalho ou de o empregador o receber.

Esta situação implica, para o trabalhador, a perda da função, podendo, no entanto, conferir o direito a indemnizações, subsídios por incapacidade, pensões ou, quando aplicável, à reconversão profissional, conforme o regime jurídico aplicável à entidade empregadora e ao tipo de vínculo contratual. Tais garantias encontram-se previstas nos artigos 19.º, 20.º, 21.º e 23.º da Lei n.º 98/2009, (2009), que regulamenta o regime de reparação de acidentes de trabalho e doenças profissionais, incluindo a reabilitação e reintegração profissionais.

A declaração de inaptidão definitiva na aviação deve também ser analisada à luz dos princípios da segurança aérea e da responsabilidade institucional das companhias aéreas. A suspensão do exercício profissional por perda de aptidão não se esgota num ato médico-técnico; envolve consequências multidimensionais de ordem laboral, económica, emocional e identitária para os tripulantes, frequentemente agravadas pela ausência de mecanismos eficazes de reconversão profissional e proteção social. Autores como Cahill et al., (2023), sublinham que a perda da aptidão médica é vivida como uma rutura abrupta e traumática, que coloca em causa a trajetória pessoal e o projeto de vida dos profissionais afetados.

Adicionalmente, a inaptidão permanente pode derivar de acidente de trabalho, situação em que a causalidade entre a atividade profissional e a condição incapacitante é reconhecida legalmente. Nestes casos, o trabalhador tem direito à reparação integral dos danos nos termos da Lei n.º 98/2009, (2009), incluindo compensação por perda de capacidade de ganho, acesso a programas de reabilitação e apoio jurídico e social.

Neste quadro, a inaptidão permanente emerge como um fenómeno que transcende a mera cessação funcional, revelando tensões entre a lógica técnico-regulamentar da aviação, os direitos dos trabalhadores e a responsabilidade social das organizações. A compreensão aprofundada das tipologias de incapacidade, das suas consequências pessoais e profissionais, e das respostas institucionais disponíveis será objeto de análise nas próximas subsecções.

2.3.1 TIPOLOGIAS DE INCAPACIDADE E IPATH

No contexto da saúde ocupacional, a incapacidade laboral pode assumir diferentes configurações jurídicas e funcionais, conforme a sua origem, duração e impacto na capacidade de desempenho profissional. Na profissão de tripulante de cabine, estas tipologias revestem-se de particular relevância, dado o enquadramento normativo exigente que regula a avaliação médica e a segurança das operações aéreas.

De acordo com a legislação portuguesa, nomeadamente a Lei n.º 98/2009, (2009), que regula o regime de reparação por acidentes de trabalho e doenças profissionais, distinguem-se quatro grandes categorias de incapacidade: Incapacidade Temporária Parcial (ITP), Incapacidade Temporária Absoluta (ITA), Incapacidade Permanente Parcial (IPP) e Incapacidade Permanente Absoluta (IPA). Esta última subdivide-se, por sua vez, em Incapacidade Permanente Absoluta para Todo e Qualquer Trabalho (IPAT) e IPATH. Esta última figura, a IPATH, é a que mais diretamente se aplica à realidade dos tripulantes, representando a impossibilidade de continuar a exercer a profissão, mesmo que o trabalhador mantenha capacidade para outras atividades laborais (Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de novembro: Regime jurídico dos acidentes em serviço e das doenças profissionais no âmbito da Administração Pública, 1999).

As tipologias de incapacidade laboral relevantes no âmbito deste estudo encontram-se resumidas na Tabela 1, com base na legislação laboral portuguesa, sendo retomadas em detalhe no Capítulo 4.

Tabela 1 - Tipologia de incapacidade laboral

Fonte: Elaboração própria

Sigla	Designação	Definição breve / efeito laboral
IPP	Incapacidade Permanente Parcial	Redução da capacidade de trabalho, permitindo o exercício parcial da profissão.
IPATH	Incapacidade Permanente Absoluta para o Trabalho Habitual	Impossibilidade de exercer a profissão habitual, mantendo capacidade para outras atividades.
IPA	Incapacidade Permanente Absoluta	Impossibilidade de exercer qualquer atividade profissional remunerada.
ITA	Incapacidade Temporária Absoluta	Suspensão total da atividade durante período limitado, com perspetiva de recuperação.
ITP	Incapacidade Temporária Parcial	Redução da capacidade de trabalho durante período limitado, permitindo atividade parcial.

Este enquadramento permite contextualizar a análise empírica sobre os processos médico-legais e a atribuição de inaptidão definitiva.

A IPATH é declarada por decorrência de Junta Médica³⁶ (JM) e entidade jurídica, com base em pareceres clínicos e exames específicos que comprovem, de forma objetiva, a perda definitiva da aptidão para o desempenho da atividade profissional anteriormente exercida. A sua atribuição confere ao trabalhador o direito a indemnização ou pensão vitalícia, dependendo do grau de incapacidade fixado, da idade do trabalhador e do impacto na sua capacidade de ganho. Nos casos de acidente de trabalho que resultem em IPATH aplica-se o regime previsto nos artigos 48.º e seguintes da Lei n.º 98/2009, (2009), incluindo o cálculo da pensão anual e vitalícia e o acesso a medidas de reabilitação e reintegração profissional, sempre que viável.

Na aviação civil, a verificação da IPATH implica a cessação do direito ao exercício da função de tripulante de cabine, dado que a manutenção da certificação está legalmente dependente da verificação periódica da aptidão médica cf. Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011). A perda da aptidão não constitui, por si só, uma sanção disciplinar ou contratual, mas produz efeitos automáticos ao nível da suspensão do *Cabin Crew Attestation*, derivado da declaração de *Medical Report Unfit*, com consequências laborais que podem culminar na cessação do contrato de trabalho por impossibilidade superveniente do trabalhador conforme artigo 284.º do CT, Lei n.º 7/2009, (2009).

A tipologia de incapacidade reveste-se também de importância para efeitos de proteção social e enquadramento em regimes complementares. Por exemplo, alguns Instrumentos de Regulamentação Coletiva de Trabalho (IRCT), como os acordos de empresa firmados entre o SNPVAC e companhias como a TAP *Air Portugal* (TAP) ou a SATA *Azores Airlines* (SATA), preveem cláusulas específicas para situações de incapacidade permanente, incluindo compensações adicionais e possibilidade de reconversão interna, cf. Cl. 11ª do AE SATA e SNPVAC, (2024) e Cl. 21ª com remissão para Cl. 25.ª do Regulamento de Retribuições, Reformas e Garantias Sociais do AE TAP e SNPVAC, (2024).

³⁶ Junta Médica: Órgão colegial de peritos médicos que realiza perícia médico-legal para avaliação de incapacidade laboral (temporária ou permanente) e fixação de graus de incapacidade, designadamente em sede de acidente de trabalho ou doença profissional; procede segundo o regime da perícia previsto no Código de Processo Civil e os critérios da Tabela Nacional De Incapacidades, (2008), em articulação com a Lei n.º 98/2009 de 4 de setembro, (2009).

Contudo, a atribuição do estatuto de IPATH, decorrente de uma incapacidade permanente, decretada por um tribunal português, é frequentemente vivida pelos profissionais como uma experiência ambivalente: por um lado, representa o reconhecimento formal de uma condição limitativa adquirida no exercício da função; por outro, implica a perda irreversível de uma identidade profissional construída ao longo de anos de dedicação. A investigação científica tem sublinhado que, para os tripulantes, a IPATH tende a ser percebida como uma “sentença ocupacional”, especialmente quando associada a lesões visíveis ou perturbações psíquicas não valorizadas nos processos médico-legais (Cahill et al., 2023).

Neste sentido, a clarificação e uniformização dos critérios de avaliação da incapacidade, a articulação entre MT e MA, e o reforço das garantias procedimentais nos processos de atribuição de incapacidade permanente, com eventual atribuição do estatuto de IPATH, constituem áreas prioritárias para a promoção da justiça ocupacional e da sustentabilidade das trajetórias profissionais no setor da aviação civil.

2.3.2 IMPACTO PESSOAL E PROFISSIONAL NOS TRIPULANTES

A declaração de inaptidão permanente representa um momento de rutura profunda na vida dos tripulantes, produzindo efeitos não apenas ao nível contratual e jurídico, mas também na esfera psicológica, social e identitária. A literatura nacional e internacional tem vindo a evidenciar que a perda definitiva da aptidão para o voo constitui um dos eventos mais disruptivos na trajetória destes profissionais, muitas vezes comparável, em termos simbólicos, a um processo de luto (Cahill et al., 2023; Griffiths & Powell, 2012).

A nível pessoal, a inaptidão permanente desencadeia sentimentos de impotência, desvalorização e exclusão. Para muitos tripulantes, a profissão representa mais do que um emprego: é um modo de vida estruturante, ancorado em rotinas, vínculos interpessoais, valores identitários e sentido de missão. De acordo com Sander-Grout, (2021), a perda do *Medical Report*, com classificação *FIT* e consequente afastamento da atividade rompe com este universo simbólico, gerando frequentemente quadros de sofrimento psíquico, como depressão, ansiedade, perturbação de sono e sentimentos de inutilidade social.

A investigação realizada no setor da aviação civil indica que o impacto da inaptidão é particularmente severo nos casos em que o afastamento ocorre de forma súbita e sem preparação prévia. A ausência de programas de transição, de apoio psicológico institucional ou de estratégias de reconversão profissional tende a agravar a percepção de abandono e desamparo, contribuindo para o isolamento social e a degradação da saúde mental dos ex-tripulantes (McNeely & Mordukhovich, 2016).

Do ponto de vista profissional, a cessação definitiva da função de tripulante de cabine implica não apenas a perda de rendimentos e estabilidade económica, mas também dificuldades de reinserção no mercado de trabalho. A especificidade das competências adquiridas na aviação nem sempre encontra correspondência noutras áreas profissionais, o que limita as possibilidades de reconversão, sobretudo em fases mais avançadas da carreira. A idade, o grau de escolaridade, o tipo de lesão ou diagnóstico, e o nível de apoio oferecido pela entidade empregadora são fatores críticos que influenciam a capacidade de reintegração laboral (Etuknwa et al., 2019).

A situação é agravada pela percepção, por parte de muitos tripulantes, de uma atitude institucional distante ou indiferente por parte das companhias aéreas, sobretudo nos casos em que não são ativados mecanismos internos de apoio ou em que o processo médico-legal decorre com opacidade. A ausência de comunicação clara, a morosidade na resolução de processos e a fragmentação entre os diferentes intervenientes, onde se incluem os serviços médicos, departamentos de RH e SST, seguradoras e tribunais nacionais, contribuem para um sentimento generalizado de injustiça e revitimização (Cahill et al., 2023; Griffiths & Powell, 2012).

Com base no exposto, o impacto da inaptidão permanente transcende a dimensão médica ou contratual, exigindo uma abordagem holística e humanizada que considere os múltiplos efeitos desta condição na vida dos tripulantes. A sua gestão constitui, assim, não apenas um imperativo de justiça laboral, mas também um indicador do grau de maturidade ética e institucional das organizações do setor da aviação civil.

2.4 ACIDENTE DE TRABALHO NO SETOR DA AVIAÇÃO

O conceito de acidente de trabalho reveste-se de particular importância no setor da aviação civil, dada a elevada exposição dos profissionais a riscos físicos, ergonómicos,

ambientais e psicossociais. No caso específico dos tripulantes, as características singulares do contexto laboral, tornam-nos particularmente suscetíveis a acidentes e doenças profissionais, muitas vezes subvalorizadas nos modelos tradicionais de avaliação de risco.

Nos termos da Lei n.º 98/2009, (2009), cf. artigo 8.º, entende-se por acidente de trabalho aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho e produza direta ou indiretamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho, ou a morte. Esta definição aplica-se também aos trabalhadores da aviação, independentemente da natureza do vínculo contratual, desde que se encontrem ao serviço da entidade empregadora ou no desempenho de funções profissionais legalmente reconhecidas.

Contudo, a aplicação desta definição à realidade dos tripulantes exige uma interpretação contextualizada, tendo em conta a mobilidade transnacional, a pluralidade de jurisdições sobrevoadas e a própria configuração espacial da aeronave enquanto “local de trabalho”. A jurisprudência portuguesa tem vindo a reconhecer que, para efeitos de qualificação jurídica, o “tempo de trabalho” não se restringe ao período em voo, abrangendo igualmente fases preparatórias e complementares do serviço, como a instrução pré-voo, os períodos de repouso regulamentado e as deslocações diretamente associadas à atividade profissional. Do mesmo modo, o “local de trabalho” pode incluir, além do interior da aeronave, as instalações aeroportuárias e de escala onde se realizem tarefas inerentes à função, conforme salientado no enquadramento normativo da Diretiva 2000/79/CE, (2000) e do e do Decreto-Lei n.º 139/2004 de 05 de junho, (2004), interpretado no Acórdão TRL 2582/20.1T8CSC.L1-4, (2024) e Acórdão TRL 16759/20.6T8LSB.L1-4, (2023).

A relevância jurídica do acidente de trabalho na aviação civil ultrapassa o mero reconhecimento da ocorrência. A sua caracterização tem implicações diretas na atribuição de direitos indemnizatórios, na avaliação médico-legal da incapacidade e na eventual cessação do contrato de trabalho por inaptidão superveniente. De igual modo, o registo e a notificação obrigatória de acidentes são fundamentais para fins estatísticos, de prevenção e de responsabilização institucional, estando essa obrigação expressamente prevista no artigo 111.º da Lei n.º 102/2009 de 10 de setembro, (2009).

O setor da aviação distingue-se, ainda, pela natureza multifatorial dos acidentes, frequentemente associados a condições operacionais complexas, como turbulência em voo, despressurizações, incêndios a bordo, evacuações ou manipulação de equipamentos de emergência. Situações aparentemente banais, como quedas durante o serviço, colisões com *trolleys*³⁷ de catering ou esforços repetitivos no manuseamento de bagagem, podem originar lesões músculo-esqueléticas com impacto duradouro na capacidade funcional do tripulante (Acórdão TRL 2582/20.1T8CSC.L1-4, 2024; Acórdão TRL 16759/20.6T8LSB.L1-4, 2023).

Na perspetiva jurídico-laboral, o conceito de acidente de trabalho consagrado na Lei n.º 98/2009, (2009), artigo 8.º, não se restringe às lesões físicas, abrangendo igualmente situações que resultem em perturbações funcionais ou doenças, desde que impliquem redução da capacidade de trabalho ou de ganho. O artigo 9.º amplia esse conceito a diversas circunstâncias conexas com a atividade laboral, permitindo enquadrar, no domínio dos acidentes de natureza psíquica, episódios de agressão verbal ou física por passageiros e eventos de stress traumático, cuja frequência e gravidade têm vindo a intensificar-se no contexto pós-pandemia (Folke & Melin, 2024; Tsaur et al., 2020). Nestes casos, o enquadramento como acidente de trabalho exige, todavia, a demonstração do nexo causal direto entre o evento ocorrido no exercício da atividade profissional e a perturbação diagnosticada, como sucede, por exemplo, com situações de stress pós-traumático. Essa prova encontra respaldo no artigo 10.º da Lei n.º 98/2009 de 4 de setembro, (2009), que presume a origem laboral da lesão ocorrida no tempo e local de trabalho, mas impõe ao trabalhador o ónus de provar a causalidade quando a manifestação da doença seja diferida no tempo.

Deste modo, os eventos traumáticos de natureza psíquica podem ser juridicamente reconhecidos como acidentes de trabalho, equiparando-se, para efeitos de reparação, às lesões físicas, desde que demonstrada a sua relação causal necessária e direta com a prestação laboral.

A análise do acidente de trabalho no setor da aviação será aprofundada nas subsecções seguintes, com especial enfoque no respetivo enquadramento legal e nas causas

³⁷ *Trolleys* de serviço: Carros padronizados utilizados a bordo para serviço de cabine, sujeitos a requisitos mínimos de conceção e desempenho fixados pelo European Technical Standard Order C-175, (2008).

frequentes e estatísticas relevantes, permitindo identificar padrões de risco, lacunas na proteção jurídica e áreas de melhoria ao nível da prevenção e reparação.

2.4.1 ENQUADRAMENTO LEGAL (LEI N.º 98/2009 DE 4 DE SETEMBRO)

A proteção jurídica dos trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho em Portugal encontra-se densamente estruturada na Lei n.º 98/2009 de 4 de setembro, (2009), que estabelece o regime jurídico de reparação de danos emergentes de acidentes de trabalho e doenças profissionais. Este diploma aplica-se de forma transversal aos trabalhadores por conta de outrem, incluindo os tripulantes da aviação civil, cuja atividade, pela sua natureza, os expõe de forma significativa a riscos físicos e psicossociais.

Nos termos do artigo 8.º da referida lei, considera-se acidente de trabalho o ocorrido no local e no tempo de trabalho que produza, direta ou indiretamente, lesão corporal, perturbação funcional ou doença, da qual resulte redução da capacidade de trabalho ou de ganho, ou a morte.

De acordo com o artigo 9.º, também se considera acidente de trabalho, designadamente: (i) o ocorrido no trajeto normalmente utilizado e no tempo habitualmente gasto entre a residência e o local de trabalho (e trajetos conexos aí previstos); (ii) o ocorrido na execução de serviços espontaneamente prestados de que possa resultar proveito económico para o empregador; (iii) o sucedido no exercício do direito de reunião ou de atividade de representante dos trabalhadores; (iv) o ocorrido em formação profissional no local de trabalho, ou fora deste com autorização expressa do empregador; bem como outras situações ali elencadas (local de pagamento da retribuição, comparência para assistência/tratamento por acidente anterior, procura de emprego no crédito de horas legal, e serviços determinados ou consentidos fora do local/tempo de trabalho).

Mantém-se a qualificação de acidente de trabalho quando o trajeto normal sofra interrupções ou desvios determinados pela satisfação de necessidades atendíveis do trabalhador, por força maior ou por caso fortuito, cf. art. 9.º, n.3.

Para os tripulantes, cuja atividade envolve mobilidade constante, a noção de “local de trabalho” abrange não apenas o interior da aeronave. Tal entendimento tem vindo a ser

reconhecido pela jurisprudência, em particular pelo TR, que tem acolhido uma interpretação funcional e dinâmica dos conceitos legais de tempo e local de trabalho, adequada à realidade do setor aéreo (Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa – Processo n.º 27397/19.6T8LSB.1.L1-4, 2024).

De acordo com a Lei n.º 98/2009, (2009), a responsabilidade pela reparação dos danos resultantes do acidente recai sobre a entidade empregadora, a qual é legalmente obrigada a transferir essa responsabilidade para uma seguradora autorizada, cf. artigo 7.º e artigo 79.º. Esta cobertura garante ao trabalhador sinistrado o acesso a prestações em espécie, como assistência médica, cirúrgica, farmacêutica e hospitalar, bem como a prestações pecuniárias, designadamente indemnização por incapacidade temporária (absoluta ou parcial), pensão vitalícia por incapacidade permanente, subsídio por elevada incapacidade permanente e prestações por morte, incluindo pensão de sobrevivência e despesas de funeral, cf. artigos 25.º a 72.º.

A avaliação da incapacidade permanente, seja parcial ou absoluta, é realizada segundo a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais³⁸ (TNI), aprovada pelo Decreto-Lei n.º 352/2007, (2007), diploma que atualizou e consolidou o regime anteriormente estabelecido. O grau de incapacidade é fixado pelo perito médico designado pelo tribunal, ou, em certos casos, por JM, em conformidade com as regras previstas nos artigos 20.º e 21.º da Lei n.º 98/2009, (2009).

A IPATH, frequentemente observada em profissões de risco como a dos tripulantes de cabine, quando resultante de lesões músculo-esqueléticas, perturbações psiquiátricas ou sequelas de acidentes graves, confere ao trabalhador o direito a uma pensão anual e vitalícia entre 50 % e 70 % da retribuição, em função da maior ou menor capacidade funcional residual para o exercício de outra profissão compatível, cf. artigo 48.º, n. 3, alínea b), da Lei n.º 98/2009, (2009).

³⁸ Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais: Instrumento médico-legal de referência para a avaliação do défice funcional e a fixação de incapacidades temporárias e permanentes em sede de reparação de acidentes de trabalho e doenças profissionais; aprovada pelo Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro, (2007), a cuja aplicação se articula a Lei n.º 98/2009 de 4 de setembro, (2009).

O cálculo desta pensão tem como base a retribuição anual ilíquida normalmente devida ao sinistrado à data do acidente, incluindo subsídios e prestações regulares, nos termos do artigo 71.º da mesma lei.

A lei consagra ainda mecanismos de reabilitação e reconversão profissional, segundo os artigos 44.º e 154.º a 166.º, impondo à entidade empregadora a obrigação de colaborar no esforço de reintegração laboral sempre que, apesar da incapacidade, subsistam capacidades funcionais residuais. Contudo, na prática, a aplicação destes dispositivos no setor da aviação civil revela-se limitada, em virtude da elevada especialização da função de tripulante de cabine e da escassez de alternativas compatíveis dentro da estrutura organizacional das companhias aéreas.

É ainda relevante sublinhar que a não comunicação de um acidente de trabalho por parte do empregador ou da seguradora constitui contraordenação grave, nos artigos 87.º a 90.º e 171.º, cuja fiscalização cabe à Autoridade para as Condições do Trabalho³⁹ (ACT) ou, tratando-se de seguradoras, à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões⁴⁰ (ASF). A omissão desta participação pode prejudicar o trabalhador no acesso tempestivo às prestações, agravando a sua vulnerabilidade num momento de perda funcional e contratual.

Assim, o quadro legal português assegura um conjunto robusto de direitos aos tripulantes vítimas de acidente de trabalho, embora a sua eficácia dependa da articulação entre entidades médicas, seguradoras, empregadores e instâncias judiciais. A complexidade da atividade aérea requer, por isso, uma aplicação sensível e especializada da lei, que reconheça as particularidades do setor e as exigências impostas pela natureza móvel e internacional da profissão.

2.4.2 CAUSAS FREQUENTES E ESTATÍSTICAS RELEVANTES

A análise das causas mais frequentes de acidentes de trabalho entre tripulantes permite identificar padrões de risco operacional específicos do setor da aviação civil e, a partir

³⁹ Autoridade para as Condições do Trabalho: Organismo público responsável pela promoção da melhoria das condições de trabalho e pela fiscalização do cumprimento da legislação laboral e de segurança e saúde no trabalho, atuando, entre outros diplomas, no quadro da Lei n.º 102/2009 de 10 de setembro, (2009).

⁴⁰ Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões: Entidade administrativa independente que regula e supervisiona a atividade seguradora, resseguradora, de mediação de seguros e os fundos de pensões em Portugal; estatutos aprovados pelo Decreto-Lei n.º 1/2015 de 6 de janeiro, (2015).

daí, sustentar estratégias preventivas mais eficazes. Embora os dados disponíveis sejam, por vezes, dispersos ou subnotificados, o conjunto de evidência converge: esta categoria profissional está particularmente exposta a eventos traumáticos de natureza física e psicológica.

Dialogando com a literatura científica sobre fatores humanos e saúde ocupacional na aviação, conclui-se que as causas de acidentes entre tripulantes de cabine são multifatoriais e interdependentes (Griffiths & Powell, 2012). Assim, a compreensão do fenómeno exige articular riscos físicos, ambientais e psicossociais, bem como o modo como se potenciam mutuamente.

Desde logo, sobressaem as lesões músculo-esqueléticas: levantamento e transporte de cargas, execução de movimentos repetitivos, esforço físico associado a empurrar/puxar *trolleys* de serviço e quedas e/ou traumatismos decorrentes de ocorrências no exercício das funções. Em cabine, estes fatores são amplificados pelo espaço reduzido de movimentação e pela gravidade dos episódios de turbulência (Branco, 2016; Hawkins, 1993; Tsaur et al., 2020).

Ainda de acordo com Griffiths & Powell, 2012), as quedas e/ou traumatismos ocorrem tanto no interior da aeronave como em áreas aeroportuárias, respondendo por uma fração relevante dos acidentes e incidindo sobretudo em membros inferiores, coluna lombar e articulações.

Outro vetor crítico diz respeito às agressões físicas ou verbais por passageiros, frequentemente associadas a episódios de comportamento disruptivo, pelos designados *Unruly Passengers*⁴¹. A evidência recente aponta para um agravamento após a pandemia de COVID-19, pelo que este se tem afirmado como risco emergente para a integridade física e psicológica dos tripulantes (Folke & Melin, 2024).

A turbulência em voo constitui, por si, um risco permanente, pela possibilidade de traumatismos súbitos, quedas e colisões com objetos ou passageiros, particularmente durante o serviço de bordo. A ausência de aviso prévio e a impossibilidade de regresso atempado aos assentos intensificam o perigo (Annex 6 to the Convention on

⁴¹ *Unruly passengers*: Indivíduos que, ao não respeitarem as regras de conduta a bordo ou as instruções da tripulação, perturbam a boa ordem e a segurança; enquadramento jurídico pela Convention on offences and certain other acts committed on board aircraft - Tokyo Convention, (1963).

International Civil Aviation, Part I: International Commercial Air Transport – Aeroplanes, 2018; Hawkins, 1993).

No plano ambiental, Griffiths & Powell, (2012), documentam a inalação de odores químicos, tanto em contexto de incêndio a bordo como por falhas de ventilação, com potenciais efeitos de intoxicação, reações alérgicas e perturbações respiratórias.

A par destes fatores físicos e ambientais, a fadiga crónica e as perturbações do sono, ainda que não sejam “acidentes” em sentido jurídico estrito, são riscos transversais com impacto direto na atenção, coordenação motora e capacidade de resposta; a literatura associa a fadiga a maior probabilidade de eventos adversos, e os regulamentos internacionais reconhecem-na como eixo central da gestão do risco (Annex 6 to the Convention on International Civil Aviation, Part I: International Commercial Air Transport – Aeroplanes, 2018; Branco, 2016; Hawkins, 1993).

Neste enquadramento, a literatura académica e regulamentar também sublinha a centralidade da saúde mental nos riscos ocupacionais dos tripulantes, em especial no que respeita a fatores psicossociais, emocionais e organizacionais. Estudos recentes reportam níveis elevados de *stress*, ansiedade e *burnout*, potenciados por horários irregulares, *jet lag disorder*, longas jornadas em ambiente confinado e perturbações do sono (Griffiths & Powell, 2012); a investigação em riscos psicossociais confirma o papel das exigências cognitivas, do baixo controlo sobre o trabalho, da pressão do ritmo de voo e de relações interpessoais tensas na génese de desequilíbrios emocionais (Branco, 2016).

A pandemia acentuou estes determinantes: inquéritos europeus indicam deterioração da saúde mental de metade dos tripulantes no período pós-COVID-19, associada à insegurança laboral, intensificação do trabalho e perceção de declínio da segurança operacional (Folke & Melin, 2024). Em resposta, a ICAO e a EASA integram a fadiga e a vigilância psicossocial nos sistemas de gestão do risco, nomeadamente em SMS e *Fatigue Risk Management System*⁴² (FRMS), considerando prevenção, reporte e

⁴² *Fatigue Risk Management System*: Sistema baseado em evidência científica que visa identificar, avaliar e mitigar os riscos de fadiga dos tripulantes, conforme previsto no Anexo 6 da ICAO e no Regulamento (EU) n.º 83/2014, (2014).

acompanhamento clínico, cf. Anexo 6 da ICAO, 2018) e Regulamento (EU) n.º 965/2012, (2012).

A dimensão emocional do trabalho reforça este quadro: o conceito de *emotional labour* de Hochschild, (1983) e ampliado por estudos subsequentes, Lee et al., (2015) e Williams, (2003), mostra como a obrigação de expressar emoções positivas perante passageiros, mesmo em situações claras de conflito, desgasta psicologicamente e aumenta a propensão para *burnout* e depressão, efeito agravado na presença de assédio verbal, físico ou sexual (Tsaur et al., 2020).

Por fim, a literatura sobre alterações climáticas acrescenta pressões adicionais: maior *stress* psicológico perante eventos meteorológicos extremos e incremento da fadiga em condições ambientais adversas (Branco, 2016; Hawkins, 1993; Tsaur et al., 2020). Em conjunto, estes vetores tornam imperativa a integração da saúde mental dos tripulantes em programas de MT, MA e de RSC, com medidas de prevenção, apoio psicológico continuado e monitorização.

Importa ainda reconhecer que muitos incidentes não são formalmente classificados como acidente de trabalho, sobretudo quando envolvem lesões cumulativas, *stress* ocupacional ou perturbações psíquicas, o que alimenta subnotificação e invisibilidade estatística (Branco, 2016; Folke & Melin, 2024). A título ilustrativo, inquéritos setoriais europeus indicam que, mais de 40% dos tripulantes, referiram pelo menos um acidente em serviço nos cinco anos anteriores, com impacto direto na capacidade laboral e que resultaram em perceção de fraco apoio institucional (Tsaur et al., 2020); estudos internos reportados em *Human Factors in Flight* de Hawkins, (1987), apontam que cerca de dois terços das lesões decorrem de esforços repetitivos, levantamento de bagagens, quedas ou torções em contexto de turbulência.

Do ponto de vista regulamentar, tanto o Anexo IV do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011) como o Regulamento (EU) n.º 965/2012, (2012), consagram a avaliação médica periódica, a gestão da fadiga e o reporte de ocorrências que afetem a integridade física e psicológica dos tripulantes, embora continuem a persistir lacunas no reporte de riscos psicossociais, fadiga e agressões de passageiros, evidenciadas no pós-pandemia (Folke & Melin, 2024).

A correlação entre estas causas frequentes e a evolução para incapacidade parcial ou permanente tem recebido atenção crescente, pelos impactos nos sistemas de SST e pela implicação direta na cessação definitiva da atividade profissional. Torna-se, por isso, decisiva a identificação precoce de sinais de desgaste físico e psicológico, a qualificação dos registos de sinistralidade e a valorização do testemunho profissional como pilares de uma cultura de prevenção e responsabilidade no setor.

Em suma, os tripulantes enfrentam riscos multifatoriais, cumulativos e muitas vezes invisibilizados. A robustez das respostas institucionais dependerá da capacidade de companhias aéreas, reguladores e seguradoras em reconhecer esta realidade e agir sobre ela, combinando ergonomia e treino operacional com SMS e FRMS, políticas anti assédio, apoio psicossocial e um sistema de reporte efetivo.

2.5 RESPONSABILIDADE SOCIAL CORPORATIVA

A RSC constitui, no contexto organizacional contemporâneo, um conceito estratégico que traduz o compromisso voluntário das empresas com práticas sustentáveis e éticas, integrando preocupações sociais, ambientais e laborais nas suas políticas e processos de gestão. No setor da aviação civil, a RSC adquire contornos particularmente relevantes, não apenas pelo impacto ambiental e económico das suas operações, mas também pela responsabilidade que as companhias aéreas detêm na proteção e valorização dos seus RH, onde se incluem os tripulantes de cabine.

A incorporação da RSC nas companhias aéreas é incentivada por diretivas europeias e orientações internacionais, nomeadamente a Diretiva 2014/95/UE⁴³, (2014), do Parlamento Europeu e do Conselho, relativa à divulgação de informação não financeira, e a Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas⁴⁴, (2016), aprovada em 2015 e em vigor desde 2016, que estabelece 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Entre estes, destacam-se os ODS 3 (Saúde e Bem-

⁴³ Diretiva 2014/95/EU: Também chamada *Non-Financial Reporting Directive*, é o diploma que obriga certas grandes empresas de interesse público com mais de 500 trabalhadores a divulgar informação não financeira e de diversidade no relatório de gestão. A informação abrange, pelo menos, questões ambientais, sociais e laborais, respeito pelos direitos humanos e combate à corrupção e ao suborno, bem como a política de diversidade nos órgãos de administração (Diretiva 2014/95/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 22 de outubro de 2014, 2014).

⁴⁴ Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável: Aprovada pela Assembleia Geral da ONU através da Resolução A/RES/70/1 - *"Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development"* (25.09.2015) - estabelecendo 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas, com implementação a partir de 01.01.2016 (Centro de Informação Regional das Nações Unidas para a Europa Ocidental (UNRIC), 2016).

Estar), 5 (Igualdade de Género), 8 (Trabalho Digno e Crescimento Económico) e 10 (Redução das Desigualdades), particularmente relevantes para o setor aéreo. Estas orientações visam promover uma cultura organizacional que ultrapasse os imperativos do lucro, reconhecendo o papel das empresas como agentes ativos de coesão social e equidade.

No setor da aviação, a RSC materializa-se através de iniciativas que abrangem desde a redução de emissões de carbono até à promoção da diversidade, passando pelo investimento em formação contínua, bem-estar dos trabalhadores e transparência nos processos laborais. Em particular, a forma como as companhias aéreas gerem situações de incapacidade permanente dos seus tripulantes constitui um indicador privilegiado da maturidade das suas práticas de RSC. Tal como assinalam Griffiths & Powell, (2012), a qualidade da resposta organizacional perante situações de doença, acidente ou inaptidão médica reflete, de forma concreta, o grau de humanização da cultura empresarial e o respeito efetivo pelos direitos laborais.

A RSC deve, neste contexto, ser entendida não como mera estratégia reputacional ou instrumento de *marketing* institucional, mas como um quadro de referência operacional com implicações éticas e jurídicas. A adoção de códigos de conduta, políticas internas de apoio a trabalhadores em situação de vulnerabilidade, programas de reconversão profissional e parcerias com entidades da economia social são alguns dos instrumentos que permitem às companhias aéreas concretizar os princípios da responsabilidade social no tratamento de casos de inaptidão definitiva para o voo.

Contudo, a investigação empírica demonstra que estas práticas variam significativamente entre operadores, sendo frequentemente mais desenvolvidas nas companhias de bandeira ou em contextos sindicais fortes, e mais frágeis ou inexistentes em companhias aéreas *low-cost* ou com modelos contratuais precários (Cahill et al., 2023). A ausência de mecanismos institucionais de apoio, a opacidade dos processos médicos, a ausência de interlocutores qualificados e a fragmentação dos serviços internos são obstáculos frequentemente reportados pelos tripulantes que se veem afastados da atividade por motivos de saúde.

Nesta perspetiva, a análise da RSC no setor da aviação exige uma abordagem crítica que considere os discursos corporativos, os compromissos públicos assumidos e as práticas

efetivamente implementadas no terreno. O grau de coerência entre estes três níveis constitui um critério de avaliação essencial para aferir a autenticidade do compromisso social das organizações.

As subsecções seguintes aprofundarão, respetivamente, o conceito e os princípios orientadores da RSC, a sua concretização no setor da aviação, e as boas práticas específicas em contexto de inaptidão profissional, com base na literatura científica.

2.5.1 CONCEITO E PRINCÍPIOS ORIENTADORES

A RSC pode ser definida como o conjunto de práticas voluntárias adotadas por uma organização com o objetivo de integrar preocupações sociais, ambientais, éticas e de direitos humanos nas suas operações e na sua interação com os diversos *stakeholders* (Carroll, 1999). A RSC traduz, assim, uma forma de gestão que ultrapassa a lógica estritamente económica e produtiva, orientando-se por valores de sustentabilidade, justiça social e cidadania empresarial.

Embora a RSC não possua uma definição jurídica uniforme vinculativa, a sua conceptualização tem sido amplamente desenvolvida por entidades supranacionais como a Organização Internacional do Trabalho⁴⁵ (OIT), a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico⁴⁶ (OCDE) e a Comissão Europeia. Em particular, a Comunicação da Comissão Europeia COM 681, (2011), define a RSC como “a responsabilidade das empresas pelos seus impactos na sociedade”, salientando que as organizações devem implementar processos de integração de preocupações sociais e ambientais “nas suas operações empresariais e na sua interação com os *stakeholders*, numa base voluntária”.

De acordo com Jeurissen, (2000), a operacionalização da RSC estrutura-se, de forma clássica, em três grandes eixos de intervenção, usualmente designados por *triple bottom*

⁴⁵ Organização Internacional do Trabalho: Agência especializada das Nações Unidas, criada em 1919 (Constituição integrada na Parte XIII do Tratado de Versalhes), única agência tripartida (governos–empregadores–trabalhadores), com sede em Genebra e 187 Estados-Membros; tem por missão fixar normas internacionais do trabalho e promover o “trabalho digno” (Organização Internacional do Trabalho (OIT), 2020).

⁴⁶ Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico: Organização intergovernamental instituída pela Convenção sobre a OCDE, assinada em Paris em 14.12.1960 (em vigor desde 30.09.1961), com sede em Paris; tem por missão promover políticas que assegurem crescimento económico sustentável, emprego e níveis de vida mais elevados, contribuindo para a expansão do comércio mundial (art. 1.º da Convenção; “About the OECD”) (OECD Convention, 1960).

*line*⁴⁷. Estes eixos — *People*, *Planet* e *Profit* — procuram equilibrar, de modo integrado, as dimensões social, ambiental e económica do desempenho organizacional.

No eixo *People*, privilegia-se o impacto da empresa sobre trabalhadores, comunidades e demais partes interessadas. Incluem-se, entre outras matérias, as condições de trabalho, a igualdade de género, a inclusão, a saúde e segurança ocupacional, o diálogo social e a promoção do bem-estar.

O eixo *Planet* centra-se na gestão sustentável dos recursos naturais e na redução da pegada ecológica, incorporando políticas de eficiência energética e estratégias de mitigação das alterações climáticas.

Por sua vez, o eixo *Profit* abrange a viabilidade financeira da organização e a sua conduta ética, compreendendo a transparência fiscal e o investimento responsável, enquanto pressupostos de um modelo de criação de valor a longo prazo.

No domínio interno, a RSC manifesta-se através de políticas de gestão de RH baseadas em princípios de equidade, desenvolvimento profissional, proteção dos trabalhadores vulneráveis e apoio em situações de crise. A título de exemplo, práticas como o apoio psicológico institucional, a reconversão profissional de trabalhadores inaptos, a manutenção de rendimentos em situações de incapacidade ou a negociação coletiva de cláusulas sociais reforçadas, integram-se plenamente na esfera da responsabilidade corporativa.

Os princípios orientadores da RSC são múltiplos e articulam-se com dimensões éticas, jurídicas e sociais. Entre os mais relevantes, destacam-se:

- **Voluntariedade:** A RSC caracteriza-se pela assunção de compromissos que vão além das obrigações legais, traduzindo-se numa lógica de autorregulação ética e sustentável. Carroll, (1999), sublinha esta dimensão ao apresentar a “pirâmide da RSC”, em que a responsabilidade ética e filantrópica complementa a económica e a legal, representando um compromisso voluntário das organizações para com a sociedade.

⁴⁷ *Triple Bottom Line*: quadro de avaliação do desempenho organizacional que integra três dimensões - social (*people*), ambiental (*planet*) e económica (*profit*) - proposto por John Elkington nos anos 1990 (Jeurissen, 2000).

- **Transparência:** A comunicação clara de objetivos, processos e resultados constitui um princípio essencial, favorecendo a confiança entre empresa e *stakeholders*. Este princípio encontra suporte no Regulamento n.º 2016/679, (2016), relativo à proteção de dados, que reforça a exigência de transparência e proporcionalidade no tratamento de informação .
- **Participação dos *stakeholders*:** O envolvimento de trabalhadores, sindicatos, clientes, comunidades locais e parceiros institucionais é central na RSC. Esta orientação está em linha com o artigo 54.º da Constituição da Republica Portuguesa, (1976), que consagra os direitos de participação dos trabalhadores , bem como com o CT, que valoriza a negociação coletiva e a consulta dos representantes dos trabalhadores .
- **Proatividade:** A adoção de uma postura preventiva, orientada para a mitigação de riscos e promoção do bem-estar, constitui um dos pilares de uma gestão responsável. A Lei n.º 102/2009 de 10 de setembro, (2009), que regula a promoção da segurança e saúde no trabalho, explicita este princípio ao prever a avaliação contínua de riscos e a implementação de medidas de prevenção em todas as fases da atividade empresarial.
- **Accountability:** A assunção de responsabilidade pelas decisões e pelos impactos gerados traduz a exigência de alinhar as práticas empresariais com valores de sustentabilidade e de justiça social, em conformidade com os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da solidariedade, conforme artigos 1.º, 59.º e 63.º da Constituição da Republica Portuguesa, (1976). Esta orientação encontra eco no CT, Lei n.º 7/2009, (2009), ao consagrar deveres do empregador em matéria de igualdade, não discriminação e proteção da saúde dos trabalhadores , e ainda na Lei n.º 102/2009, (2009), que impõe uma cultura de prevenção de riscos profissionais como responsabilidade direta da entidade empregadora.

A crescente institucionalização da RSC tem conduzido ao desenvolvimento de instrumentos de referência internacional, como os Princípios do Pacto Global das

Nações Unidas⁴⁸, a Norma Internacional de Responsabilidade Social, cf. ISO 26000, (2010), e os ODS da Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, (2016), os quais funcionam como enquadramentos orientadores para a definição de políticas e metas corporativas alinhadas com valores universais.

Apesar do seu carácter voluntário, a RSC tem vindo a adquirir uma dimensão estratégica, sendo cada vez mais exigida por consumidores, investidores, reguladores e pela própria sociedade civil. No setor da aviação, como será abordado na subsecção seguinte, esta exigência traduz-se não só em compromissos ambientais, mas também em práticas de gestão ética dos RH, especialmente em contextos de vulnerabilidade como os que decorrem de situações de inaptidão definitiva para o exercício da profissão.

2.5.2 RESPONSABILIDADE SOCIAL CORPORATIVA NO SETOR DA AVIAÇÃO

A aplicação da RSC no setor da aviação civil tem vindo a ganhar crescente relevância nas últimas duas décadas, em resposta a exigências regulamentares, pressões reputacionais e transformações sociais que afetam o modo como as companhias aéreas se relacionam com os seus trabalhadores, clientes e comunidades. Embora inicialmente mais centrada nas questões ambientais, nomeadamente na redução de emissões de carbono, eficiência energética e gestão de resíduos, a RSC neste setor abrange hoje também domínios sociais e laborais, entre os quais se destaca a gestão ética e inclusiva dos RH (McWilliams, 2011).

As companhias aéreas operam num ambiente globalizado, altamente regulado e tecnologicamente exigente, no qual o fator humano continua a ser determinante para a segurança, qualidade do serviço e resiliência operacional. Neste contexto, e de acordo com Chen et al., (2022), a implementação de políticas de RSC permite às empresas não apenas mitigar riscos sociais e laborais, mas também afirmar uma cultura organizacional baseada em valores de equidade, respeito e compromisso com o bem-estar dos trabalhadores, especialmente relevante para categorias profissionais expostas a contextos de risco, como os tripulantes de cabine.

⁴⁸ Pacto Global das Nações Unidas: Estabelece dez princípios universais agrupados em quatro áreas: Direitos Humanos (Princípios 1 e 2), Trabalho (Princípios 3 a 6), Ambiente (Princípios 7 a 9) e Anticorrupção (Princípio 10) (United Nations Global Compact, 2025).

A literatura especializada, bem como os relatórios setoriais da *International Air Transport Association*⁴⁹ (IATA), da EASA e da ICAO, convergem na identificação de várias áreas-chave em que a RSC se tem vindo a consolidar no setor (European Union Aviation Safety Agency (EASA), 2025b; International Air Transport Association (IATA), 2018a, 2024, 2025b; International Civil Aviation Organization (ICAO), 2024). Entre estas destacam-se: a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, com ênfase na implementação de programas de apoio psicológico, prevenção da fadiga, gestão do *stress* ocupacional e promoção de ambientes de trabalho saudáveis; a gestão da diversidade e inclusão, materializada em políticas que valorizam a igualdade de género e previnem a discriminação com base na orientação sexual, idade, etnia ou religião, promovendo carreiras sustentáveis para grupos sub-representados; a formação contínua e o desenvolvimento profissional, assegurando a atualização regular de competências técnicas e comportamentais e criando oportunidades de progressão e reconversão interna; e, por fim, a transparência e a ética organizacional, consubstanciadas em códigos de conduta, canais de denúncia e mecanismos estruturados de diálogo com sindicatos e representantes dos trabalhadores.

Em companhias aéreas de maior dimensão, como a *Lufthansa*, a *Air France-KLM* ou a TAP (Tap Air Portugal, 2024), os relatórios anuais de sustentabilidade refletem já um grau considerável de formalização das práticas de RSC, articuladas com os ODS da ONU e com a Diretiva 2014/95/UE, (2014), sobre reporte não financeiro. Entre as iniciativas mais comuns encontram-se: a disponibilização de linhas de apoio psicológico, programas de apoio a trabalhadores com limitações funcionais, políticas de maternidade e paternidade alargadas, e mecanismos de participação dos trabalhadores na definição de normas internas.

Contudo, a aplicação da RSC nem sempre é equitativa entre diferentes segmentos do setor. As companhias *low-cost*, frequentemente orientadas para a maximização de rendimentos com estruturas de custos reduzidos, apresentam práticas mais frágeis ou inexistentes em matéria de responsabilidade social. A precarização contratual, a

⁴⁹ *International Air Transport Association*: Associação Internacional de Transportes Aéreos. Associação comercial mundial das companhias aéreas, fundada em 19.04.1945, em Havana, que representa cerca de 350 companhias, isto é, mais de 80% do tráfego aéreo global, e desenvolve normas e políticas setoriais em áreas como segurança, eficiência e sustentabilidade (International Air Transport Association (IATA), 2025a).

rotatividade elevada e a externalização de serviços dificultam a consolidação de políticas sociais consistentes e contribuem para a invisibilização dos trabalhadores em situação de vulnerabilidade, como é o caso dos tripulantes com inaptidão permanente para o voo (Cahill et al., 2023).

A pandemia de COVID-19 veio testar a solidez das práticas de RSC das companhias aéreas, revelando diferenças significativas na capacidade de resposta social das empresas. Enquanto algumas implementaram planos de proteção de rendimentos, extensões temporárias de contratos, e programas de requalificação para funções compatíveis com a nova realidade operacional, outras optaram por despedimentos em massa, cortes abruptos e retração dos mecanismos de diálogo social. Esta variabilidade evidencia que a RSC no setor da aviação ainda depende, em larga medida, da vontade política interna das empresas e da capacidade negocial dos sindicatos (Cahill et al., 2023).

Assim, a consolidação da RSC no setor da aviação exige uma integração mais estrutural e normativa destas práticas, incluindo a sua articulação com IRCT, com a legislação nacional de segurança e saúde no trabalho, e com as diretivas europeias sobre igualdade, inclusão e bem-estar no trabalho. A subsecção seguinte abordará as boas práticas específicas de RSC em contexto de inaptidão profissional, com particular enfoque na realidade dos tripulantes afastados por motivos de acidente de trabalho.

2.5.3 BOAS PRÁTICAS EM CONTEXTO DE INAPTIDÃO PROFISSIONAL

A gestão organizacional de situações de inaptidão permanente para o voo, particularmente no setor da aviação civil, constitui uma dimensão crítica da RSC, na medida em que revela o grau de compromisso efetivo das companhias aéreas com a dignidade, os direitos e o bem-estar dos seus trabalhadores. Para os tripulantes, a declaração de inaptidão definitiva, frequentemente resultante de acidente de trabalho, doença ocupacional ou desgaste psicofísico acumulado, representa uma rutura abrupta na trajetória profissional, exigindo respostas institucionais que transcendam a simples cessação contratual (Hohnen & Potts, 2007; International Organization for Standardization (ISO), 2010).

Boas práticas de RSC neste contexto devem articular princípios de equidade, solidariedade e justiça social, traduzindo-se em medidas concretas de apoio multidimensional ao trabalhador inabilitado. A literatura e a experiência de várias companhias aéreas europeias identificam um conjunto de práticas que podem ser consideradas referenciais:

- Acompanhamento psicológico e emocional: A criação de serviços internos ou protocolos de encaminhamento para apoio psicológico especializado revela-se essencial nos primeiros momentos após a comunicação da inaptidão. Estudos demonstram que a perda da aptidão médica definitiva é vivida frequentemente como um evento traumático, gerador de sentimentos de inutilidade, exclusão e desamparo (Cahill et al., 2023). A intervenção precoce contribui para prevenir o agravamento do sofrimento mental e promover a reorganização subjetiva do projeto de vida do trabalhador.
- Reconversão e reintegração profissional: Um dos pilares da RSC em situações de inaptidão é a criação de programas internos de reconversão funcional, que permitam ao trabalhador transitar para funções compatíveis com as suas capacidades residuais. Esta prática está prevista no artigo no Capítulo IV, artigos 154.º a 166.º da Lei n.º 98/2009, (2009), mas depende, na prática, da estrutura organizacional da empresa e da sua vontade de reter talento em novas funções.
- Cláusulas protetoras nos IRCT: A negociação sindical tem-se revelado um instrumento decisivo na consagração de medidas compensatórias mais favoráveis do que as previstas na legislação geral. No caso português, os acordos de empresa entre o SNPVC e operadores como a TAP e a SATA, incluem disposições sobre estabilidade contratual, manutenção de retribuições por período transitório, acesso a programas de requalificação e garantias adicionais em caso de incapacidade reconhecida por JM, cf. Cl. 11ª do AE SATA e SNPVC, (2024), e Cl. 21ª com remissão para Cl. 25ª do AE TAP e SNPVC, (2024).
- Compensação financeira célere e transparente: A eficácia da proteção social em situações de incapacidade permanente depende, em larga medida, da atuação das seguradoras e do compromisso da empresa com processos administrativos claros e céleres (E. L. Bauer, 2022). O atraso na comunicação do sinistro, a falta

de informação prestada ao trabalhador e a delegação da responsabilidade exclusivamente para terceiros, como os peritos ou os tribunais, são práticas contrárias aos princípios da RSC, frequentemente associadas a situações de vitimização secundária.

- Valorização simbólica do percurso profissional: Segundo Hohnen & Potts, (2007), a inaptidão definitiva não deve anular a identidade profissional do tripulante de cabine, construída ao longo de anos de serviço. Boas práticas incluem a realização de cerimónias de despedida simbólica, entrega de certificados de reconhecimento, manutenção de contacto com estruturas sociais da empresa ou integração em redes de antigos trabalhadores, medidas que reforçam a autoestima e a pertença institucional do profissional afastado.
- Inclusão da inaptidão nas políticas de diversidade e inclusão: O reconhecimento das incapacidades adquiridas como uma forma de diversidade funcional é essencial para uma abordagem verdadeiramente inclusiva. Isto implica que a gestão da inaptidão deixe de ser tratada como um problema individual e passe a integrar a estratégia global da empresa em matéria de equidade, saúde ocupacional e ética organizacional (Convenção 159 — Convenção respeitante à readaptação profissional e Ao emprego de deficientes, 1983).

De acordo com Griffiths & Powell, (2012), apesar destas boas práticas, a realidade é ainda marcada por assimetrias significativas entre companhias, contextos regulatórios e segmentos de mercado. As companhias de baixo custo, por exemplo, apresentam em geral estruturas reduzidas de suporte institucional, maior prevalência de vínculos precários e menor capacidade de reconversão profissional, o que agrava a exposição dos tripulantes a consequências negativas após a perda da aptidão.

Em síntese, a implementação de práticas de RSC em contexto de inaptidão profissional não deve ser encarada como um gesto voluntarista, mas como uma obrigação ética que decorre da própria natureza da relação de trabalho. A forma como uma companhia aérea trata os seus trabalhadores inaptos constitui um indicador robusto da sua maturidade organizacional, da qualidade da sua cultura institucional e do grau de alinhamento com os princípios internacionais de sustentabilidade e justiça social.

2.6 ENQUADRAMENTO JURÍDICO NACIONAL E EUROPEU

A profissão de tripulante de cabine, pelas suas especificidades técnicas, operacionais e de segurança, está sujeita a um enquadramento jurídico complexo, que articula normas de direito europeu com legislação nacional em matéria de aviação civil, saúde ocupacional e direito do trabalho. Este enquadramento visa garantir simultaneamente a segurança das operações aéreas, a proteção da saúde dos trabalhadores e a harmonização dos requisitos legais entre os Estados-Membros da UE.

No plano europeu, o sistema normativo é estruturado em torno da regulamentação EASA, entidade criada pelo Regulamento (EU) n.º 1592/2002, (2002), atualmente revogado e substituído pelo Regulamento (EU) n.º 2018/1139, (2018), que estabelece o quadro jurídico geral da segurança da aviação civil na Europa. A EASA é responsável por definir os requisitos comuns em matéria de certificação, formação, qualificação médica e competências dos tripulantes de cabine, assegurando a aplicação uniforme das normas em todos os Estados-Membros.

Entre os diplomas regulamentares mais relevantes destaca-se o Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), que define os requisitos técnicos e administrativos para a certificação de pessoal da aviação civil, que regula a formação inicial, a avaliação médica, os requisitos linguísticos e os procedimentos para emissão do *Attestation*. Complementarmente, o Regulamento (EU) n.º 965/2012, (2012), relativo aos requisitos técnicos e operacionais das operações aéreas, estabelece as obrigações dos operadores em matéria de gestão dos tripulantes, nomeadamente no que respeita a tempos de serviço, repouso, familiarização com o tipo de aeronave e monitorização do desempenho.

Estes regulamentos são de aplicação direta nos Estados-Membros, o que significa que as suas disposições produzem efeitos legais obrigatórios sem necessidade de transposição legislativa. Cabe, contudo, às autoridades nacionais a sua implementação prática, supervisão e fiscalização. Em Portugal, esta responsabilidade é atribuída à ANAC, a quem compete emitir, suspender ou revogar os atestados dos tripulantes, supervisionar a formação e garantir o cumprimento dos requisitos médicos e operacionais previstos nos regulamentos europeus.

No plano nacional, o quadro jurídico da aviação civil assenta no Decreto-Lei n.º 186/2007, (2007), que fixa as condições de construção, certificação e exploração dos aeródromos civis e articula a aplicação da regulamentação europeia em Portugal; as competências de regulação, supervisão e certificação cabem à ANAC, nos termos dos seus Estatutos aprovados pela Lei n.º 40/2015, (2015). No domínio laboral, aplica-se o CT, (Lei n.º 7/2009, 2009), às relações dos tripulantes enquanto trabalhadores por conta de outrem, designadamente: artigos 281.º e 282.º, respeitantes à segurança e saúde no trabalho, artigos 283.º e 284.º, aos acidentes de trabalho e doenças profissionais e, quanto à cessação do contrato por inaptidão superveniente, o regime do despedimento por inadaptação, cf. arts. 373.º a 375.º.

A inaptidão médica definitiva para o voo pode ser juridicamente enquadrada como uma impossibilidade superveniente e objetiva de prestação de trabalho, na medida em que o trabalhador deixa de poder exercer as funções inerentes à sua categoria profissional.

No domínio laboral, aplica-se o CT, Lei n.º 7/2009, (2009), às relações dos tripulantes enquanto trabalhadores por conta de outrem, designadamente os arts. 281.º e 282.º, segurança e saúde no trabalho, e os arts. 283.º e 284.º, acidentes de trabalho e doenças profissionais. Quanto à inaptidão médica superveniente, a regra é a suspensão do contrato e, quando o impedimento se torne definitivo e não existam funções compatíveis, a caducidade do contrato; o despedimento por inadaptação, cf. arts. 373.º a 375.º, reporta-se a situações distintas e só é aplicável quando verificados os seus pressupostos específicos.

Ainda que a lei não faça menção expressa ao “reconhecimento por médico do trabalho”, na prática este é o profissional legalmente habilitado, no âmbito da MT, cf. arts. 281.º e 282.º, para avaliar a aptidão ou inaptidão do trabalhador e fundamentar, de forma objetiva, a ausência de alternativas de reconversão compatíveis com as suas capacidades residuais.

Em situações em que a inaptidão resulta de acidente de trabalho ou doença profissional, aplica-se a Lei n.º 98/2009, (2009), que regula o regime jurídico de reparação de acidentes de trabalho e atribui ao trabalhador direitos indemnizatórios, pensões vitalícias e mecanismos de reabilitação. A avaliação da incapacidade é realizada com base na Tabela Nacional De Incapacidades, (2008), aprovada pelo Decreto-Lei n.º

352/2007, de 23 de outubro, (2007), e pode culminar na atribuição do estatuto de IPATH.

Adicionalmente, os IRCT celebrados entre sindicatos e operadores aéreos introduzem normas específicas sobre cessação contratual, compensações adicionais, reconversão funcional e apoios sociais. Estes instrumentos, publicados em Boletim do Trabalho e Emprego⁵⁰ (BTE), caso de AE SATA e SNPVAC, (2024 e AE TAP e SNPVAC, (2024), reforçam a proteção dos tripulantes, em particular nos casos de afastamento definitivo da função por razões médicas.

O quadro jurídico nacional e europeu, embora robusto em termos formais, revela na prática alguns desafios significativos: dificuldades na articulação entre MT e avaliação médico-aeronáutica, morosidade dos processos de avaliação médico-legal, disparidade de critérios entre Estados-Membros e escassa previsibilidade na proteção pós-inaptidão.

2.6.1 REGULAMENTAÇÃO EUROPEIA EASA

A profissão de tripulante de cabine encontra-se regulada por um quadro normativo europeu harmonizado, desenvolvido sob a égide da EASA, que visa assegurar padrões uniformes de segurança operacional, formação e aptidão médico-funcional nos Estados-Membros da UE. Este enquadramento legal promove simultaneamente a proteção de passageiros e tripulantes e a mobilidade profissional no espaço europeu, através de certificação comum e reconhecimento mútuo de qualificações.

O diploma estruturante é o Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), da Comissão, de 3 de novembro de 2011, que estabelece requisitos técnicos e administrativos para a certificação do pessoal da aviação civil. No que respeita aos tripulantes de cabine, destacam-se dois conjuntos de normas: (i) a Parte-CC (*Cabin Crew*), que define os requisitos de formação inicial aprovada, emissão, suspensão e revogação do *Cabin Crew Attestation*, proficiência linguística e verificação contínua de competências; e (ii) a Parte-MED (Anexo IV), Subparte C, que estabelece os requisitos de aptidão médico-funcional

⁵⁰ Boletim do Trabalho e Emprego: Publicação oficial do Ministério do Trabalho que, na 1.ª série de periodicidade semanal, divulga regulamentação do trabalho, instrumentos de regulamentação coletiva e informação sobre organizações de trabalhadores e empregadores (Boletim do Trabalho e Emprego, n.º 38/2025, 2025).

específicos para tripulantes de cabine, incluindo a avaliação inicial e as reavaliações periódicas.

Em matéria médico-funcional, os tripulantes devem ser objeto de avaliação médico-aeronáutica antes da primeira afetação a funções em aeronave e, posteriormente, em intervalos máximos de 60 meses. A avaliação inicial inclui, pelo menos, anamnese dirigida e exame clínico dos sistemas cardiovascular, respiratório, músculo-esquelético, otorrinolaringológico e visual, incluindo visão cromática; as reavaliações subsequentes incluem anamnese e exame clínico “segundo a melhor prática aeromédica”, com exames adicionais sempre que clinicamente indicados. Concluída cada avaliação, o tripulante recebe um *Medical Report*, que indica a aptidão (apto/inapto), a data da próxima avaliação e eventuais limitações.

Quanto ao exercício de funções, a regulamentação é clara: os tripulantes não podem desempenhar deveres a bordo se tiverem consciência de qualquer diminuição da sua aptidão médico-funcional suscetível de comprometer a segurança, devendo, nesses casos, procurar aconselhamento aeromédico. Na prática, a inexistência ou caducidade do relatório médico válido impede o exercício das funções de cabine; não se trata, porém, de uma “suspensão automática” do *Cabin Crew Attestation* por si só, mas de uma impossibilidade operacional de exercer as prerrogativas enquanto não for restabelecida a aptidão e emitido novo relatório.

Complementarmente, o Regulamento (EU) n.º 965/2012, (2012), de 5 de outubro, estabelece requisitos técnicos e operacionais para a exploração segura das aeronaves. Entre outros, impõe aos operadores aéreos que: (i) designem formalmente os membros da tripulação de voo e de cabine, incluindo a designação do piloto-comandante por operação, nos termos da Parte-ORO (ORO.FC.105 e ORO.CC.100); (ii) assegurem a familiarização supervisionada no tipo de aeronave após a formação específica e a conversão do operador (ORO.CC.135); (iii) garantam formação periódica anual e respetivos controlos, bem como formação de atualização quando aplicável (ORO.CC.140 e ORO.CC.145); (iv) cumpram as limitações dos tempos de voo e de serviço e os requisitos de repouso estabelecidos na Subparte FTL (limites de 100 h/28 dias; 900 h/ano) e regras conexas; e (v) mantenham documentação e registos atualizados relativos à operação e à proficiência/treino, incluindo a documentação a bordo e o

tratamento/conservação de registos operacionais, conforme aplicável (CAT.GEN.MPA.190 e CAT.GEN.MPA.195).

No plano institucional, a EASA não se limita à produção normativa: publica igualmente *Acceptable Means of Compliance*⁵¹ (AMC) e *Guidance Material*⁵² (GM), instrumentos auxiliares para a aplicação correta dos regulamentos pelas companhias aéreas, autoridades nacionais e entidades formadoras.

Por seu turno, a Parte-ORO, *Organisation Requirements for Air Operations*, anexa ao Regulamento (EU) n.º 965/2012, (2012), estabelece obrigações específicas de organização e de gestão, incluindo gestão de RH a bordo, avaliação contínua da proficiência em contexto operacional e reportes obrigatórios de ocorrências em articulação com o quadro europeu de reporte de segurança.

A articulação entre estes regulamentos visa garantir um sistema coerente de certificação, supervisão e vigilância da saúde ocupacional dos tripulantes, integrando a sua atividade nas estratégias europeias de segurança aérea. A sua aplicação direta obriga as companhias aéreas a adotar procedimentos internos alinhados com os requisitos comunitários, enquanto impõe às autoridades nacionais o dever de supervisão eficaz, em articulação com os princípios do Regulamento (EU) n.º 2018/1139, (2018), que estabelece o regime jurídico da segurança da aviação civil na UE.

Não obstante, a literatura e os manuais de referência, em particular Siedenburger, (2009) e Doc 8984, *Manual of Civil Aviation Medicine*, (2012), assinalam a persistência de obstáculos à harmonização efetiva na aplicação destes regulamentos. Entre os problemas mais recorrentes contam-se: a interpretação divergente dos critérios médicos por parte dos examinadores aeronáuticos; a disparidade nos prazos e nos procedimentos de decisão sobre a aptidão/inaptidão; a inexistência de protocolos clínicos partilhados entre Estados-Membros; e a insuficiente integração entre os sistemas de MT e de MA.

⁵¹ *Acceptable Means of Compliance*: Material não vinculativo adotado pela EASA que ilustra uma via aceitável para demonstrar conformidade com o Regulamento de Base e os Regulamentos de Execução; a sua observância confere presunção de conformidade, podendo os operadores/autoridades propor *Alternative Means of Compliance* (AltMoC) sujeitos a aceitação da autoridade competente (European Union Aviation Safety Agency, 2025; European Union Aviation Safety Agency (EASA), 2024).

⁵² *Guidance Material*: Material não vinculativo, de natureza explicativa e interpretativa, destinado a apoiar a compreensão e a aplicação do Regulamento de Base, das *Implementing Rules* (IR), dos AMC e das CS; contém informação e exemplos para auxiliar a interpretação e aplicação dessas normas (EASA, 2025b; Easy Access Rules for Aircrew - Regulation (EU) N.º 1178/2011, 2024).

Estes aspetos serão analisados na secção seguinte, com referência a casos práticos de jurisprudência nacional que ilustram as dificuldades de aplicação e os impactos concretos das normas europeias no contexto laboral dos tripulantes de cabine em Portugal.

2.6.2 JURISPRUDÊNCIA NACIONAL RELEVANTE

A interpretação e aplicação das normas legais relativas à inaptidão profissional dos tripulantes de cabine em Portugal têm sido objeto de atenção continuada pelos tribunais superiores. A jurisprudência produzida em matéria de acidentes de trabalho, cessação do contrato por inaptidão permanente e responsabilidade das entidades empregadoras e seguradoras revela a complexidade da transposição dos princípios normativos para a realidade concreta dos casos individuais.

Nos termos dos arts. 8.º e 9.º da Lei n.º 98/2009 de 4 de setembro, (2009), o acidente é qualificado como de trabalho quando verificado no local e no tempo de trabalho ou em situações legalmente equiparadas, tais como trajetos, formação, representação, ou serviços determinados/consentidos pelo empregador, não se exigindo que ocorra a bordo da aeronave; sendo no estrangeiro, aplicam-se as regras do art. 6.º.

Esta orientação tem sido densificada através de três critérios principais: (i) a verificação de tempo e local de trabalho em sentido funcional, abrangendo contextos operacionais ligados à missão de voo; (ii) a demonstração do nexo causal entre o evento e as tarefas atribuídas; e (iii) a identificação de riscos específicos da atividade aeronáutica, como o manuseamento em cabine, operações de embarque ou desembarque e exposições típicas do voo.

Um caso paradigmático é o Acórdão TRL 2582/20.1T8CSC.L1-4, (2024), relativo a um tripulante de cabine que sofreu um sinistro em voo quando a aeronave foi atingida por um raio. O Tribunal reconheceu o acidente como laboral, sublinhando que a decisão da MA, que declarou o tripulante inapto, *Medical Report Unfit*, deve ser ponderada na apreciação da incapacidade e da eventual IPATH, confirmando também a aplicação do fator de bonificação de 1,5 previsto na Tabela Nacional De Incapacidades, (2008).

Em sentido diverso, o Acórdão TRL 26581/15.6T8LSB.L1-4, (2022), recusou enquadrar como acidente de trabalho um episódio de mal-estar súbito ocorrido em voo,

concluindo que se tratava de manifestação de um síndrome vertiginoso associado a fadiga e ansiedade prolongadas. O Tribunal entendeu que a situação não resultava de um evento súbito e externo, mas antes de uma doença profissional ou condição degenerativa, revelando uma zona cinzenta na fronteira entre acidente de trabalho e doença profissional.

Outra linha jurisprudencial centra-se na cessação do contrato de trabalho por inaptidão superveniente, prevista nos artigos 283.º e 284.º do CT. Os tribunais têm exigido que a declaração de inaptidão seja devidamente fundamentada por parecer médico e acompanhada da prova de tentativas razoáveis de readaptação ou reconversão funcional.

O Acórdão TRL 27397/19.6T8LSB.1.L1-4, (2024), relativo a um tripulante de cabine, clarificou que a cessação do contrato por IPATH não dispensa a verificação da possibilidade de afetação a outras funções compatíveis, em conformidade com o princípio da continuidade da relação laboral. O Tribunal enfatizou que, ainda que a MA tivesse declarado a trabalhadora “inapta definitivamente para o voo”, competia averiguar se a incapacidade resultava efetivamente do acidente de trabalho e se existiam funções alternativas que pudessem ser desempenhadas.

No domínio da reparação económica, a jurisprudência tem reafirmado que a atribuição de pensões por IPATH deve atender à perda efetiva da capacidade de ganho, tomando como referência a retribuição anual global efetivamente auferida e não valores formais ou desatualizados.

O Acórdão TRL 4361/10.5TTLSB.L1-4, (2017) é ilustrativo. Embora centrado na análise crítica da prova pericial, o Tribunal destacou que a fixação da pensão deve basear-se na realidade remuneratória do trabalhador, incluindo salário base e prestações complementares, e que o juiz deve exercer um juízo crítico sobre os laudos periciais, ponderando eventuais incongruências entre exames especializados.

No mesmo sentido, o Acórdão TRL 16759/20.6T8LSB.L1-4, (2023), relativo a um tripulante de cabine, reforçou a importância da decisão da MA para efeitos de reconhecimento de IPATH, evidenciando que a avaliação da incapacidade no setor da aviação civil exige critérios específicos e alinhados com a segurança operacional.

A jurisprudência tem igualmente reforçado a importância do dever de cooperação da entidade empregadora durante o processo de avaliação da incapacidade, exigindo informação clara e atempada ao trabalhador sobre direitos, exames médicos e mecanismos de recurso. A mera delegação do acompanhamento para seguradoras não exonera a empresa da sua responsabilidade.

No Acórdão TRL 27397/19.6T8LSB.1.L1-4, (2024), o Tribunal valorizou a articulação entre diferentes perícias — exame singular, juntas médicas e avaliação de MA — e sublinhou que as decisões de aptidão ou inaptidão devem ser fundamentadas e comunicadas de forma transparente, sob pena de violação dos princípios da boa-fé e da proteção da confiança legítima .

O mesmo acórdão acrescentou que a inaptidão declarada pela MA, com subsequente reconversão para funções em terra, deve ser enquadrada juridicamente à luz da IPATH. O Tribunal reafirmou que a pensão e o subsídio de elevada incapacidade devem refletir a perda efetiva de capacidade de ganho, podendo o juiz recorrer ao prudente arbítrio e à comparação com colegas de categoria e antiguidade equivalentes. Sublinhou-se ainda a necessidade de repartição proporcional de responsabilidades entre seguradora e empregadora, de acordo com os limites transferidos e a retribuição efetiva.

Por fim, ainda o Acórdão TRL 27397/19.6T8LSB.1.L1-4, (2024), enfatizou a centralidade da prova médico-legal qualificada na fixação da incapacidade. O Tribunal reconheceu que, em casos envolvendo tripulantes de cabine, a avaliação da MA deve ser considerada em conjugação com a perícia do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, reforçando a necessidade de uma abordagem multidisciplinar.

Em síntese, a jurisprudência nacional recente reconhece as especificidades do trabalho aéreo, em particular no que respeita aos tripulantes de cabine, na apreciação das situações de inaptidão e acidente de trabalho. A orientação dominante sublinha: (i) a centralidade da prova médica especializada; (ii) o dever das empresas de assegurar um acompanhamento diligente e transparente; e (iii) a exigência de procedimentos conformes aos princípios da continuidade da relação laboral, da reparação integral e da proteção da confiança do trabalhador.

Apesar da evolução consistente, subsistem áreas de incerteza, nomeadamente na fronteira entre acidente de trabalho e doença profissional e na articulação entre a MA e a perícia judicial. Estas zonas cinzentas revelam a necessidade de harmonização interpretativa, sob pena de decisões divergentes afetarem a proteção jurídica de trabalhadores particularmente expostos aos riscos e exigências específicas da aviação civil.

3 METODOLOGIA E DADOS

3.1 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A presente investigação centra-se na problemática da inaptidão permanente dos tripulantes na aviação comercial, abordando a forma como a avaliação médica, as práticas organizacionais no domínio da RSC e os processos médico-legais influenciam a gestão e o impacto desta realidade sobre os trabalhadores afetados. A natureza complexa e multidimensional do fenómeno em análise, que cruza aspetos médicos, organizacionais, jurídicos e sobretudo humanos, justifica a adoção de uma abordagem metodológica qualitativa, orientada para a compreensão aprofundada das experiências vividas, das perceções dos intervenientes e das dinâmicas institucionais associadas.

Os estudos qualitativos são particularmente indicados quando se procura compreender fenómenos em profundidade, privilegiando a voz dos participantes, o contexto em que as situações ocorrem e os significados subjetivos que lhes são atribuídos. Assim, e atendendo ao carácter exploratório do tema, foi delineado um estudo qualitativo, de natureza descritiva e interpretativa, assente em técnicas de recolha e análise de dados que privilegiam a narrativa, o testemunho e a análise documental, com o objetivo de gerar conhecimento compreensivo e útil à prática organizacional e à formulação de políticas.

Neste enquadramento, o presente estudo adota um desenho metodológico de estudo de caso múltiplo, centrado na recolha e análise de informação proveniente de intervenientes direta ou indiretamente envolvidos no processo de inaptidão permanente de tripulantes. Foram selecionados participantes com experiências diferenciadas do fenómeno, incluindo tripulantes inaptos em definitivo por acidente de trabalho, médicos especialistas em MT, examinadores médicos aeronáuticos, representantes da autoridade nacional de aviação civil, elementos dos departamentos de RH e responsabilidade social das companhias aéreas, dirigentes sindicais e juristas com experiência no domínio laboral e aeronáutico. Esta diversidade permite captar uma multiplicidade de perspetivas relevantes para a compreensão aprofundada do fenómeno.

A opção pelo estudo de caso múltiplo, em detrimento de um estudo de caso único, justifica-se pela necessidade de captar práticas, experiências e enquadramentos organizacionais diversos, reconhecendo que a gestão da inaptidão pode variar entre companhias aéreas e entre casos individuais, mesmo dentro de um mesmo enquadramento legal. Esta variação constitui um elemento de interesse analítico, na medida em que permite identificar padrões, boas práticas e lacunas que exigem resposta estruturada.

Este desenho metodológico visa assegurar uma visão holística e multifacetada da realidade em estudo, possibilitando a triangulação de dados recolhidos por diferentes meios e provenientes de diferentes fontes. A triangulação constitui um dos principais mecanismos de reforço da credibilidade e validade interna da investigação qualitativa, ao permitir a convergência de perspetivas sobre os mesmos fenómenos.

No que respeita à epistemologia subjacente, esta investigação alinha-se com uma perspetiva construtivista, assumindo que a realidade social é construída pelas interações e interpretações dos atores envolvidos. Assim, mais do que procurar verdades absolutas ou relações causais universais, este estudo procura compreender os significados atribuídos à inaptidão permanente pelos seus protagonistas, bem como os enquadramentos jurídicos, legais, normativos, institucionais e culturais que moldam tais significados.

A natureza indutiva da investigação é outro aspeto relevante, uma vez que se pretende que os resultados emergentes da análise dos dados possam contribuir para a construção de recomendações fundamentadas e para a problematização teórica do fenómeno em estudo. A abordagem metodológica aqui delineada permite, portanto, um espaço de descoberta e de abertura à complexidade, favorecendo a emergência de categorias analíticas não antecipadas e proporcionando uma compreensão densa dos casos investigados.

No plano da recolha de dados, foram mobilizados dois instrumentos principais: (i) entrevistas semiestruturadas, conduzidas com base em guiões previamente construídos e validados, e (ii) análise documental, centrada na recolha e sistematização de legislação e regulamentação aplicável, acordos coletivos de trabalho, acórdãos do Tribunal da Relação (TR) e documentos normativos relevantes. Esta combinação segue uma lógica

de triangulação metodológica, permitindo cruzar fontes distintas e assim reforçar a consistência interpretativa e a riqueza dos resultados.

De acordo com Seidman (2006) as entrevistas, ao privilegiarem o ponto de vista dos sujeitos, permitem aceder a experiências vividas, interpretações subjetivas e significados atribuídos à inaptidão permanente. Por sua vez, os documentos analisados, nomeadamente políticas, pareceres ou regulamentos, fornecem elementos objetivos e contextuais que enquadram institucionalmente essas experiências (Bowen, 2009). Esta estratégia contribui, assim, para uma leitura crítica e contextualizada do fenómeno, integrando as vozes dos participantes com os sistemas normativos e organizacionais que as moldam (Denzin & Lincoln, 2011).

As entrevistas permitiram aceder a experiências e percepções de um conjunto diversificado de participantes, selecionados por amostragem intencional com base na sua relevância para os objetivos da investigação. Foram entrevistados 24 participantes, abrangendo perfis profissionais variados e garantindo a cobertura das dimensões experiencial, clínica, institucional e jurídica associadas à inaptidão permanente na aviação comercial. Esta diversidade contribuiu para uma análise crítica e contextualizada do fenómeno em estudo, cruzando vozes individuais com os enquadramentos institucionais em que se inserem. Foram respeitados todos os princípios éticos inerentes à investigação em ciências sociais, incluindo o consentimento informado, a confidencialidade e o direito à desistência.

Relativamente à análise de dados, foi aplicada uma análise de conteúdo temática, combinando codificação aberta e axial, conforme Corbin & Strauss, (2014). Este processo foi apoiado pelo *software* de análise qualitativa MAXQDA 2024, que permitiu organizar, codificar e explorar sistematicamente os dados provenientes das entrevistas e dos documentos recolhidos. Em concordância com Braun e Clarke (2006), a análise foi conduzida de forma iterativa e reflexiva, com sucessivas leituras do *corpus* textual, visando a identificação de categorias emergentes, padrões de sentido, recorrências e relações significativas para os objetivos da investigação. O uso do MAXQDA 2024 facilitou também a triangulação de fontes e a visualização gráfica de redes temáticas e coocorrências, contribuindo para reforçar o rigor metodológico, a transparência do processo analítico e a coerência interpretativa dos resultados obtidos.

Para reforçar a fiabilidade, o processo analítico incluiu *peer debriefing*⁵³ com o orientador e a manutenção de *audit trail*⁵⁴.

Importa ainda referir que, para além da análise empírica, este estudo é ancorado numa revisão sistemática da literatura, realizada com o objetivo de identificar o estado de arte sobre o tema, mapear lacunas de conhecimento e sustentar teoricamente a problematização e a discussão dos resultados. A revisão de literatura integra um conjunto diversificado de fontes, incluindo fontes académicas, como artigos científicos, dissertações, teses e obras de referência, bem como fontes institucionais, nomeadamente regulamentação emitida pela EASA e ICAO. Foram igualmente considerados acórdãos proferidos pelos Tribunais da Relação, no âmbito do sistema judicial português, com relevância para a interpretação jurídica de casos de inaptidão laboral e atribuição de IPATH.

Em suma, o enquadramento metodológico adotado nesta dissertação visou garantir a profundidade, a relevância e a aplicabilidade dos conhecimentos gerados, contribuindo para a melhoria das práticas institucionais, para a humanização das respostas organizacionais e para a valorização dos profissionais que, por motivos de saúde, se veem forçados a abandonar uma carreira exigente e altamente especializada. A metodologia adotada pretendeu, assim, dar expressão aos silêncios existentes no sector da aviação - silêncios que emergem quando um profissional é declarado inapto para o exercício das suas funções e, simbolicamente, 'perde as suas asas', sem, contudo, abdicar do seu direito à dignidade e à justa reparação do dano sofrido.

3.2 DESENHO DO ESTUDO

O desenho do estudo adotado nesta investigação assentou na metodologia qualitativa, concretizada através de um estudo de caso múltiplo, orientado para a análise interpretativa das experiências, práticas e enquadramentos institucionais associados à inaptidão permanente dos tripulantes na aviação comercial. Esta opção metodológica

⁵³ *Peer debriefing*: Procedimento de validação em investigação qualitativa que consiste na exposição sistemática das opções metodológicas e interpretações do investigador a um colega crítico externo à recolha/análise, com vista a reforçar a credibilidade, identificar vieses e desafiar explicações alternativas (Spall, 1998).

⁵⁴ *Audit trail*: Registo sistemático, cronológico e rastreável de decisões, procedimentos, versões de dados, memos analíticos, códigos/categorias e produtos intermédios, que permite a um revisor externo seguir o percurso metodológico e analítico de um estudo, reforçando a *dependability* e a *confirmability* da investigação qualitativa (Nowell et al., 2017).

encontra fundamento na necessidade de explorar em profundidade um fenómeno complexo, sensível e ainda pouco documentado em literatura científica, exigindo uma abordagem que privilegie a compreensão contextualizada e a multiplicidade de perspetivas dos atores envolvidos.

O estudo de caso múltiplo, conforme Yin (2009), permite analisar de forma comparada várias unidades de observação, por exemplo, diferentes trajetórias de inaptidão ou diferentes companhias aéreas, possibilitando identificar regularidades e contrastes que enriqueçam a compreensão do fenómeno em estudo. Ao invés de procurar exclusivamente generalizações estatísticas, este tipo de abordagem visa construir inferências analíticas, ancoradas em dados empíricos densos, que possam informar práticas futuras, políticas públicas e investigação académica.

No contexto da presente dissertação, o estudo incide sobre quatro dimensões interligadas:

- Dimensão humana, centrada no indivíduo tripulante de cabine;
- Dimensão médica, relativa aos processos de MT e MA;
- Dimensão organizacional e social, incluindo RSC e representação sindical;
- Dimensão jurídico-laboral, referente ao enquadramento normativo, às competências da ANAC e aos processos médico-legais.

Este desenho permite uma abordagem integrada e transversal, contribuindo para identificar zonas de fricção, incoerência ou ausência de resposta na *interface* entre os sistemas médico, organizacional e jurídico em relação ao indivíduo sinistrado. O estudo considera tanto a perspetiva institucional, expressa através da análise documental e das entrevistas a responsáveis dos diversos *stakeholders*, como a perspetiva individual dos tripulantes afetados, reconhecendo a centralidade da sua experiência subjetiva enquanto principal ponto de entrada na problemática da inaptidão.

As unidades de análise serão constituídas por casos reais de tripulantes que tenham sido sujeitos a um processo de inaptidão permanente decorrente de acidente de trabalho nos últimos 10 anos, em Portugal, assim como por representantes de entidades com responsabilidade direta ou indireta neste tipo de processos. O critério para a seleção dos casos assenta na relevância para os objetivos da investigação, na diversidade de

contextos organizacionais, e na possibilidade de acesso ético e informado aos participantes.

Este desenho metodológico permitiu, por um lado, compreender os percursos vividos pelos profissionais afetados, e por outro, identificar como os sistemas médico, organizacional e jurídico, respondem a estas situações. O objetivo foi, assim, produzir um quadro compreensivo e propositivo, orientado para a identificação de práticas vigentes, evidência de boas práticas e formulação de propostas de melhoria sustentadas empiricamente.

A análise comparativa entre casos, facilitada pela estrutura modular do estudo de caso múltiplo, permitiu identificar fatores críticos de sucesso e constrangimentos estruturais que condicionam a proteção e a valorização dos profissionais afetados. Este desenho articula-se, adicionalmente, com a análise crítica da literatura e com os resultados da análise documental, assegurando uma leitura triangulada e metodologicamente robusta.

Deste modo, o desenho de estudo adotado revela-se coerente com os objetivos do trabalho, sensível à complexidade do fenómeno e orientado para a produção de conhecimento aplicável à melhoria de políticas e práticas em saúde ocupacional e responsabilidade social na aviação comercial.

Por fim, o investigador reconhece a sua posicionalidade enquanto ex-tripulante de cabine e, atualmente, analista de segurança operacional numa companhia aérea nacional. Embora esta trajetória proporcione conhecimento privilegiado sobre o setor, pode também influenciar a interpretação dos dados; para mitigar enviesamentos, foram mantidos registos reflexivos e realizado *peer debriefing* regular com o orientador.

3.3 PARTICIPANTES

A definição da amostra da presente investigação obedeceu a uma lógica de amostragem intencional, de natureza não probabilística, assente na relevância dos participantes para os objetivos do estudo. Tendo em consideração a complexidade e a natureza multidimensional da inaptidão permanente dos tripulantes, a seleção dos participantes procurou abranger diferentes perspetivas, experiências e papéis institucionais

associados ao fenómeno, garantindo assim a riqueza e a diversidade dos dados recolhidos.

A composição da amostra foi estruturada em dois grupos principais:

- Tripulantes afetados por inaptidão permanente;
- Especialistas e decisores institucionais.

De forma a sintetizar o perfil da amostra, apresenta-se a seguir a Tabela 2, quadro de caracterização dos participantes por grupo e género, mantendo a confidencialidade individual.

Tabela 2 - Tabela de perfil da amostra

Fonte: Elaboração própria

Grupo de Participantes	N	Género (M/F)	Observações
Tripulantes de Cabine Inaptos	15	5M / 10F	Experiência em duas companhias aéreas
Especialistas em Medicina Do Trabalho	1	1F	Experiência em saúde ocupacional na aviação
Especialistas em Medicina Aeronáutica	2	2M	Certificação EASA Parte MED
Representantes Sindicais	2	2M	Sindicato nacional de tripulantes de cabine da aviação civil
Representantes Companhias Aéreas (RH/SST)	1	1M	Áreas de RH e segurança e saúde no trabalho
Juristas e Advogados	2	2F	Especialização em direito laboral e acidentes de trabalho em aviação civil
Representantes ANAC	1	1M	Autoridade reguladora e certificadora
Total	24	11M/13F	—

3.3.1 TRIPULANTES AFETADOS POR INAPTIDÃO PERMANENTE

Este grupo constitui o núcleo central da investigação, pois incorpora os sujeitos diretamente atingidos pela condição em estudo. Foram incluídos nesta categoria profissionais da aviação comercial que, na sequência de um acidente de trabalho e

decisão médica, foram declarados inaptos de forma permanente para o exercício da sua função a bordo.

A seleção destes participantes obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

- Terem exercido a função de tripulante de cabine em companhias aéreas comerciais certificadas ao abrigo da regulamentação europeia;
- Terem sido formalmente declarados inaptos para o voo de forma permanente, através de parecer médico validado por autoridade competente;
- Terem experienciado, no mínimo, seis meses de afastamento da atividade aeronáutica à data da entrevista;
- Manifestarem disponibilidade e consentimento informado para participar na investigação.

Através destes participantes, pretendeu-se compreender, de forma empática e aprofundada, o impacto da inaptidão permanente na trajetória profissional e pessoal dos tripulantes, bem como as implicações emocionais e identitárias associadas à cessação da atividade aérea. Procurou-se igualmente explorar a perceção dos mesmos relativamente à clareza e transparência dos critérios utilizados na avaliação médica, aos mecanismos de resposta institucional acionados — ou à sua ausência — por parte das companhias aéreas enquanto entidades empregadoras, e ainda às vivências subjetivas relacionadas com o processo médico-legal subsequente no apuramento de responsabilidades e reparação do dano.

3.3.2 ESPECIALISTAS E DECISORES INSTITUCIONAIS

O segundo grupo de participantes é composto por profissionais com responsabilidade na avaliação, aconselhamento e/ou tomada de decisão em matérias relacionadas com a inaptidão permanente, oriundos de diferentes áreas de atuação que manifestaram disponibilidade e consentimento informado para colaborar na investigação, nomeadamente:

- Médicos especialistas em MT;
- Médicos especialistas em MA e/ou Examinadores médicos aeronáuticos;
- Representantes dos departamentos de RH e/ou de SST;

- Representantes de estruturas sindicais do setor da aviação;
- Juristas com especialização em direito do trabalho aplicado ao setor aeronáutico.
- Representantes da Autoridade Nacional da Aviação Civil.

A inclusão de médicos de trabalho e de especialistas em MA, justifica-se pela centralidade das suas funções na avaliação da aptidão dos tripulantes. Enquanto os primeiros integram os sistemas internos de vigilância da saúde laboral e emitem pareceres técnicos, os segundos detêm competências específicas na avaliação médico-aeronáutica, à luz da regulamentação europeia e internacional. As suas perspetivas são essenciais para compreender os critérios aplicados, as margens de interpretação técnica e eventuais lacunas nos procedimentos.

A participação de representantes dos gabinetes de RH, das áreas de responsabilidade social, segurança e saúde no trabalho, bem como de estruturas sindicais do setor da aviação, assenta na responsabilidade institucional e partilhada que estes atores detêm na gestão das situações de inaptidão permanente. Estes profissionais intervêm na definição de políticas de apoio aos trabalhadores, na conceção de programas de reconversão ou reintegração profissional e na mediação de conflitos laborais. A sua visão permite avaliar a articulação entre os compromissos formais das companhias e as práticas efetivamente adotadas perante os tripulantes afetados.

A presença de juristas com especialização em direito do trabalho, com experiência comprovada em processos judiciais relacionados com a atribuição da IPATH, visa aprofundar a análise crítica dos enquadramentos jurídicos, das garantias processuais e dos mecanismos de reparação ao dispor dos trabalhadores sinistrados. Estes profissionais permitem ainda identificar dificuldades recorrentes na prova da incapacidade, fragilidades processuais e a forma como as companhias aéreas assumem (ou delegam) responsabilidades em matéria de saúde e segurança no trabalho.

Por fim, a inclusão da participação de representantes da Autoridade Aeronáutica Nacional permite integrar a perspetiva do regulador nacional, assegurando o enquadramento das práticas e decisões à luz das normas técnicas e regulamentares aplicáveis ao setor aéreo. O seu contributo é essencial para compreender de que forma a autoridade interpreta e aplica os mecanismos de certificação, fiscalização e

harmonização normativa, clarificando responsabilidades institucionais e promovendo maior coerência nos processos de resposta à inaptidão permanente.

A diversidade de perfis representados neste grupo possibilitou o acesso a uma leitura alargada, crítica e interdisciplinar do fenómeno da inaptidão permanente na aviação comercial, permitindo a identificação de zonas de ambiguidade normativa, sobreposição de competências institucionais e lacunas procedimentais nos modelos atuais de resposta.

3.3.3 DIMENSÕES TRANSVERSAIS NA SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Em todos os grupos de participantes, privilegiou-se a relação direta com a temática e o nível de conhecimento decorrente da participação efetiva em processos de inaptidão permanente. Procurou-se, sempre que possível, diversidade e representatividade contextual (género, diferentes companhias e dimensões organizacionais), de modo a ampliar a heterogeneidade dos testemunhos e enriquecer a análise. A seleção foi progressiva, recorrendo-se à técnica de *snowball sampling*⁵⁵, sobretudo junto dos tripulantes inaptos, dada a sensibilidade do tema e a dificuldade de acesso direto. Confidencialidade e anonimato foram assegurados desde o primeiro contacto, bem como o direito de desistência a qualquer momento.

Incluíram-se tripulantes de cabine declarados definitivamente inaptos por acidente de trabalho, especialistas em Medicina do Trabalho e especialistas em Medicina Aeronáutica com experiência em aviação comercial, e ainda representantes sindicais, responsáveis de RH/SST, juristas e representantes da ANAC com funções diretamente ligadas à regulação, gestão de casos de inaptidão ou práticas de RSC. Excluíram-se tripulantes inaptos por doença comum e doença profissional ou por inaptidão temporária, bem como profissionais sem ligação direta à aviação ou sem experiência comprovada no tema.

A saturação teórica foi atingida no grupo dos tripulantes de cabine por volta da 13.ª entrevista, momento em que deixaram de emergir novas categorias relevantes de análise. As duas entrevistas subsequentes confirmaram a repetição dos padrões já

⁵⁵ *Snowball sampling*: Técnica de amostragem não probabilística em que um conjunto inicial de participantes indica/recruta novos participantes, adequada a populações ocultas ou de difícil acesso, mas sujeita a viés de rede e limitações de representatividade (Goodman, 1961).

identificados, permitindo consolidar a consistência dos resultados e justificar o encerramento da recolha neste grupo. Nos demais grupos de participantes, condicionada pela aceitação de participação na investigação, a saturação foi avaliada com base na redundância temática e na suficiência informacional, atendendo ao menor número de elementos, mas à relevância crítica dos seus perfis para os objetivos da investigação. Assim, a amostra final (n=24) foi considerada suficiente para responder aos objetivos do estudo.

3.3.4 NÚMERO DE PARTICIPANTES

A estimativa inicial previa a participação de 20 a 30 indivíduos, distribuídos de forma equilibrada pelos diferentes grupos definidos na amostra. No que respeita ao grupo dos tripulantes, o número final de participantes foi ajustado com base no princípio da saturação teórica, ou seja, a recolha de dados foi interrompida quando se verificou que os testemunhos adicionais já não aportavam contributos significativos ou novas dimensões às categorias analíticas emergentes, não se justificando, assim, a continuação da recolha por motivos de redundância informativa.

Adicionalmente, foi salvaguardada a premissa de que a amostra de tripulantes inaptos deveria ser proporcionalmente significativa em relação à perceção do investigador em relação ao universo de casos registados nos últimos 10 anos, procurando assegurar-se, dentro dos limites do acesso ético e prático aos participantes, uma representatividade suficiente para refletir a diversidade de experiências, contextos e implicações associadas à inaptidão permanente no setor da aviação comercial.

3.3.5 GARANTIAS ÉTICAS NA PARTICIPAÇÃO

Todos os participantes foram previamente informados sobre os objetivos da investigação, os procedimentos de recolha e tratamento de dados, bem como sobre os seus direitos enquanto participantes, nomeadamente o direito à confidencialidade, à voluntariedade da participação e à utilização exclusiva dos dados para fins científicos. Após a realização de cada entrevista, foi enviada ao respetivo participante a transcrição integral da mesma, com vista à sua validação e eventual correção, assegurando a fidelidade do registo. O consentimento informado foi obtido verbalmente ou por escrito

antes da inclusão dos dados na análise, em conformidade com os princípios éticos fundamentais aplicáveis à investigação em ciências sociais.

3.4 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A investigação proposta, de natureza qualitativa e exploratória, baseia-se na recolha de dados primários e secundários através de dois instrumentos principais: entrevistas semiestruturadas e análise documental. Estes instrumentos foram selecionados por permitirem uma aproximação aprofundada ao fenómeno da inaptidão permanente dos tripulantes na aviação comercial, integrando as múltiplas dimensões que o caracterizam — médica, organizacional, jurídica e humana.

3.4.1 ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

A entrevista semiestruturada constitui o principal instrumento de recolha de dados nesta investigação, uma vez que possibilita ao investigador aceder às perspetivas dos participantes, compreendendo os seus significados, vivências e interpretações sobre a realidade em estudo. De acordo com Kvale, (2006), este tipo de entrevista conjuga uma estrutura orientadora com abertura à espontaneidade e à profundidade do discurso, revelando-se particularmente eficaz em investigações qualitativas centradas em experiências humanas complexas.

As entrevistas foram realizadas individualmente, com base num guião previamente delineado, estruturado em blocos temáticos adaptados aos diferentes perfis dos participantes. Embora orientado, o guião permitiu ajustamentos ao longo da conversa, favorecendo o surgimento de temas pertinentes não antecipados. A construção do guião assentou na revisão da literatura e na definição dos objetivos da investigação.

Antes do início formal de cada entrevista, foi realizada uma breve introdução com o propósito de contextualizar o participante, promover a transparência do processo e estabelecer um ambiente de confiança e colaboração. A sessão iniciava-se com a apresentação do entrevistador, responsável pela presente investigação académica, e a explicação clara dos objetivos do estudo: compreender os processos que conduzem à declaração de inaptidão permanente dos tripulantes na aviação comercial, com especial enfoque nos critérios e procedimentos médicos, nas práticas médico-legais e nos mecanismos de RSC implementados pelas companhias aéreas.

Foi explicado que a entrevista, de natureza semiestruturada, seguiria um guião temático concebido para garantir coerência na condução das entrevistas, sem comprometer a liberdade, profundidade e autenticidade das respostas. Este formato permitiu a recolha de informação comparável entre os diferentes participantes, respeitando simultaneamente a especificidade das suas experiências e pontos de vista.

As entrevistas tiveram uma duração entre 30 e 60 minutos aproximadamente. No caso dos tripulantes, foi garantido o anonimato e referências particulares passíveis de identificação, e em todos os casos, a confidencialidade das informações partilhadas, em conformidade com os princípios éticos que regem a investigação científica. Solicitou-se o consentimento informado para a gravação áudio da entrevista, destinada unicamente à transcrição e análise dos dados.

Os guiões foram adaptados às especificidades do domínio de atuação de cada participante e organizados em blocos temáticos, os quais são apresentados de seguida. Assim, serão descritos apenas os conteúdos de cada guião aplicado, sem repetição dos elementos introdutórios e de encerramento aqui apresentados.

No final de cada entrevista, foi expressa uma palavra de agradecimento pela disponibilidade e pela valiosa partilha de conhecimentos, sendo reafirmado o compromisso de utilização exclusiva dos dados recolhidos para fins académicos. Sempre que pertinente, foi também obtida autorização para um eventual contacto futuro, destinado ao esclarecimento de dúvidas ou validação de interpretações.

GUIÃO DE ENTREVISTA A TRIPULANTES DE CABINE

No caso dos tripulantes, o guião de entrevista, cf. Tabela 3, foi cuidadosamente estruturado em seis blocos temáticos, permitindo uma abordagem sistemática e aprofundada das suas vivências enquanto profissionais declarados inaptos em definitivo para o voo, na sequência de acidentes de trabalho.

O Bloco I — Contexto Profissional e Acidente de Trabalho: visa conhecer o percurso profissional do participante, desde o início da sua carreira como tripulante até ao momento da inaptidão. São exploradas as circunstâncias do acidente de trabalho, a natureza das lesões sofridas e o reconhecimento da MT, permitindo compreender o enquadramento e os antecedentes da situação vivida.

O Bloco II — Processo de Avaliação Médica: incide sobre as etapas clínicas e administrativas que conduziram à declaração de inaptidão. Este bloco permite mapear os exames e avaliações realizados, o acesso a segundas opiniões médicas, a clareza dos critérios utilizados pelas equipas de MT e MA, e a eventual existência de divergências nos pareceres. Visa ainda compreender o tempo decorrido, os obstáculos enfrentados e a perceção de justiça por parte do tripulante relativamente à decisão final.

O Bloco III — Impacto da Inaptidão e Apoios Recebidos: debruça-se sobre as consequências emocionais, financeiras e profissionais da declaração de inaptidão. São também abordadas as formas de apoio prestadas — ou a sua ausência — tanto ao nível psicológico como médico e institucional. Analisa-se ainda a comunicação entre os diferentes intervenientes (MT, MA e companhia aérea), bem como eventuais interferências externas no processo clínico.

O Bloco IV — Atuação da Companhia Aérea e Responsabilidade Social: avalia a resposta da companhia aérea à situação do tripulante, desde o contacto inicial até à disponibilização de medidas de apoio. Inclui o acesso a outras funções dentro da organização, programas de requalificação profissional, manutenção do vínculo laboral, seguros de inaptidão e garantias financeiras. Este bloco permite aferir se existem práticas consistentes de RSC e se os departamentos de RH e segurança e saúde no trabalho desempenham um papel ativo na gestão destes casos.

O Bloco V — Processo Legal e Proteção Institucional: explora a necessidade de recurso ao sistema judicial para o reconhecimento de direitos, como o acesso à IPATH. Analisa-se a duração dos processos, a atuação das seguradoras, a qualidade das perícias médico-legais, a equidade das decisões judiciais e o impacto da morosidade processual. São ainda consideradas as lacunas legislativas identificadas pelos participantes e o papel dos sindicatos ou associações na sua defesa.

Por fim, o Bloco VI — Reflexões Finais e Propostas de Melhoria: convida os tripulantes a partilhar sugestões concretas para melhorar os processos médicos, legais e organizacionais, nomeadamente através de alterações legislativas ou procedimentais. É também solicitado que deixem conselhos práticos a colegas que possam vir a enfrentar situações semelhantes, tornando este bloco uma oportunidade de valorização da experiência vivida como contributo para futuras boas práticas.

Tabela 3 - Guião de entrevista a tripulantes de cabine

Fonte: Elaboração própria

BLOCOS	DESCRIÇÃO
<i>i. Contexto Profissional e Acidente de Trabalho</i>	<i>Inclui o percurso profissional do tripulante, o momento do acidente de trabalho, o tipo de lesão e o reconhecimento da MT.</i>
<i>ii. Processo de Avaliação Médica</i>	<i>Abrange os exames e avaliações realizadas, o acesso à segunda opinião, a explicação dos critérios médicos utilizados e o eventual encaminhamento para MA.</i>
<i>iii. Impacto da Inaptidão e Apoios Recebidos</i>	<i>Explora os impactos emocionais, financeiros e profissionais da decisão de inaptidão, bem como o suporte psicológico e médico prestado após essa decisão.</i>
<i>iv. Atuação da Companhia Aérea e Responsabilidade Social</i>	<i>Avalia as ações iniciais e contínuas da empresa, o contacto com o tripulante, a oferta de novas funções, programas de requalificação e políticas de RSC.</i>
<i>v. Processo Legal e Proteção Institucional</i>	<i>Analisa o recurso a meios jurídicos, o reconhecimento da IPATH, a atuação das seguradoras, a justiça do processo judicial e o apoio por parte de sindicatos ou associações.</i>
<i>vi. Reflexões Finais e Propostas de Melhoria</i>	<i>Recolhe sugestões sobre o que a companhia aérea poderia ter feito melhor, propostas de alteração legislativa e conselhos para outros tripulantes em situação semelhante.</i>

GUIÃO DE ENTREVISTA A MÉDICOS ESPECIALISTAS EM MEDICINA DO TRABALHO

No caso dos médicos especialistas em MT, o guião de entrevista, cf. Tabela 4, foi estruturado em seis blocos temáticos, permitindo uma abordagem abrangente da sua prática clínica e da sua perspetiva sobre os processos que conduzem à inaptidão permanente de tripulantes na aviação comercial.

O Bloco I — Perfil e Enquadramento Profissional: tem como objetivo conhecer o percurso académico e profissional do participante, bem como as suas atuais funções no contexto da MT, nomeadamente no setor da aviação. São exploradas as principais responsabilidades atribuídas a estes profissionais no acompanhamento da saúde dos tripulantes, com especial atenção ao papel desempenhado na vigilância da saúde, na avaliação da aptidão e no aconselhamento técnico às companhias aéreas.

O Bloco II — Avaliação Médica e Aplicação da Regulamentação: foca-se nos procedimentos formais e nos critérios clínicos e legais utilizados para avaliar a aptidão

médica dos tripulantes. São discutidos os exames exigidos, a frequência das avaliações, a legislação nacional aplicável, bem como a clareza de integração com as normas internacionais. Este bloco permite compreender os fundamentos da decisão de (in)aptidão, os fatores de risco mais relevantes e a forma como são consideradas condições como as perturbações psicológicas, doenças crônicas ou lesões associadas à atividade.

O Bloco III — Causas de Inaptidão Permanente: aprofunda as causas clínicas e ocupacionais que mais frequentemente conduzem à cessação definitiva da atividade dos tripulantes. São analisadas as patologias mais prevalentes, como perturbações músculo-esqueléticas, auditivas ou do foro mental, e as lesões traumáticas decorrentes do exercício da função. O bloco contempla ainda a influência de fatores como o envelhecimento, o tipo de rota voada, a exposição a radiação cósmica ou a pressurização contínua da cabine. São igualmente discutidos perfis de maior risco identificados ao longo da prática clínica.

O Bloco IV — Processos, Comunicação e Acompanhamento: centra-se nas etapas práticas do processo que conduz à declaração de inaptidão permanente. É abordada a articulação entre os vários intervenientes, em particular entre MT e MA, o modo como a decisão é comunicada ao trabalhador e à companhia aérea, e os cuidados éticos e humanos associados a esse momento. Este bloco contempla ainda o tipo de acompanhamento prestado após a decisão, incluindo seguimento clínico, apoio psicológico ou envolvimento em processos de reintegração ou reforma.

O Bloco V — Perspetiva Profissional e Articulação Institucional: explora os desafios enfrentados pelos médicos do trabalho na sua prática diária. Inclui questões sobre a existência de pressões externas por parte das companhias, dilemas éticos na tomada de decisão, impacto emocional e responsabilidade pessoal associada à declaração de inaptidão. São também analisadas as dinâmicas de articulação com a MA e a possibilidade de criação de uma entidade independente de revisão de decisões clínicas, de modo a reforçar a transparência e a justiça no processo.

Por fim, o Bloco VI — Sugestões e Considerações Finais: convida o participante a partilhar a sua visão sobre o futuro da MT na aviação, à luz das novas exigências operacionais e dos avanços tecnológicos. São solicitadas recomendações para reforçar

a proteção e acompanhamento dos tripulantes inaptos, sugestões de boas práticas clínicas e referência a estudos científicos relevantes que possam fundamentar melhorias. Este bloco conclui com uma reflexão sobre o papel estratégico do médico do trabalho na promoção de condições de saúde dignas e sustentáveis para os profissionais da aviação.

Tabela 4 - Guião de entrevista a médicos especialistas em MT

Fonte: Elaboração própria

BLOCOS	DESCRIÇÃO
<i>i. Perfil e Enquadramento Profissional</i>	<i>Caracteriza o percurso, funções e enquadramento do médico do trabalho no contexto específico da aviação comercial.</i>
<i>ii. Avaliação Médica e Aplicação da Regulamentação</i>	<i>Explora exames exigidos, critérios médicos, regulamentação nacional e internacional e fatores clínicos que influenciam a aptidão para o voo.</i>
<i>iii. Causas de Inaptidão Permanente</i>	<i>Identifica fatores de risco, condições clínicas e dados estatísticos que conduzem à inaptidão definitiva dos Tripulantes.</i>
<i>iv. Processos, Comunicação e Acompanhamento</i>	<i>Analisa os procedimentos clínicos e institucionais na decisão de inaptidão permanente, comunicação ao tripulante e articulação com a companhia aérea.</i>
<i>v. Perspetiva Profissional e Articulação Institucional</i>	<i>Aprofunda os desafios éticos e institucionais enfrentados pelos médicos, incluindo pressões externas e relação com a MA.</i>
<i>vi. Sugestões e Considerações Finais</i>	<i>Recolhe visões críticas e prospetivas sobre melhorias nos processos médicos, apoio aos tripulantes e evolução futura da profissão.</i>

GUIÃO DE ENTREVISTA A EXAMINADORES MÉDICOS AERONÁUTICOS

No caso dos examinadores médicos aeronáuticos, o guião de entrevista, cf. Tabela 5, foi estruturado em seis blocos temáticos, com o objetivo de aprofundar o entendimento sobre os processos clínicos, regulamentares e institucionais que conduzem à declaração de inaptidão permanente dos tripulantes.

O Bloco I — Enquadramento Profissional e Institucional: procura contextualizar o perfil profissional do participante, através da descrição do seu percurso académico, da experiência no domínio da MA e da sua atuação em AeMC ou organismos reguladores.

É igualmente explorado o papel destes centros no processo de avaliação da aptidão médica dos tripulantes, incluindo as suas responsabilidades na certificação periódica e na salvaguarda da segurança operacional.

O Bloco II — Regulamentação e Prática da Avaliação Médica: incide sobre o enquadramento normativo da avaliação médica, com destaque para a aplicação dos regulamentos internacionais e das orientações nacionais complementares. São discutidos os critérios exigidos aos AME e AeMC, a periodicidade e os exames obrigatórios ao longo da carreira do tripulante, bem como as circunstâncias que justificam avaliações extraordinárias fora do ciclo regular.

O Bloco III — Diagnóstico e Determinação de Inaptidão: aborda os critérios clínicos que fundamentam a declaração de inaptidão permanente, analisando as condições médicas mais frequentemente implicadas bem como as lesões físicas de maior gravidade. É também discutida a influência de fatores como idade, género, tipo de operação e tempo de serviço, bem como o papel da flexibilidade clínica na avaliação de casos *borderline*⁵⁶. O bloco inclui ainda a abordagem a doenças crónicas e o funcionamento das juntas médicas na tomada de decisão final.

O Bloco IV — Procedimentos Pós-Diagnóstico e Casos de Controlo: detalha o processo que se segue ao diagnóstico de uma condição potencialmente impeditiva. São abordados os passos formais que antecedem a declaração de inaptidão, a possibilidade de reversão da decisão mediante reavaliação ou reabilitação, e os mecanismos de recurso existentes para contestação da decisão médica. Este bloco permite ainda conhecer casos de recuperação da aptidão, desde que reunidas as condições clínicas necessárias, e perceber até que ponto a regulamentação garante decisões baseadas em evidência médica rigorosa.

O Bloco V — Limitações Funcionais e Adaptação Profissional: explora a relação entre a existência de limitações médicas, físicas ou mentais, e a sua compatibilidade com o desempenho seguro da função. Analisa-se se a identificação de uma limitação implica automaticamente a inaptidão definitiva e se existem mecanismos legais ou clínicos que

⁵⁶ *Borderline*: Expressão clínica que designa situações em que sinais, sintomas ou resultados se situam próximo dos limiares de normalidade/patologia, exigindo decisão prudencial (p. ex., aptidão condicionada ou inaptidão temporária) e, quando aplicável, reavaliação por AME/AeMC (International Civil Aviation Organization (ICAO), 2012).

permitam o exercício condicionado da profissão. O bloco inclui ainda a distinção entre a incapacidade reconhecida judicialmente e a inaptidão do ponto de vista aeronáutico, permitindo clarificar potenciais conflitos entre os domínios médico e jurídico.

Por fim, o Bloco VI — Estatísticas, Tendências e Desafios Regulatórios: pretende recolher dados quantitativos sobre a incidência da inaptidão permanente ao longo dos últimos anos, analisando tendências e fatores que possam justificar variações, como alterações regulamentares, avanços médicos ou impactos de eventos globais. São também discutidos os desafios de harmonização entre normas europeias e regulamentação nacional, as lacunas identificadas no regime atual e as condições emergentes que requerem maior atenção, como fadiga crónica ou perturbações músculo-esqueléticas. O bloco encerra com recomendações dos participantes para o aperfeiçoamento dos processos de avaliação médica e da sua aplicabilidade no contexto da aviação comercial.

Tabela 5 - Guião de entrevista a especialistas em MA e/ou AME

Fonte: Elaboração própria

BLOCOS	DESCRIÇÃO
i. Enquadramento Profissional e Institucional	<i>Recolha de informação sobre a experiência do participante e o papel dos AeMCs na avaliação médica dos tripulantes.</i>
ii. Regulamentação e Prática da Avaliação Médica	<i>Exploração das normas e regulamentos (EASA e nacionais), frequência e tipo de exames, critérios aplicados e situações que justificam avaliações extraordinárias.</i>
iii. Diagnóstico e Determinação de Inaptidão	<i>Análise das patologias físicas e mentais mais comuns, perfis de risco, critérios clínicos e normativos que levam à declaração de inaptidão permanente.</i>
iv. Procedimentos Pós-Diagnóstico e Contestações	<i>Descrição dos processos após diagnóstico crítico, papel das juntas médicas, possibilidade de reavaliação, reversibilidade de decisões e mecanismos de recurso.</i>
v. Limitações Funcionais e Adaptação Profissional	<i>Avaliação da possibilidade de tripulantes desempenharem funções com limitações, enquadramento legal e impacto de decisões judiciais externas.</i>
vi. Estatísticas, Tendências e Desafios Regulatórios	<i>Levantamento de dados sobre inaptidão permanente, variações ao longo do tempo e recomendações para melhoria das práticas e harmonização das normas.</i>

GUIÃO DE ENTREVISTA A REPRESENTANTES DA AUTORIDADE NACIONAL DA AVIAÇÃO CIVIL

No caso da autoridade aeronáutica nacional, o guião de entrevista, cf. Tabela 6, foi estruturado em quatro blocos temáticos. Esta organização permite caracterizar o enquadramento institucional da ANAC, explicitar o regime jurídico e técnico da avaliação médico-aeronáutica aplicável aos tripulantes de cabine, clarificar critérios e garantias associados à inaptidão permanente e, por fim, recolher uma visão prospetiva sobre desafios e melhorias do sistema.

Bloco I — Perfil do Entrevistado e Enquadramento Institucional: visa caracterizar o entrevistado, nas suas funções e experiência profissional, e clarificar o papel institucional da ANAC na avaliação médica e certificação dos tripulantes de cabine, incluindo supervisão, licenciamento e relacionamento com a EASA e com os AME e AeMC.

Bloco II — Legislação e Avaliação Médico-Aeronáutica: identifica o enquadramento jurídico e regulamentar aplicável e os requisitos técnicos e operacionais exigidos a AME e AeMC. Pretende-se compreender a articulação entre fontes europeias e nacionais, diferenças face ao regime de pilotos, e a forma como os regulamentos são operacionalizados no contexto português.

Bloco III — Avaliação Médica e Inaptidão Permanente: aprofunda os critérios clínicos e procedimentais que conduzem à declaração em *Medical Report* de *unfit to fly*, o papel de juntas médicas e/ou painéis de especialistas, as vias de contestação e revisão, e a possibilidade de reavaliação perante evolução clínica. O foco recai nas garantias de transparência, imparcialidade e contraditório asseguradas ao tripulante.

Bloco IV — Desafios Atuais e Propostas de Melhoria: explora constrangimentos operacionais, técnicos e jurídicos na avaliação médico-aeronáutica e recolhe propostas para reforçar qualidade, equidade e eficiência, bem como tendências emergentes que podem exigir ajustamentos regulatórios futuros.

Tabela 6 - Guião de entrevista a representantes da Autoridade Nacional da Aviação Civil

Fonte: Elaboração própria

BLOCOS	DESCRIÇÃO
i. Perfil do Entrevistado e Enquadramento Institucional	<i>Caracterização do entrevistado e esclarecimento sobre o papel institucional da ANAC na avaliação médica dos tripulantes de cabine.</i>
ii. Legislação e Avaliação Médico-Aeronáutica	<i>Identificação do enquadramento legal aplicável e dos requisitos técnicos e operacionais para avaliação médica e certificação dos tripulantes.</i>
iii. Avaliação Médica e Inaptidão Permanente	<i>Análise dos critérios clínicos, procedimentos e garantias associados à declaração de inaptidão definitiva para o voo.</i>
iv. Desafios Atuais e Propostas de Melhoria	<i>Exploração de dificuldades enfrentadas e propostas institucionais para melhorar os processos de avaliação médico-aeronáutica.</i>

GUIÃO DE ENTREVISTA A REPRESENTANTES DE GABINETES DE RECURSOS HUMANOS E RESPONSABILIDADE, SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO

Com o objetivo de compreender as práticas institucionais das companhias aéreas face à inaptidão permanente dos tripulantes decorrente de acidente de trabalho, foi desenvolvido um guião de entrevista, cf. Tabela 7, semiestruturado dirigido a representantes com responsabilidades na área da RSC. O guião encontra-se estruturado em sete blocos temáticos, organizados segundo uma lógica sequencial e analítica, que cobre os principais domínios de atuação organizacional perante situações de inaptidão laboral definitiva com origem em acidentes de trabalho.

O Bloco I — Identificação e Experiência Profissional: visa recolher informações sobre o percurso profissional do entrevistado e a sua relação com a aviação civil e com práticas de responsabilidade social. Este enquadramento contextual permite interpretar melhor as respostas dadas e compreender o grau de proximidade do entrevistado com as temáticas em análise.

O Bloco II — Política de RSC: aborda a existência de políticas formais e princípios orientadores relacionados com a proteção dos trabalhadores inaptos, analisando também a sua aplicação prática e a eventual existência de protocolos internos. Este

bloco permite avaliar o grau de formalização e compromisso institucional no domínio da RSC.

O Bloco III — Gestão do Acidente e Processo de Inaptidão: incide sobre os procedimentos e etapas adotados pela companhia após a ocorrência de um acidente de trabalho, incluindo a comunicação com o tripulante, a articulação entre departamentos e a relação com estruturas sindicais.

O Bloco IV — Acompanhamento e Apoio ao Tripulante: examina as medidas de apoio disponibilizadas durante e após a decisão de inaptidão, incluindo apoio psicológico, seguimento médico, apoio jurídico e mecanismos de informação sobre direitos e deveres. A análise deste bloco permite aferir o nível de suporte efetivo prestado ao trabalhador ao longo do processo.

O Bloco V — Requalificação e Reintegração Profissional: explora as estratégias institucionais de reconversão profissional e reintegração interna, nomeadamente através de propostas de funções alternativas, programas de requalificação e formação para novas tarefas. Inclui ainda os procedimentos habitualmente adotados quando a reintegração não se concretiza.

O Bloco VI — Compensações, Seguros e Garantias: analisa os mecanismos de proteção financeira acionados pela companhia, com destaque para o papel da seguradora externa, a existência de seguros complementares, e a perceção de justiça, celeridade e clareza nos processos de compensação.

Por fim, o Bloco VII — Avaliação Comparativa e Propostas de Melhoria: centra-se na perceção comparativa das práticas da companhia face a outras do setor, e na recolha de recomendações que contribuam para uma maior justiça, humanidade e eficácia na gestão destes processos.

A organização do guião por blocos temáticos assegura uma recolha de dados sistemática e comparável, facilitando uma análise qualitativa aprofundada sobre o posicionamento das companhias aéreas relativamente à responsabilidade social perante tripulantes cuja carreira foi interrompida por acidente de trabalho. Esta abordagem oferece, assim, um quadro interpretativo sólido para avaliar o alinhamento institucional com os princípios da equidade, solidariedade e justiça social no setor da aviação comercial.

Tabela 7 - Guião de entrevista a representantes de gabinetes de RH e SST

Fonte: Elaboração própria

BLOCOS	DESCRIÇÃO
I. Identificação e Experiência Profissional	<i>Levantamento do percurso profissional do entrevistado e sua relação com a aviação e a RSC.</i>
II. Política de RSC	<i>Análise da existência, princípios e aplicação prática da política de RSC da companhia aérea em casos de inaptidão laboral.</i>
III. Gestão do Acidente e Processo de Inaptidão	<i>Descrição dos procedimentos, etapas e fluxos internos seguidos após acidentes de trabalho com tripulantes.</i>
IV. Acompanhamento e Apoio ao Tripulante	<i>Avaliação das medidas de apoio psicológico, médico, jurídico e informativo prestadas ao tripulante durante o processo de inaptidão.</i>
V. Requalificação e Reintegração Profissional	<i>Exploração das oportunidades de reconversão profissional e reintegração interna de tripulantes inaptos, incluindo formação e enquadramento contratual.</i>
VI. Compensações, Seguros e Garantias	<i>Esclarecimento sobre os mecanismos de compensação, seguros e papel da companhia na proteção financeira dos tripulantes sinistrados.</i>
VII. Avaliação Comparativa e Propostas de Melhoria	<i>Comparação com outras companhias e recolha de recomendações para tornar os processos mais justos, humanos e eficazes.</i>

GUIÃO DE ENTREVISTA A REPRESENTANTES DE ESTRUTURAS SINDICAIS

No caso dos representantes sindicais, o guião de entrevista, cf. Tabela 8, foi estruturado em três blocos temáticos principais, procurando compreender o papel do sindicato na defesa dos tripulantes que se encontram em situação de inaptidão permanente para o voo, decorrente de acidente de trabalho.

O Bloco I — Atuação Sindical na Defesa dos Tripulantes Inaptos: explora as funções desempenhadas pelo sindicato na proteção dos direitos dos tripulantes sinistrados,

nomeadamente ao nível da representação legal, do acompanhamento nas negociações coletivas e da mediação em conflitos laborais. Este bloco procura ainda identificar as principais dificuldades enfrentadas pela estrutura sindical, bem como as estratégias adotadas para melhorar as condições de trabalho e reforçar os direitos destes trabalhadores. São igualmente abordados os mecanismos de fiscalização do cumprimento das cláusulas convencionadas e o apoio jurídico disponibilizado aos associados.

O Bloco II — Suporte Jurídico e Administrativo Prestado pelo Sindicato: aprofunda as modalidades de apoio concretamente prestadas aos tripulantes declarados inaptos permanentemente, incluindo assistência jurídica em processos administrativos ou judiciais, orientação na reivindicação de direitos laborais e intervenção em situações de recusa de benefícios por parte das empresas. O bloco analisa também se o sindicato colabora com entidades seguradoras ou mantém fundos de apoio específicos para estes casos, e de que forma atua para garantir que as companhias aéreas oferecem alternativas profissionais adequadas a trabalhadores incapacitados.

O Bloco III — Apoio Social, Psicológico e Requalificação Profissional: centra-se na vertente humana da transição forçada de carreira, procurando saber se o sindicato disponibiliza apoio psicológico aos tripulantes afetados e que tipo de programas de requalificação e reintegração profissional promove ou apoia. São discutidas eventuais parcerias com instituições de ensino ou entidades financiadoras e mecanismos de auxílio financeiro durante o período de transição. O bloco conclui com uma reflexão sobre o que poderia ser feito para reforçar a articulação entre sindicatos, companhias aéreas e organismos reguladores, tendo em vista uma proteção mais eficaz e integrada dos Tripulantes em situação de inaptidão.

Tabela 8 - Guião de entrevista a representantes sindicais

Fonte: Elaboração própria

BLOCOS	DESCRIÇÃO
i. Atuação Sindical na Defesa dos Tripulantes Inaptos	<i>Explora o papel do sindicato na defesa dos direitos dos tripulantes sinistrados, incluindo dificuldades enfrentadas, estratégias adotadas e mecanismos para garantir o cumprimento dos acordos coletivos.</i>

ii. Suporte Jurídico e Administrativo Prestado pelo Sindicato	<i>Foca-se no apoio jurídico e administrativo fornecido aos tripulantes inaptos, analisando ações face a negativas de direitos, mediação com companhias e existência de seguros ocupacionais.</i>
iii. Apoio Social, Psicológico e Requalificação Profissional	<i>Avalia o apoio psicológico, financeiro e de requalificação profissional disponibilizado pelo sindicato, bem como a colaboração com entidades externas para facilitar a reintegração dos tripulantes.</i>

GUIÃO DE ENTREVISTA A ESPECIALISTAS EM DIREITO LABORAL

No caso dos juristas com prática em litígios laborais envolvendo tripulantes de cabine, o guião de entrevista, cf. Tabela 9, foi organizado em sete blocos temáticos. Esta estrutura permite mapear o enquadramento jurídico da inaptidão definitiva decorrente de acidente de trabalho, clarificar deveres da entidade empregadora, a articulação com a MT e MA, e o percurso processual até decisões sobre IPATH, culminando em recomendações de política pública e boas práticas.

Bloco I — Enquadramento Profissional: visa conhecer o percurso académico e profissional do entrevistado e a sua experiência específica em casos de inaptidão permanente envolvendo tripulantes de cabine. Pretende-se aferir a relevância do seu contributo para a investigação e compreender a sua exposição a contencioso laboral em aviação civil.

Bloco II — Enquadramento Legal da Inaptidão Definitiva: aprofunda os fundamentos jurídicos aplicáveis à declaração de inaptidão definitiva na sequência de acidente de trabalho, incluindo a articulação entre legislação laboral, regime de acidentes de trabalho e normativos setoriais da aviação. Discute-se a (não) automaticidade entre incapacidade e inaptidão para voar, os critérios clínico-legais relevantes e o grau de proteção conferido pela lei aos trabalhadores inaptos.

Bloco III — Responsabilidade Legal da Companhia Aérea: examina os deveres da entidade empregadora após a decisão de inaptidão, tais como reconversão/readaptação funcional, manutenção/cessação do vínculo, indemnizações e articulação com a seguradora. Analisa-se a presença — ou ausência — de mecanismos

em instrumentos de regulamentação coletiva e a prática jurisprudencial quanto à cessação contratual por inaptidão.

Bloco IV — Medicina do Trabalho e Avaliação Médico-aeronáutica: explora o papel jurídico dos médicos de trabalho e dos examinadores médicos aeronáuticos, incluindo competências legais, processos de certificação, e os meios de impugnação ou recurso colocados ao dispor do trabalhador, nomeadamente perante a ANAC. Procura-se clarificar a força probatória das decisões clínicas no âmbito da relação laboral.

Bloco V — Avaliação Médico-Legal e IPATH: descreve os procedimentos periciais e as vias processuais associadas ao reconhecimento de IPP e IPATH, distinguindo conceitos, critérios probatórios e garantias de contraditório. Aborda-se a tramitação típica desde a decisão médica até à sentença, o papel das juntas médicas e a participação ativa do sinistrado.

Bloco VI — Processo Judicial e Proteção Institucional: investiga quando e por que motivos os trabalhadores recorrem aos tribunais, os fatores que influenciam a duração dos processos, e os impactos da morosidade na vida profissional e pessoal do tripulante. Analisa-se, ainda, a eficácia do sistema judicial e a transparência das perícias na determinação de indemnizações e pensões.

Bloco VII — Recomendações e Boas Práticas: recolhe propostas de melhoria legislativa e regulatória, identifica normas europeias a reforçar na transposição/aplicação nacional e inventaria boas práticas internacionais passíveis de adoção, com vista a aumentar a justiça, celeridade e adequação dos processos a realidades profissionais da aviação.

Tabela 9 - Guião de entrevista a especialistas em direito laboral

Fonte: Elaboração própria

BLOCOS	DESCRIÇÃO
I. Enquadramento Profissional	<i>Explora o percurso, experiência e envolvimento do entrevistado em casos jurídicos de inaptidão permanente no setor da aviação civil.</i>
II. Enquadramento Legal da Inaptidão Definitiva	<i>Analisa os fundamentos jurídicos, critérios e conflitos normativos que regulam a inaptidão definitiva de tripulantes por acidente de trabalho.</i>

III. Responsabilidade Legal da Companhia Aérea	<i>Avalia os deveres legais da entidade empregadora, incluindo reconversão funcional, cessação contratual e articulação com a seguradora.</i>
IV. Medicina do Trabalho e Avaliação Médico-aeronáutica	<i>Explora o papel legal dos médicos do trabalho e aeronáuticos, os processos de avaliação e os direitos de contestação médica.</i>
V. Avaliação Médico-Legal e IPATH	<i>Descreve os procedimentos jurídicos e periciais associados à IPATH e analisa os critérios probatórios e garantias processuais existentes.</i>
VI. Processo Judicial e Proteção Institucional	<i>Investiga o funcionamento dos tribunais, o papel das seguradoras, a morosidade processual e a eficácia da proteção jurídica existente.</i>
VII. Recomendações e Boas Práticas	<i>Recolhe sugestões de boas práticas internacionais e propõe medidas legislativas para reforçar a reintegração e proteção dos trabalhadores inaptos.</i>

PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados nesta investigação obedece a um planeamento rigoroso e sequencial, respeitando as normas metodológicas aplicáveis aos estudos qualitativos e assegurando o cumprimento dos princípios éticos e deontológicos da investigação em ciências sociais. A diversidade das fontes, entrevistas e documentos, exige procedimentos diferenciados para garantir a credibilidade, validade e coerência interna do estudo. Esta secção descreve as etapas seguidas desde a preparação dos instrumentos até à organização prática da recolha dos dados, bem como as estratégias de registo e armazenamento da informação obtida.

3.4.2 PLANEAMENTO DA RECOLHA DE DADOS

O processo de recolha de dados foi estruturado em três fases principais:

- Preparação e validação dos instrumentos;
- Contacto e recrutamento dos participantes;
- Realização efetiva da recolha, com registo sistemático e documentação dos procedimentos, assegurando a rastreabilidade metodológica.

Na fase preparatória, foram elaborados os guiões de entrevista dirigidos aos diferentes grupos de participantes, bem como definidas as grelhas de análise documental a utilizar. Esta etapa incluiu igualmente a realização de um pré-teste do guião de entrevista com um tripulante de cabine considerado inapto de forma permanente, com o objetivo de aferir a clareza, pertinência e fluidez das questões, permitindo, assim, proceder aos ajustamentos necessários antes do início formal da recolha de dados.

Em paralelo, foi criado um ficheiro de seguimento sistemático dos contactos e da evolução do processo de recrutamento, assegurando o registo transparente de todas as interações com os potenciais participantes, bem como da obtenção formal dos respetivos consentimentos informados.

3.4.3 CONTACTO E RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES

A seleção dos participantes seguiu uma lógica de amostragem intencional e progressiva, com recurso, sempre que necessário, à técnica de amostragem em *snowball sampling*, particularmente útil para o acesso a perfis profissionais sensíveis ou de difícil identificação pública, como é o caso de tripulantes inaptos por razões médicas.

O contacto inicial foi realizado por via de correio eletrónico ou telefone. Cada potencial participante foi informado sobre os objetivos da investigação, o carácter voluntário da participação, os direitos que lhe assistem, nomeadamente anonimato, confidencialidade, possibilidade de desistência a qualquer momento, e o modo como os dados seriam utilizados e protegidos.

Após a manifestação de concordância em participar, procedeu-se à marcação de data e horário para a realização da entrevista.

3.4.4 REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

As entrevistas foram realizadas entre fevereiro e maio de 2025, em formato presencial e por videoconferência (*Zoom* e *Microsoft Teams*), conforme a localização geográfica e a disponibilidade dos participantes. O recurso ao formato remoto mostrou-se, em múltiplos casos, mais conveniente, favorecendo a flexibilidade horária e acomodando eventuais limitações de mobilidade ou exigências de confidencialidade. Uma entrevista decorreu por escrito, via correio eletrónico, atendendo à indisponibilidade do participante para sessão síncrona; nesse caso, manteve-se integralmente o guião,

garantindo a coerência metodológica, e as respostas foram devolvidas por escrito e validadas pelo próprio. Reconhece-se a menor espontaneidade discursiva deste formato; ainda assim, a comparabilidade com as restantes entrevistas foi assegurada e o testemunho incorporado contribuiu para a diversidade da amostra, reforçando a pluralidade de perspetivas analisadas.

Todas as entrevistas foram conduzidas pelo investigador com base num guião previamente estruturado, preservando abertura à exploração de temas emergentes considerados pertinentes. A duração média variou entre 30 e 60 minutos, em função da densidade temática e da fluidez do discurso. Mediante autorização expressa dos participantes, todas as sessões foram gravadas em áudio e transcritas integralmente, respeitando a linguagem utilizada e as indicações contextuais relevantes.

Para garantir a qualidade e a segurança do registo, foram utilizados gravadores digitais e efetuadas cópias de segurança. Os ficheiros de áudio foram armazenados em ambiente digital seguro, com acesso restrito, em conformidade com o RGPD.

As transcrições foram cuidadosamente revistas e validadas pelo investigador, assegurando a sua conformidade com os registos áudio originais e a preservação da integridade dos testemunhos. Após esta revisão, cada transcrição foi enviada ao respetivo participante para validação final, assumindo assim o seu acordo quanto à utilização dos conteúdos no âmbito da investigação. Sempre que necessário, foram solicitadas clarificações adicionais sobre expressões ambíguas ou imprecisas, de forma a assegurar a fidelidade interpretativa dos dados e a fiabilidade do processo analítico.

Estes procedimentos metodológicos asseguram, assim, uma base sólida para a posterior análise dos dados, em consonância com os objetivos exploratórios e interpretativos do presente estudo.

3.4.5 RECOLHA E ANÁLISE DOCUMENTAL

Paralelamente às entrevistas, procedeu-se à recolha e sistematização de documentação relevante, de modo a complementar os dados empíricos e permitir a triangulação metodológica. Esta recolha incidiu sobre os seguintes tipos de documentos:

- Regulamentação EASA;
- Legislação nacional de direito laboral;

- Artigos científicos e académicos relacionados com as várias áreas temáticas;
- IRCT;
- Acordãos do TR e STJ.

Os documentos foram analisados com base numa grelha que incluía categorias como: título do documento, autor do documento, ano de publicação, descrição da obra, objetivos principais, resultados chave da obra e pontos de relevância.

Todos os documentos recolhidos foram arquivados digitalmente, organizados por número identificativo, e referenciados segundo as normas *American Psychological Association* (APA) 7, garantindo rastreabilidade e facilidade de cruzamento com os dados das entrevistas. Esta abordagem documental permitiu sustentar a análise crítica do fenómeno e reforçar a fundamentação das recomendações apresentadas.

3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Durante todo o processo de recolha de dados, o investigador assumiu uma postura reflexiva e crítica sobre a sua própria posição no campo, procurando minimizar enviesamentos, interferências e interpretações precipitadas. Foram mantidos registos de campo, tais como notas reflexivas, observações contextuais, impressões imediatas após as entrevistas, que serviram de suporte à análise posterior e à triangulação interpretativa, contribuindo para reforçar a consistência interna da análise e a credibilidade dos resultados.

3.5.1 FUNDAMENTAÇÃO DA ABORDAGEM ANALÍTICA

A opção pela análise temática justifica-se pela sua adequação a estudos qualitativos que procuram identificar padrões recorrentes de sentido em grandes volumes de informação textual (Braun & Clarke, 2006). Esta técnica permite isolar, agrupar e categorizar unidades de significado, com base na frequência, relevância e densidade dos temas emergentes, assegurando simultaneamente flexibilidade e rigor metodológico.

Dada a natureza exploratória da investigação, foi adotada uma lógica indutiva na análise dos dados, privilegiando a emergência de categorias a partir do material empírico, sem imposição prévia de modelos teóricos rígidos.

3.5.2 ETAPAS DO PROCESSO DE ANÁLISE

A análise dos dados desenvolveu-se de forma iterativa e sistemática, ao longo de várias etapas interligadas:

- **Preparação e organização do *corpus*:** Após a realização das entrevistas, procedeu-se à transcrição integral de cada uma, respeitando sempre que possível a integridade discursiva. As transcrições foram codificadas com um identificador alfanumérico, garantindo o anonimato dos participantes. Paralelamente, foi construída uma base de dados documental, organizada por tipologia, entidade emissora e data, incluindo documentos legais, técnicos e organizacionais.
- **Leitura flutuante e imersão nos dados:** Seguiu-se uma fase de leitura exploratória do *corpus*, com o objetivo de promover uma familiarização profunda com os dados. Esta leitura permitiu uma primeira aproximação às ideias-chave, recorrências, contradições e áreas de tensão. Foram tomadas notas marginais e memos analíticos que serviram de base à construção inicial das categorias.
- **Codificação inicial:** A codificação inicial foi realizada manualmente e, posteriormente, com apoio do software de análise qualitativa MAXQDA 2024, que permitiu gerir e organizar grandes volumes de texto com maior precisão. A codificação seguiu um processo aberto, em que unidades de sentido foram destacadas e atribuídas a códigos descritivos construídos com base na linguagem dos próprios participantes, numa abordagem *bottom-up*.
- **Agrupamento em temas e categorias:** Os códigos foram depois agrupados em temas e subtemas, com base na análise de recorrência, coocorrência e padrões de sentido. A construção das categorias teve por base critérios de coerência interna e exclusividade mútua, mantendo a riqueza interpretativa dos dados e minimizando sobreposições temáticas. Os temas foram sucessivamente revistos, reorganizados e refinados para garantir consistência semântica e densidade analítica.
- **Interpretação e integração teórica:** Consolidados os temas principais, procedeu-se à sua interpretação à luz da problemática de investigação, do quadro teórico

e das evidências documentais. Esta fase implicou a explicitação dos significados atribuídos pelos participantes, a identificação de dinâmicas relacionais e institucionais, e a análise das implicações sociais, jurídicas e organizacionais do fenómeno em estudo.

3.5.3 EXEMPLO DE CATEGORIAS TEMÁTICAS EMERGENTES

A análise qualitativa das entrevistas e da documentação permitiu identificar categorias temáticas emergentes que estruturam a experiência dos tripulantes perante a inaptidão permanente e a atuação dos *stakeholders*. As categorias seguintes são ilustrativas, não exaustivas, e servem apenas para demonstrar a lógica de codificação adotada antes da apresentação da tabela.

- Perceção de apoio da companhia: acolhimento, acompanhamento, recolocação e apoio psicossocial após a decisão.
- Critérios médicos pouco claros (MT/MA): opacidade/heterogeneidade na aplicação e comunicação dos critérios clínico-funcionais.
- Morosidade processual: tempos de espera, entraves burocráticos e desarticulação entre etapas médico-legais/seguradoras.
- Papel do sindicato: mediação, informação de direitos e apoio na negociação com companhias/seguradoras.
- Reintegração e medidas organizacionais: barreiras e oportunidades de requalificação/recolocação; existência de políticas internas.
- RSC: discurso vs. prática: discrepâncias entre enunciados de responsabilidade social e respostas efetivas em casos concretos.

Segue-se a tabela-exemplo, do livro de códigos, com definições operacionais, critérios de inclusão/exclusão e citações ilustrativas.

Tabela 10 - Exemplo de livro de códigos

Fonte: Elaboração própria

Código	Definição	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão	Exemplo de Citação
Percepção de Apoio da Companhia	Referências ao suporte ou abandono após a inaptidão	Declarações sobre acompanhamento, recolocação, apoio financeiro / psicológico	Comentários sobre apoio pessoal / familiar fora da empresa	<i>“Depois da decisão nunca mais tive qualquer contacto da empresa, senti-me completamente esquecida.” (T13)</i>
Critérios Médicos Pouco Claros (MT / MA)	Referências à opacidade ou incoerência dos critérios clínicos aplicados	Relatos sobre exames, decisões ou comunicação médica insuficiente	Questões jurídicas / contratuais não ligadas à avaliação médica	<i>“Disseram-me apenas que estava inapto, mas nunca explicaram com base em que critérios médicos.” (T1)</i>
Morosidade Processual	Indicações sobre a demora de procedimentos médico-legais ou judiciais	Relatos sobre espera por perícias, decisões ou compensações	Comentários sobre apoio social imediato	<i>“Esperei quase dois anos até que houvesse uma decisão definitiva, foi um desgaste enorme.” (T5)</i>
Papel do Sindicato	Observações sobre a intervenção sindical na defesa de direitos	Apoio em negociação, aconselhamento jurídico ou mediação	Comentários sobre colegas / família	<i>“Foi através do sindicato que percebi os meus direitos e consegui avançar com o processo.” (T2)</i>

As categorias ilustradas na Tabela 10 estruturam a leitura temática dos dados; ver também a Tabela 11, que cruza estes temas por fonte.

Em conjunto, estas categorias fornecem um exemplo abrangente da experiência dos tripulantes e demais *stakeholders*, permitindo não apenas compreender os efeitos multidimensionais da inaptidão permanente, mas também identificar pontos de fragilidade institucional e oportunidades de intervenção no domínio médico, jurídico e organizacional.

3.5.4 TRIANGULAÇÃO DOS DADOS

A triangulação constitui um elemento central da estratégia analítica adotada, contribuindo para a robustez dos resultados e para a validação cruzada dos dados recolhidos. A triangulação foi operacionalizada em três níveis:

- Fonte: cruzamento das perspectivas de tripulantes inaptos e dos especialistas das diversas áreas participantes da investigação;
- Método: integração entre dados provenientes de entrevistas e de análise documental;
- Teoria: articulação entre os dados empíricos e os referenciais teóricos utilizados.

Esta triangulação permitiu identificar convergências e divergências nos discursos e nos enquadramentos normativos, bem como reforçar a credibilidade das inferências retiradas.

Tabela 11 - Exemplo de matriz de triangulação

Fonte: Elaboração própria

Tema/Código	Tripulantes (T1-T15)	Médicos (MT/MA)	Companhias (RH/SST)	Sindicato	ANAC	Documento /Jurisprudência
Percepção de Apoio da Companhia	Relatos de abandono e ausência de acompanhamento (ex.: T13)	Reconhecimento de fragilidade organizacional no apoio pós-inaptidão	Práticas de RSC formais, mas aplicadas de forma desigual	Pressão por maior apoio social e reintegração	—	Relatórios de RSC sem indicadores específicos
CrITÉRIOS MÉDICOS Pouco Claros (MT/MA)	Falta de explicação sobre critérios médicos (ex.: T1)	Divergência entre Medicina do Trabalho e Aeronáutica ; diferentes leituras dos mesmos exames	—	—	Referência à falta de harmonização de critérios	Acórdãos apontam incoerências nas perícias médicas
Morosidade e Processual	Longa espera por decisões (ex.: T5)	Reconhecimento da morosidade nos fluxos médico-legais	—	—	—	Processos judiciais lentos e burocráticos confirmam demora

Papel do Sindicato	Apoio fundamenta l na compreens ão de direitos (ex.: T2)	—	Reconhecim ento do papel da negociação coletiva	Mediação ativa em processos de inaptidão	—	Jurisprudên cia refere intervenção sindical em disputas laborais

O exemplo de matriz de triangulação apresentada na Tabela 11 articula-se com os temas definidos no exemplo de livro de códigos da Tabela 10, permitindo verificar convergências e divergências entre fontes, nomeadamente entrevistas, documentos e jurisprudência.

3.5.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE VALIDADE E FIABILIDADE

No âmbito da investigação qualitativa, a validade não se mede por critérios estatísticos, mas por critérios de coerência interna, plausibilidade interpretativa e credibilidade dos resultados (Lincoln & Guba, 1985). Para garantir esses critérios, foram adotadas várias estratégias, tais como:

- Saturação teórica da amostra;
- Triangulação de fontes e métodos;
- Utilização de citações diretas para ilustrar os resultados;
- Revisão crítica e recursiva das categorias e temas;
- Registo detalhado do processo analítico.

Para reforçar a fiabilidade, foram conduzidos momentos regulares de *peer debriefing* com o orientador e mantido *audit trail*. Adicionalmente, assegurou-se codificação sistemática, replicabilidade dos critérios analíticos e rastreio documental das decisões tomadas durante a análise. Este conjunto de procedimentos sustenta uma leitura rigorosa, densa e fundamentada do fenómeno em estudo, preparando o terreno para a análise e discussão dos resultados nos capítulos seguintes.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A investigação científica envolvendo seres humanos exige um compromisso inalienável com os princípios éticos fundamentais que sustentam a integridade da investigação, a dignidade dos participantes e a legitimidade dos dados produzidos. No presente estudo,

que incide sobre experiências pessoais e profissionais sensíveis de tripulantes afetados por inaptidão permanente, bem como sobre práticas institucionais de companhias aéreas e pareceres técnico-legais, a dimensão ética assume uma centralidade incontornável.

Este subcapítulo explicita os princípios orientadores da conduta ética da investigação, os procedimentos adotados para garantir a proteção dos participantes e a confidencialidade dos dados, bem como o enquadramento normativo que sustenta a legitimação do trabalho desenvolvido.

3.6.1 PRINCÍPIOS ÉTICOS ORIENTADORES

A investigação rege-se pelos princípios consagrados na Declaração de Helsínquia⁵⁷ (World Medical Association, 2024) e na Convenção de Oviedo⁵⁸ (Oviedo Convention, 1997). Entre os princípios centrais destacam-se:

- **Autonomia e consentimento informado:** Os participantes foram informados, de forma clara e compreensível, sobre os objetivos da investigação, os procedimentos metodológicos, os riscos e benefícios previsíveis, a natureza voluntária da participação e o seu direito a desistir em qualquer momento, sem quaisquer consequências. O consentimento foi recolhido em formato escrito ou por autorização verbal gravada no início da sessão, conforme a modalidade da entrevista.
- **Confidencialidade e anonimato:** Todos os dados recolhidos foram tratados com estrita confidencialidade. Os nomes, cargos e instituições dos participantes foram codificados, sendo os testemunhos apresentados de forma anonimizada. As gravações, transcrições e notas de campo foram armazenadas em ambiente digital seguro, com encriptação e acesso restrito ao investigador principal.

⁵⁷ *Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants*: Adotada em 1964 em Helsínquia, versão-base revista em 2013 em Fortaleza e novamente atualizada pela 75.ª Assembleia Geral (Helsínquia, out. 2024) (World Medical Association, 2024).

⁵⁸ *Convenção de Oviedo*: Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina (Conselho da Europa, Oviedo, 4.04.1997), primeiro instrumento internacional vinculativo de bioética; entrou em vigor em 1.12.1999; ratificação por Portugal através da Resolução da AR n.º 1/2001 e do Decreto do PR n.º 1/2001 (Oviedo Convention, 1997).

- Não maleficência e proteção dos participantes: Dada a sensibilidade do tema, frequentemente associado a sofrimento emocional, perda de identidade profissional e fragilização social, foi assegurado um ambiente de escuta empática, respeito e contenção durante as entrevistas. Sempre que os participantes expressaram sinais de desconforto, foram respeitadas pausas e reafirmado o seu direito de não responder.
- Justiça e equidade: A seleção dos participantes obedeceu a critérios de relevância para os objetivos do estudo, assegurando diversidade de género, idade, vínculo contratual e tipo de companhia aérea. Nenhum participante foi excluído com base em características pessoais.
- Transparência e integridade científica: Foram mantidos registos detalhados de todas as etapas da investigação, desde os consentimentos até às decisões analíticas, garantindo rastreabilidade e auditabilidade ética e metodológica.

Como nota final é importante referir que a proposta de TFM foi previamente submetida ao Conselho Técnico-Científico do ISEC Lisboa para apreciação e aprovação, com conhecimento e validação do orientador. Não se revelou necessária a emissão de parecer por comissão de ética específica. Esta tramitação não diminui o rigor ético; pelo contrário, reafirma o cumprimento estrito dos princípios de autonomia, confidencialidade e não maleficência e reforça a responsabilidade direta do investigador na salvaguarda dos participantes ao longo de todo o estudo.

3.6.2 PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

O tratamento de dados cumpriu integralmente o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados⁵⁹ (RGPD), Regulamento (EU) n.º 2016/679, (2016), e a legislação nacional aplicável. Todos os dados foram armazenados em servidor seguro, com encriptação e proteção por palavra-passe. O acesso foi limitado ao investigador principal e, se necessário, ao orientador científico, mediante assinatura de compromisso de confidencialidade.

⁵⁹ Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados: Regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados (Regulamento (EU) n.º 2016/679, 2016).

Os dados recolhidos não serão utilizados para outros fins que não os definidos no projeto aprovado. Após a conclusão da investigação, os ficheiros digitais serão eliminados ou arquivados segundo as diretrizes institucionais, garantindo a destruição segura dos materiais físicos.

3.6.3 RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR

O investigador assume total responsabilidade ética por todas as fases do estudo, comprometendo-se a respeitar os direitos, a dignidade e o bem-estar dos participantes. Mais do que uma exigência formal, a ética é entendida como pilar estruturante da produção de conhecimento científico responsável e socialmente comprometido.

Para além do cumprimento dos procedimentos formais, foi adotada uma postura de escuta sensível, empatia crítica e respeito profundo pelas vozes dos participantes. Esta dimensão ética prolonga-se na forma como os dados são analisados, apresentados e devolvidos à comunidade científica e à sociedade em geral.

Este compromisso orientará igualmente eventuais publicações decorrentes do presente estudo, garantindo a sua responsabilidade social e integridade científica.

3.7 FLUXOGRAMA DE SÍNTESE METODOLÓGICA

Tabela 12 - Sumário de fluxograma de síntese metodológica

Fonte: Elaboração própria

Código (Cx)	Etapas da Metodologia	Resultado Documental
P1	Problematização e Objetivos	A1: Questões de investigação e objetivos específicos
P2	Revisão da Literatura e Enquadramento	A2: Quadro teórico e identificação de lacunas
P3	Desenho Metodológico (estudo de caso múltiplo)	A3: Protocolo do estudo e plano de casos
P4	Definição da Amostra e Critérios	A4: Matriz de amostragem e critérios de inclusão/exclusão
P5	Instrumentos e Pré-teste	A5: Guiões validados e grelha de análise documental
P6	Ética e Proteção de Dados (RGPD)	A6: Plano de Gestão de Dados (DMP) + modelos de consentimento
G1	Gate 1 – Conformidade Ética/RGPD	(Decisão: voltar a P6 ou prosseguir para P7)
P7	Recrutamento	A7: Registo de contactos e consentimentos
P8	Recolha de Dados (entrevistas/documentos)	A8: <i>Corpus</i> documental e gravações/áudios
G2	Gate 2 – Qualidade do Registo	(Decisão: voltar a P8 ou prosseguir para P9)
P9	Transcrição e Validação	A9: <i>Corpus</i> textual validado e anonimizado
P10	Codificação inicial (MAXQDA 2024)	A10: Livro de códigos v1 (descritores + exemplos)

P11	Codificação axial e construção de temas	A11: Livro de códigos v2 e mapa temático v1
G3	Gate 3 – Coerência Semântica	(Decisão: voltar a P10/P11 ou prosseguir para P12)
P12	Triangulação (fontes, métodos, teoria)	A12: Matriz de triangulação e discrepâncias documentadas
P13	Análise e Discussão	A13: Narrativa analítica fundamentada em evidência
P14	Resultados → Conclusões → Recomendações	A14: Relatório final/capítulos da dissertação
P15	Fecho de Dados (RGPD)	A15: Registo de fecho e acessos (<i>compliance</i>)

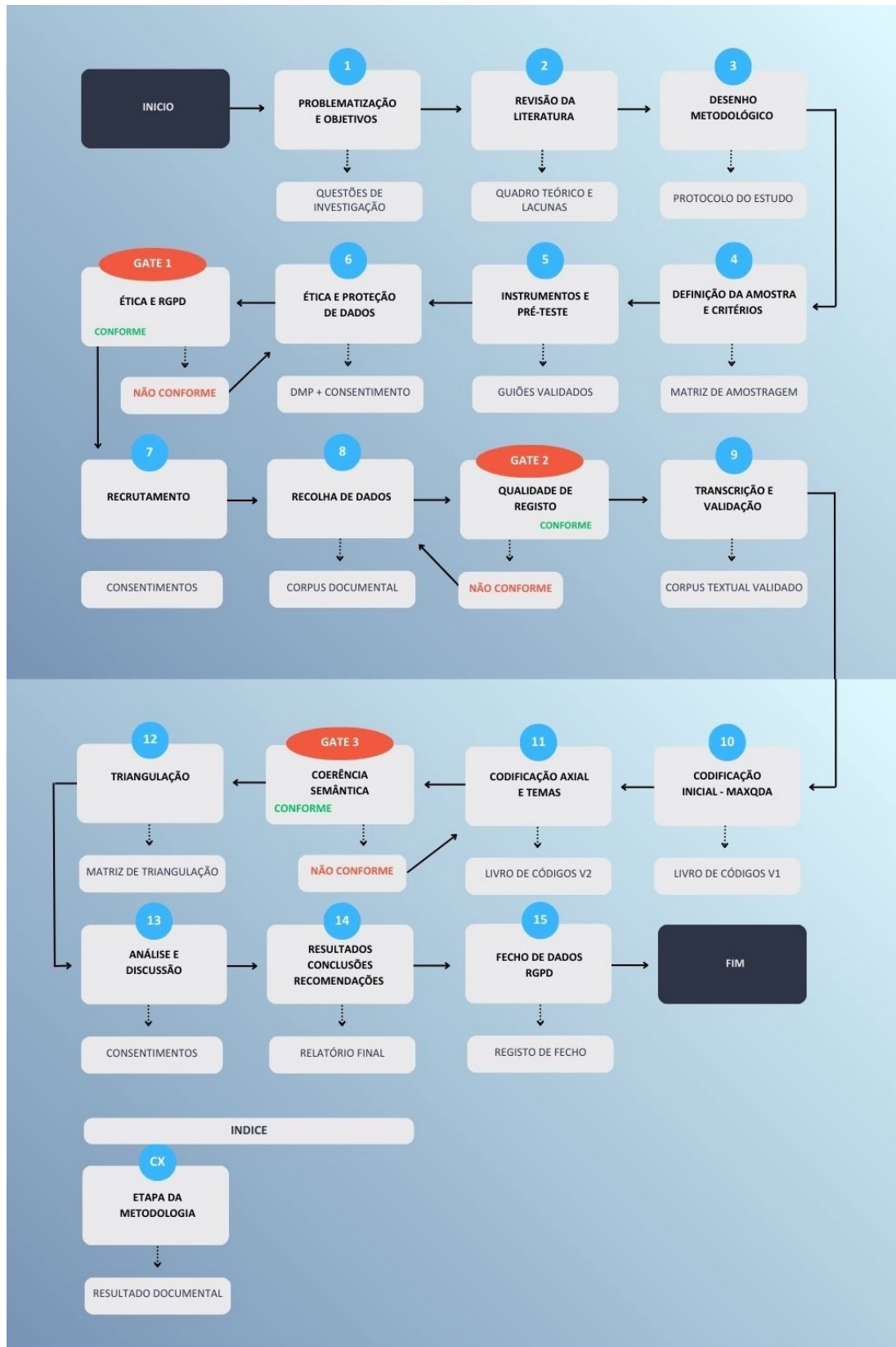


Figura 2 - Fluxograma de síntese metodológica

Fonte: Elaboração própria

4 ANÁLISE DE DADOS

4.1 A PERCEÇÃO DOS TRIPULANTES DE CABINE

4.1.1 PERCURSO PROFISSIONAL E IMPACTO DA INAPTIDÃO

A análise dos testemunhos de tripulantes inaptos de forma definitiva para o voo revela carreiras prolongadas na aviação, com mais de 10 anos de experiência. Na amostra de tripulantes (N=15), cerca de 47% (n=7/15) acumulavam mais de duas décadas de serviço. Esta longevidade na função está diretamente associada a uma exposição prolongada aos riscos ocupacionais típicos do ambiente aeronáutico, nomeadamente lesões músculo-esqueléticas, perturbações do ritmo circadiano e desgaste emocional (Griffiths & Powell, 2012; Marqueze et al., 2023).

Este percurso prolongado reforça a forte dimensão identitária da profissão. Para muitos entrevistados, deixar de voar significou perder uma parte essencial da sua identidade profissional. Como referiu o tripulante T8: “Foi a decisão mais difícil da minha vida. [...] Num dia, estamos a fazer aquilo de que gostamos, aquilo que imaginamos continuar a fazer para sempre. [...] E, de um momento para o outro, tudo muda.” (Anexos, T8, l.50). Tal perceção é consistente com estudos que caracterizam a aviação como um estilo de vida e não apenas um emprego (Folco et al., 2015; Gössling et al., 2019).

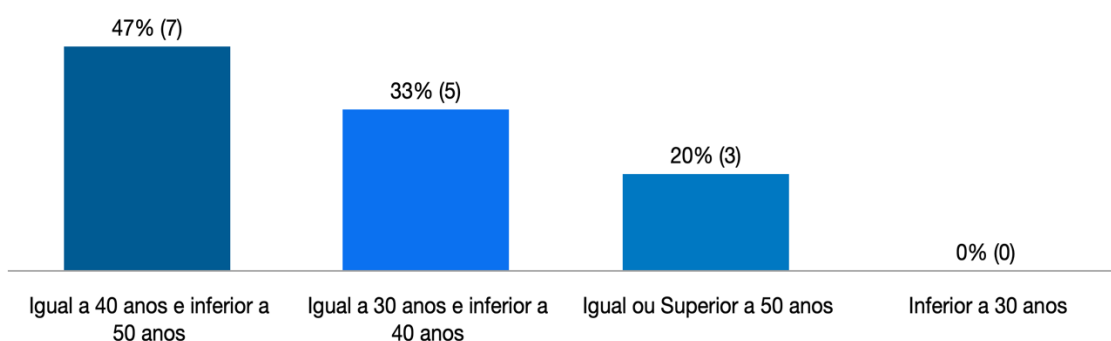


Figura 3 - Faixa etária da inaptidão em definitivo para o voo

Fonte: Elaboração própria

A Figura 3 mostra que a inaptidão definitiva ocorre sobretudo entre os 40 e os 59 anos, fase de maior maturidade e, simultaneamente, de maiores obstáculos à reconversão. A interrupção abrupta da carreira tem implicações severas, tais como quebra de

rendimento e perda de regalias, e repercussões no bem-estar emocional e na estabilidade familiar (Sander-Grout & Leggat, 2021).

No plano clínico, os acidentes reportados evidenciam predominantemente impacto físico: 93% (n=14/15) dos casos resultaram de lesões, em especial traumáticas ou músculo-esqueléticas. Apenas 1/15 foi classificado de etiologia psicológica, Transtorno de Stress Pós-Traumático⁶⁰ (TSPT), embora vários participantes refiram perturbações emocionais relevantes após o acidente, o que sublinha a invisibilidade dos riscos psicossociais na avaliação institucional.

Quanto ao contexto operacional, 73% (n=11/15) dos acidentes ocorreram a bordo da aeronave (*in-flight/turnaround*), confirmando o elevado risco do trabalho a bordo, entre outros, movimentação em espaços reduzidos, turbulência, manipulação de equipamentos e resposta a emergências, quadro agravado pela insuficiente eficácia de medidas de ergonomia e de prevenção de acidentes ocupacionais.

Apesar deste cenário, 60% (n=9/15) dos tripulantes ainda regressaram ao serviço após o acidente, na maioria por períodos curtos ou em condições de saúde instáveis. Em diversos casos, esse retorno temporário agravou a condição clínica e confirmou a impossibilidade de continuidade. Como relatou o tripulante T3: “Tentei voar. O pé inchava muito, doía muito. Voltei para baixa, meteram-me mais fisioterapia e isto passou-se duas, três vezes.” (Anexos, T3, l.12).

A rutura da carreira, sem preparação, surge como elemento transversal dos relatos, não apenas pelo impacto na saúde, mas também pela ausência de apoio institucional imediato. Como sintetiza T1: “Foi uma frustração imensa e um mal-estar enorme, porque todos nós, na nossa vida, dependemos da profissão que exercemos a nível emocional. É algo que nos completa como pessoas. [...] E eu não estava nada preparado para essa mudança. Nada preparado. Eu sabia que queria voar. Queria continuar a voar. Queria que a decisão não fosse definitiva, mas temporária. Mas acabou por ser definitiva...e eu não me sentia, de todo, preparado para isso.” (Anexos, T1, l.79).

⁶⁰ Transtorno de Stress Pós-Traumático: Perturbação psiquiátrica subsequente à exposição a evento traumático, definida por sintomas de revivência, evitamento, alterações negativas cognitivas/afetivas e hiperativação (World Health Organization, 2025a).

Em síntese, os dados da Tabela 13, O que os dados mostram: (i) Carreiras longas e identidade profissional fortemente ancorada; (ii) predomínio de lesões físicas; (iii) incidência maior entre 40–59 anos, com reconversão difícil.

Tabela 13 - Características da trajetória profissional dos participantes

Fonte: Elaboração própria

Fator	Observações	Implicações
Tempo de Serviço	100% >10 anos / 47% >20 anos	Forte vínculo identitário e experiência acumulada
Idade da Inaptidão	40-59 anos (87%)	Dificuldade de reconversão profissional
Local do Acidente	73% dentro da aeronave	Confirma risco operacional elevado
Tipo de Lesão	93% física / 7% psicológica	Prevalência de esforço físico e trauma direto
Retorno ao Voo	60% regressaram temporariamente	Fase transitória, marcada por agravamento clínico

4.1.2 AVALIAÇÃO MÉDICA E PERCEÇÃO DE INJUSTIÇA

A análise dos testemunhos de tripulantes inaptos definitivamente para o voo evidencia que a avaliação médica subsequente aos acidentes de trabalho constitui uma das dimensões mais críticas do processo. Embora 67% (n=10/15) dos participantes considerem que os exames realizados foram suficientes, 33% (n=5/15) manifestaram insatisfação com a qualidade, abrangência e tempestividade. Este resultado aponta falhas nos procedimentos de avaliação clínica, a apreciar à luz das normas em vigor, nomeadamente os requisitos do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), e da Lei n.º 98/2009, (2009).

Como indica a Figura 4, a percentagem muito elevada de 87% (n=13/15) de tripulantes que procurou uma segunda opinião médica revela desconfiança face à primeira avaliação institucional, muitas vezes conduzida por médicos ligados à seguradora ou à MT da empresa. Como sublinhou T2, “os médicos que consultei diziam que eu não deveria voar [...], o parecer da Medicina do Trabalho era o contrário”. (Anexos, T2, l.30). Esta divergência levanta questões sérias sobre imparcialidade e possível conflito de interesses. Casos como o de T6, que apenas obteve diagnóstico completo após exames por iniciativa própria, evidenciam insuficiência dos meios disponibilizados pelas

entidades patronais (Anexos, T6, l.22–24). T12 vai mais longe: “Da parte da empresa, foram realizados zero exames. [...] Os exames que, para mim, deveriam ter sido feitos [...] nunca foram feitos” (Anexos, T12, l.28). O retrato que emerge é o de uma abordagem clínica reativa e centrada na contenção de custos, em detrimento da proteção da saúde do trabalhador.



Figura 4 - Solicitação de segunda opinião médica pelos tripulantes sinistrados

Fonte: Elaboração própria

A aplicação dos critérios médico-legais que sustentaram a declaração de inaptidão e o grau de incapacidade atribuído é igualmente contestada. Apenas 33% (n=5/15) consideraram justos esses critérios, sugerindo uma percepção generalizada de injustiça. T3 afirma que o sistema visa apenas “dar o mínimo que me podem dar de incapacidade”, criticando a utilização rígida e descontextualizada de tabelas percentuais (Anexos, T3, l.22).

Também a dimensão humana do processo é alvo de críticas. T9 relata ter recebido conselhos genéricos — “a melhor maneira de resolver a situação era praticar desporto e perder mais peso” — sem diagnóstico ortopédico atempado (Anexos, T9, l.40). Já T12 descreve que “a sensibilidade para o estado de saúde da pessoa é zero. Zero”, ilustrando uma abordagem desumanizada e tecnocrática (Anexos, T12, l.38).

A percepção de parcialidade é quase unânime: 93% (n=14/15) dos entrevistados entenderam que os pareceres não foram imparciais, apontando frequentemente a influência da seguradora como fator determinante. T13 refere que alguns médicos “não queriam de maneira nenhuma que se chegasse à verdade” (Anexos, T13, l.52).

A leitura da Tabela 14, confirma fragilidades centrais: diagnósticos incompletos por falta de exames e desvalorização de relatórios externos; ausência de empatia clínica; critérios periciais rígidos e economicistas; e parcialidade associada à influência das seguradoras.

Na perspetiva dos trabalhadores, estas falhas comprometem a legitimidade técnica, ética e institucional do sistema, justificando a necessidade de reformar, em profundidade, os modelos de avaliação e acompanhamento da inaptidão definitiva.

Tabela 14 - Elementos críticos identificados nas avaliações médicas

Fonte: Elaboração própria

Dimensão	Problemas Referidos	Consequência Percebida
Diagnóstico	Falta de exames complementares; exames particulares ignorados	Desvalorização da gravidade das lesões
Comunicação	Frieza, falta de empatia, ausência de escuta ativa	Sentimento de invisibilidade e revolta
Crítérios Periciais	Rígidos, descontextualizados, economicistas	Avaliações injustas e compensações reduzidas
Imparcialidade	Influência da seguradora e falta de autonomia clínica	Judicialização como única via de reparação

4.1.3 COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL E SUPORTE EMOCIONAL

A comunicação entre os diversos intervenientes institucionais no processo de inaptidão definitiva revelou-se, segundo a maioria dos participantes, ineficaz, insuficiente ou mesmo inexistente. Apenas 33% (n=5/15) dos tripulantes consideraram adequada a comunicação entre MT, MA e companhia aérea, enquanto 47% (n=7/15) afirmaram que não houve qualquer articulação e 20% (n=3/15) não souberam ou não quiseram responder.

Este défice de comunicação institucional foi frequentemente associado a sentimentos de abandono e desorientação, como ilustrado pelas palavras de T8: “Não. Nada.” (Anexos, T8, l.58). E ainda: “Não. Eu é que fui buscar.” (Anexos, T8, l.62). Noutro momento resume a falta de orientação: “Ninguém sabe nada.” (Anexos, T8, l.84). A ausência de protocolo estruturado de acompanhamento após a declaração de inaptidão compromete não apenas o direito à informação, mas também o bem-estar emocional e capacidade de planeamento dos trabalhadores afetados (Gössling et al., 2019).

Os testemunhos recolhidos indicam que os tripulantes ficaram frequentemente numa teia administrativa, sem saber se deviam procurar a MA, a segurança social ou uma nova avaliação médica. Esta fragmentação dos processos pode ser interpretada como uma falha grave na articulação interinstitucional, mas também como um reflexo de um

modelo organizacional centrado nos procedimentos e não na pessoa (Griffiths & Powell, 2012).



Figura 5 - Suporte psicológico aos tripulantes pós comunicação de inaptidão

Fonte: Elaboração própria

Do ponto de vista do suporte emocional, os dados são ainda mais preocupantes. Apenas 20% dos tripulantes referiram ter tido acesso a algum tipo de apoio psicológico após a decisão de inaptidão definitiva, como evidenciado pela Figura 5, sendo que esse apoio foi sempre obtido por iniciativa própria e fora da estrutura da empresa. Como sublinha T6: “Pelo menos acompanhamento psicológico [...] precisei desse apoio, que não tive da parte da companhia.” (Anexos, T6, l.78). Estes relatos revelam não apenas a ausência de medidas estruturadas de apoio, mas também uma cultura organizacional marcada pela desresponsabilização face ao sofrimento humano.

T10 resume esta lacuna institucional ao afirmar: “Acredito que teria sido uma ajuda essencial para não entrar neste estado de depressão, que ainda hoje enfrento.” [T10, l.79]. A falta de apoio psicológico institucionalizado viola os princípios básicos da RSC, especialmente num setor de elevada exigência emocional como a aviação.

Tabela 15 - Percepções sobre comunicação institucional e apoio emocional

Fonte: Elaboração própria

Dimensão	Evidência Empírica	Implicações Percebidas
Comunicação Interinstitucional	47% reportam ausência total; 33% positiva	Limbo administrativo, duplicação de processos, confusão
Encaminhamento para MA	53% não foram encaminhados	Falha no cumprimento dos trâmites regulatórios
Apoio Psicológico	80% não receberam; 20% procuraram por conta própria	Sofrimento emocional sem apoio, risco de agravamento clínico

A Tabela 15, evidencia falhas de comunicação interinstitucional e um déficit marcado de apoio psicológico: 47% (n=7/15) referem ausência total desse apoio; 80% (n=12/15) não receberam qualquer acompanhamento e 20% (n=3/15) tiveram de o procurar por iniciativa própria. Este quadro compromete a proteção dos tripulantes inaptos e contraria os princípios da RSC.

4.1.4 REINTEGRAÇÃO PROFISSIONAL E PRÁTICAS ORGANIZACIONAIS

A reintegração profissional após a declaração de inaptidão definitiva para o voo revela-se, para a maioria dos tripulantes entrevistados, uma experiência desajustada, simbólica ou mesmo inexistente. Embora 80% (n=12/15) dos participantes tenham recebido propostas para funções em terra, cf. Figura 6, os testemunhos evidenciam que estas ofertas foram frequentemente percebidas como desmotivadoras, mal-enquadradas ou financeiramente penalizadoras.

T8 descreve assim o que lhe foi indicado: “Era no *call center*, era algo desse género...muito desanimador...percebi que era uma proposta feita quase para que eu recusasse.” (Anexos, T8, l.70). T3 relata: “A função? Meteram-me a trabalhar na manutenção de componentes, uma coisa que eu nunca tinha visto na vida, que não fazia parte das minhas competências.” (Anexos, T3, l.46).

Estes exemplos são sintomáticos de uma abordagem organizacional que ignora o capital humano acumulado e desconsidera a requalificação como pilar da responsabilidade social. Apesar de alguns casos pontuais de integração mais adequada, como o de T4, “fui para a parte da avaliação do PNC” (Anexos, T4, l.62), e o de T6, “Só me ofereceram uma opção: *Schedule Planner*, analista de planeamento de voos” (Anexos, T6, l.54), a ausência de participação dos trabalhadores na definição das novas funções e a inexistência de um plano de reconversão estruturado foram elementos recorrentes.

T15 resume a percepção de desperdício de competências: “não iam aproveitar minimamente as minhas habilitações, a minha capacidade.” (Anexos, T15, l.72).

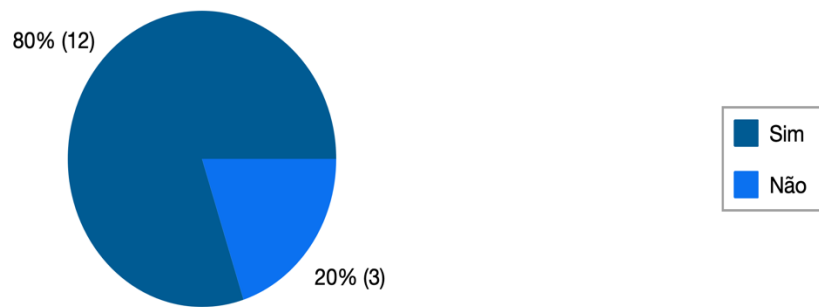


Figura 6 - Oferta de função na organização

Fonte: Elaboração própria

A fragilidade das políticas de reconversão é agravada pela inexistência de apoio formativo. A maioria dos entrevistados referiu que não recebeu qualquer formação ou recebeu apenas um acompanhamento informal, como evidencia T3: “A formação funciona como um *on-job*, a trabalhar com outra pessoa.” (Anexos, T3, l.48).

Tal como se pode aferir da Tabela 16, do ponto de vista da progressão profissional, os testemunhos também revelam desigualdade de oportunidades. Alguns, como T13, assinalam algum reconhecimento: “Já tive uma ou duas vezes um aumento salarial, sim.” (Anexos, T13, l.82). Mas há quem relate estagnação: T2 afirma que foi colocado “na única categoria em que nunca haveria a possibilidade de evolução salarial.” (Anexos, T2, l.66).

Tabela 16 - Avaliação das propostas de reintegração pelos participantes

Fonte: Elaboração própria

Dimensão	Evidência	Implicações
Adequação Funcional	Funções alheias à experiência	Desvalorização do percurso profissional
Acompanhamento Formativo	Ausente ou informal	Fraca adaptação e desmotivação
Participação na Decisão	Inexistente	Sentimento de imposição e exclusão
Reconhecimento e Progressão	Limitado a casos pontuais	Estagnação funcional
Alternativas à Reintegração	Muitas vezes ausentes	Perceção de abandono institucional

Importa ainda destacar que 20% (n=3/15) dos participantes não receberam qualquer proposta de reintegração, tendo sido conduzidos, de forma direta ou indireta, para a saída da organização. T5 recorda que lhe disseram “que não havia lugar nenhum e que era um mútuo acordo.” (Anexos, T5, l.64). T9, por seu lado, relata: “Ninguém me disse nada... não tive qualquer contacto por parte da empresa.” (Anexos, T9, l.58).

Mesmo quando formalmente oferecida, a reintegração profissional não correspondeu às expectativas nem às necessidades dos trabalhadores. A ausência de um plano de transição digno e personalizado contribuiu para uma perceção generalizada de desvalorização, injustiça e falência organizacional.

4.1.5 JUDICIALIZAÇÃO E ATUAÇÃO DAS SEGURADORAS

A totalidade dos tripulantes entrevistados reportou ter recorrido ao sistema judicial como única via para ver reconhecidos os seus direitos, nomeadamente a atribuição da IPATH. Este dado, revela uma judicialização sistemática e profundamente enraizada do processo de reconhecimento da IPATH no setor da aviação.

O recurso à justiça foi motivado por múltiplas razões: a recusa inicial de reconhecimento da IPATH por parte das seguradoras, a discordância com os pareceres médicos emitidos no contexto institucional, e a necessidade de garantir compensações financeiras adequadas e direitos laborais mínimos. Em 47% dos casos, a decisão apenas foi proferida em sede de recurso no TR, o que confirma a morosidade e complexidade dos litígios.

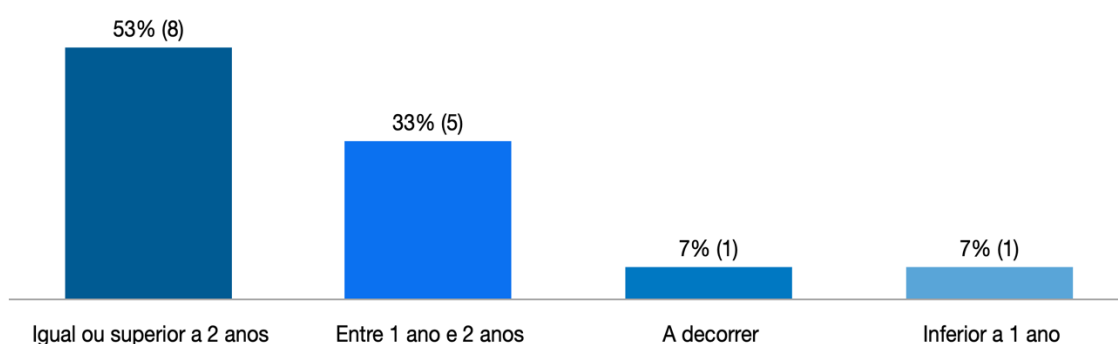


Figura 7 - Duração dos processos legais

Fonte: Elaboração própria

O tempo médio de resolução judicial foi igual ou superior a dois anos em mais de metade dos processos, cf. Figura 7, apenas um caso foi resolvido em menos de um ano. Durante esse período, os trabalhadores enfrentaram cortes salariais, incerteza quanto ao futuro

profissional, e instabilidade emocional. T7 descreve a espera como “psicologicamente, é desgastante, porque queremos ter as coisas resolvidas, e o dinheiro não abunda, não é? É um processo muito difícil, psicologicamente exaustivo, até conseguirmos chegar a bom porto – que é aquilo a que temos direito.” (Anexos, T7, l.92). T10 reforça: “Como lhe disse anteriormente, pessoalmente eu fui abaixo. Fiquei sem chão, fiquei sem trabalho, sem apoio, fiquei sozinho. Entrei num estado de depressão muito grande, que ainda hoje se mantém, em parte.” (Anexos, T10, l.113).

As seguradoras surgem como os principais obstáculos ao reconhecimento da incapacidade. Todos os participantes relataram dificuldades causadas por estas entidades, incluindo tentativas de minimizar lesões, manipular perícias ou retardar a emissão de pareceres. Vários entrevistados mencionaram práticas como pressões psicológicas, ausência de resposta a pedidos de exames ou contestação sistemática de relatórios médicos externos. A atuação foi frequentemente percebida como desumana e centrada exclusivamente na minimização de encargos. T9 sintetiza este sentimento: “tornamo-nos apenas números que não interessam para nada.” (Anexos, T9, l.154). T8 acrescenta: “O meu advogado chegou a ponderar mover um processo contra a juíza da primeira instância, porque as perguntas que fazia e as exigências que colocava eram completamente surreais.” (Anexos, T8, l.107).

Tabela 17 - Barreiras e consequências da judicialização identificadas pelos participantes

Fonte: Elaboração própria

Fator	Evidência	Consequência
Atuação das Seguradoras	Minimização de lesões, resistência à compensação, manipulação pericial	Sufrimento emocional, atrasos no acesso a direitos
Morosidade Judicial	Mais de 2 anos em 53% dos casos	Instabilidade financeira e emocional
Complexidade Processual	Recurso necessário em 47% dos casos	Aumento dos custos e desgaste prolongado
Perceção de Justiça Final	80% satisfeitos com decisão final	Validação tardia dos direitos, mas perda de confiança institucional

Apesar disso, e conforme se pode observar na Tabela 17, 80% (n=12/15) dos participantes consideraram que o sistema judicial foi, no final, justo, ainda que moroso e emocionalmente desgastante. Esta perceção positiva final contrasta com o percurso

marcado por atrasos, contradições periciais, decisões incoerentes e desvalorização da experiência profissional dos tripulantes.

Quando falham os mecanismos precoces de resolução de conflitos e a peritagem especializada em contexto aeronáutico, a judicialização emerge como desfecho recorrente. A remessa integral destes processos para os tribunais evidencia a falência das instâncias institucionais de mediação, proteção e avaliação da incapacidade. Nesses casos, o facto de os direitos laborais só se tornarem efetivos em sede judicial traduz a transferência para o trabalhador do ónus de resistir e litigar, em vez de lhe ser assegurada uma proteção célere, transparente e digna.

4.1.6 PERCEÇÃO DAS COMPANHIAS AÉREAS E DA LEGISLAÇÃO

A análise das entrevistas revela uma perceção fortemente negativa da atuação das companhias aéreas após a decisão de inaptidão definitiva. Um total de 93% (n=14/15) dos tripulantes inaptos considera que não existiram políticas de RSC direcionadas para a sua situação. Este resultado, aliado à ausência de contacto regular, apoio jurídico, e envolvimento dos Gabinetes de RH e SST no processo de transição, cf. Figura 8, evidencia uma rutura institucional grave.



Figura 8 - Apoio na transição por parte dos RH e SST

Fonte: Elaboração própria

A relação dos participantes com a entidade empregadora é descrita como marcada pela invisibilidade, abandono e falta de empatia. T1 refere: “Senti-me desamparado.” (Anexos, T1, l.116). T8 descreve um cenário em que “Desamparado, totalmente desamparado.” (Anexos, T8, l.78). Estas vivências demonstram que, na perceção dos trabalhadores, o vínculo com a companhia termina no exato momento em que deixam de ser úteis do ponto de vista operacional, uma realidade que contraria os princípios fundamentais da RSC, como definidos pela ISO 26000, (2010).

A ausência de práticas organizacionais proativas, como acompanhamento psicológico, planos de reintegração, informação clara sobre direitos ou medidas compensatórias personalizadas, compromete a legitimidade institucional e aprofunda o sofrimento. Como defendem Gössling et al., (2019) a RSC na aviação deve traduzir-se em políticas reais de apoio ao trabalhador, sobretudo em contextos de vulnerabilidade, como os que decorrem de lesões graves e incapacitantes.

Do ponto de vista legal, a insatisfação é também expressiva. Cerca de 73% (n=11/15) dos participantes consideram que a legislação nacional não protege adequadamente os tripulantes sinistrados. As críticas incidem em várias dimensões: a inexistência de um estatuto jurídico específico para a profissão de tripulante de cabine, a inexistência de mecanismos automáticos de reconhecimento da incapacidade, a falta de previsão legal para medidas de reconversão dignas, e a ausência de um seguro de perda de licença equivalente ao existente para pilotos.

T4 sintetiza esta perceção ao afirmar: “Na legislação, pouco ou nada há a fazer, uma vez que nós não temos carteira, não é? Temos um certificado de tripulante, ao contrário dos pilotos, que têm uma perda de licença. [...] Temos um certificado que, a meu ver, pouco ou nada vale.” (Anexos, T4, l.120).

Tabela 18 - Perceções dos participantes sobre RSC e legislação

Fonte: Elaboração própria

Eixo	Problemas Identificados	Consequências Percebidas
RSC	Ausência de contacto, apoio, reintegração e acompanhamento	Sensação de abandono e desvalorização humana
Legislação Laboral e Previdenciária	Falta de enquadramento específico, morosidade, judicialização sistemática	Insegurança jurídica e desproteção funcional

A análise da Tabela 18, evidencia uma desconexão estrutural entre o discurso institucional sobre bem-estar organizacional e a experiência concreta dos trabalhadores de cabine. Tal descompasso decorre, em larga medida, da ausência de medidas de proteção articuladas e centradas na especificidade profissional, pelo que a legislação tende a converter-se num elenco de garantias formais de difícil concretização, acessíveis sobretudo a quem dispõe de recursos e resiliência para judicializar a sua condição (Pinho, 2020). Em síntese, persiste um défice de alinhamento entre a RSC, a SST e as

particularidades das funções de cabine, com impactos negativos na efetividade da proteção social.

4.1.7 RECOMENDAÇÕES E PROPOSTAS DOS PARTICIPANTES

A última parte das entrevistas foi dedicada à recolha de sugestões e propostas por parte dos tripulantes inaptos, com o objetivo de identificar áreas concretas de melhoria nos processos médico-legais, nas práticas institucionais e no enquadramento jurídico da inaptidão definitiva para o voo. A análise revelou um conjunto rico e coerente de recomendações, fortemente ancoradas nas experiências vividas e que constituem um diagnóstico crítico do sistema atual e um roteiro para a mudança.

Estas propostas agrupam-se em seis eixos principais de recomendação: (1) apoio psicológico estruturado, (2) apoio jurídico e informação sobre direitos, (3) comunicação institucional e acompanhamento humanizado, (4) reformulação da avaliação médica e dos critérios periciais, (5) reintegração profissional digna e participada, e (6) reformas legislativas e políticas públicas.

APOIO PSICOLÓGICO ESTRUTURADO

Uma das propostas mais recorrentes foi a implementação de apoio psicológico protocolado desde o momento da inaptidão, com continuidade ao longo do processo de transição. Muitos tripulantes referiram que este apoio poderia ter mitigado o sofrimento emocional vivido e evitado quadros de depressão, ansiedade ou desorientação.

Como refere T8: “Foi, sem dúvida, a decisão mais difícil da minha vida. Vem a depressão, a ansiedade, a necessidade de acompanhamento psicológico e psiquiátrico para tentar lidar com tudo isto.” (Anexos, T8, l.50). Este entendimento está alinhado com as boas práticas em saúde ocupacional preconizadas pela *World Health Organization*⁶¹ (WHO).

APOIO JURÍDICO E INFORMAÇÃO SOBRE DIREITOS

Outro ponto crítico identificado pelos participantes é a falta de apoio jurídico especializado por parte das companhias aéreas e da ausência de informação clara e acessível sobre direitos laborais, compensações, seguros e procedimentos

⁶¹ *World Health Organization*: Agência especializada das Nações Unidas em saúde pública, criada pela Constituição da OMS, adotada em 1946 e em vigor desde 7.04.1948, com sede em Genebra e 194 Estados-Membros (WHO Constitution, 1946).

administrativos. T10 relata: “Aceitei por falta de apoio jurídico, de informação, de acompanhamento. Sinto que fui, de certa forma, pressionado a rescindir o contrato [...] Acho que não me foi bem explicado o processo, nem os meus direitos. E eu acabei por aceitar essa rescisão de forma ‘amigável’, quando eu não tinha de rescindir amigavelmente.” (Anexos, T10, l.97). E vários participantes indicaram ter recorrido a advogados por conta própria, com encargos significativos.

T7 sugere: “Penso que a empresa deveria ter reunido comigo e com o meu advogado para prestar algum apoio [...] deveria ter havido um pouco mais de humanidade em todo o processo.” (Anexos, T7, l.74).

COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL E ACOMPANHAMENTO HUMANIZADO

Muitos tripulantes defenderam a criação de uma figura de referência ou tutor institucional que acompanhe o caso desde o momento do acidente até à resolução final. Esta pessoa — um elemento dos RH ou do gabinete de SST — deveria assegurar escuta ativa, coordenação entre entidades e comunicação contínua com o trabalhador.

T8 propõe: “Mas sim, acho que o que falta é precisamente essa parte: um gabinete ou uma pessoa que faça esse acompanhamento, para que os trabalhadores não se sintam tão abandonados e isolados. Tem de haver um elo de ligação, seja um responsável, seja um sistema que oriente e encaminhe as pessoas.” (Anexos, T8, l.52). Esta ideia de acompanhamento personalizado reflete o princípio da humanização dos processos, essencial para garantir justiça organizacional (Marqueze et al., 2023).

REFORMULAÇÃO DA AVALIAÇÃO MÉDICA E DOS CRITÉRIOS PERICIAIS

Os participantes propõem a reformulação da avaliação médica e dos critérios periciais, com a introdução de avaliações verdadeiramente multidisciplinares envolvendo, entre outros, ortopedistas, psiquiatras e médicos de trabalho; com o reforço da transparência na definição de critérios e na elaboração dos relatórios periciais; e com a garantia de independência das avaliações, a cargo de entidades sem qualquer vínculo à seguradora.

Esta reconfiguração responde à percepção de fragilidade do sistema, expressa por T2: “Deverias ter um melhor acompanhamento e poder acreditar que os médicos que ali estão, estão para te ajudar, o que, normalmente, não é o que sentes. Acabas por te sentir sempre enganado.” (Anexos, T2, l.52). A descrença reiterada revelada neste

depoimento compromete a confiança no dispositivo pericial e legitima a adoção de mecanismos robustos de avaliação independente.

REINTEGRAÇÃO PROFISSIONAL DIGNA E PARTICIPADA

As críticas às propostas de funções em terra são generalizadas. Muitos sugerem planos personalizados de reconversão profissional, com formação adequada, aproveitamento das competências adquiridas e possibilidade de progressão. Quem o diz explicitamente é T4 e T13: “Eu, por exemplo, com 30 anos de voo, acho que poderia ter sido uma mais-valia na área da formação de tripulantes.” (Anexos, T4, l.118). T4 “[...] seria um bom elemento no Gabinete de Segurança.” (Anexos, T13, l.94).

T12 reforça a exigência de dignidade nas colocações: “E pronto, acho que, no mínimo, a empresa — e esses lugares existem — devia ter facultado ao tripulante um outro posto de trabalho minimamente digno, e não aquilo que ofereceram.” (Anexos, T12, l.83).

REFORMAS LEGISLATIVAS E POLÍTICAS PÚBLICAS

Por fim, os participantes apontam várias falhas do quadro legal atual, propondo a criação de estatuto profissional específico para tripulantes, o acesso facilitado à reforma por invalidez em casos devidamente justificados, prazos máximos para decisões judiciais e médico-legais e ainda a Integração dos critérios da EASA na legislação nacional.

Tabela 19 - Eixos de recomendação propostos pelos participantes

Fonte: Elaboração própria

Eixo	Exemplos de Propostas	Objetivo
Apoio Psicológico	Acompanhamento estruturado e gratuito desde o início	Mitigar sofrimento; prevenir descompensações
Apoio Jurídico	Informação acessível; sessões com advogado; mediação institucional	Proteger direitos; evitar injustiças
Comunicação / Acompanhamento	Figura de referência; reuniões regulares	Evitar isolamento e desinformação
Avaliação Médica	Equipas multidisciplinares; transparência; peritos independentes	Reforçar confiança e justiça clínica
Reintegração Profissional	Formação ajustada; cargos com valor; envolvimento do trabalhador	Garantir dignidade e continuidade laboral
Reforma Legislativa	Estatuto profissional; reforma sem penalizações; prazos legais	Assegurar coerência entre função e proteção

T5 sintetiza: “Acho que devia haver uma articulação maior e uma especificidade mais clara sobre quais são realmente as nossas funções e o que isso implica.” (Anexos, T5, I.50).

Estas propostas, cf. Tabela 19, revelam um corpo de conhecimento experiencial que deve ser acolhido pelas companhias aéreas, pelos decisores políticos e pelas entidades reguladoras como contributo direto para a construção de políticas públicas e organizacionais mais justas, humanas e eficazes.

Como tal, estas recomendações não representam apenas críticas, mas ofertas de reconfiguração institucional com base em trajetórias reais de perda, resistência e reconstrução.

4.1.8 SÍNTESE DA ANÁLISE DA PERCEÇÃO

A análise das entrevistas realizadas a quinze tripulantes inaptos de forma definitiva para o voo, por acidente de trabalho, revela um padrão estrutural de percepção de desproteção multidimensional, tanto ao nível clínico, como, organizacional, jurídico e emocional. Os dados apontam para uma realidade marcada por fragmentação institucional, ausência de resposta estruturada por parte das companhias aéreas e judicialização sistemática como única via de reparação.

Num setor que exige altos padrões de segurança, competência técnica e disponibilidade permanente, a quebra da aptidão para o voo deveria ser acompanhada por protocolos integrados de apoio e reconversão, compatíveis com a natureza específica e os riscos da função. No entanto, o que os participantes descrevem é um processo de exclusão progressiva, em que o trabalhador lesado deixa de ser reconhecido como parte da organização a que serviu durante anos, ou em muitos casos, décadas.

A avaliação médica surge como uma das principais fontes de conflito, desconfiança e dor simbólica. As falhas diagnósticas, a ausência de escuta, a influência da seguradora sobre os pareceres clínicos e a rigidez dos critérios periciais foram elementos amplamente referidos. O acesso limitado a especialistas e a necessidade de recorrer a avaliações privadas contribuíram para a percepção de injustiça e para o esgotamento emocional.

No campo da RSC, a atuação das companhias aéreas é percebida como quase inexistente. A ausência de contacto, apoio psicológico, orientação jurídica ou planos de reintegração dignos confirma a dissociação entre o discurso da RSC e a prática concreta. A gestão da inaptidão definitiva é, na prática, externalizada para o trabalhador e para o sistema judicial, sem mecanismos internos de apoio humanizado.

A judicialização plena dos casos, com prazos médios superiores a dois anos e necessidade de recurso em quase metade das situações, agrava o impacto da perda funcional. A atuação das seguradoras, descrita como obstrutiva, manipuladora e emocionalmente desgastante, reforça o desequilíbrio de poder entre o trabalhador e as instituições.

Em termos legislativos, a inexistência de um enquadramento específico para os tripulantes é vivida como um fator adicional de vulnerabilidade. A profissão, exigente do ponto de vista físico e emocional, não encontra correspondência nos mecanismos legais de proteção. A ausência de um estatuto profissional, a inexistência de um seguro obrigatório de perda de licença e a falta de previsões legais para a reconversão agravam a desproteção já existente.

Tabela 20 - Dimensões-chave da desproteção identificadas

Fonte: Elaboração própria

Dimensão	Manifestação	Impacto
Avaliação Médica	Exames insuficientes; parcialidade pericial	Descrédito; decisões injustas
Comunicação Institucional	Falta de articulação entre entidades	Limbo burocrático; confusão; desamparo
Apoio Psicológico / Jurídico	Inexistente ou auto-obtido	Fragilidade emocional; decisões mal informadas
Reintegração / Transição	Propostas desajustadas ou ausentes	Exclusão; perda de identidade profissional
Seguradoras	Resistência; pressão; morosidade	Judicialização forçada; desgaste emocional/económico
Enquadramento Legal	Lacunas legislativas; ausência de estatuto	Proteção insuficiente; invisibilidade jurídica

Em síntese, a percepção da inaptidão definitiva para o voo, quando não acompanhada por políticas robustas de apoio e reconversão, transforma-se num processo de marginalização institucional. As trajetórias destes 15 tripulantes mostram que a perda

da capacidade de voar é também a perda de um lugar na organização e, em muitos casos, na própria identidade profissional e social.

As propostas dos participantes, cf. Tabela 20, organizadas em eixos de intervenção, apontam caminhos concretos para a mudança. A sua escuta é, simultaneamente, um gesto de reparação e um imperativo ético para qualquer organização que se afirme responsável e humanizada.

4.2 A AVALIAÇÃO DA MEDICINA DO TRABALHO

No contexto da aviação comercial, a avaliação da aptidão dos tripulantes é realizada, em diferentes momentos e com distintos propósitos, por dois domínios médicos que operam de forma paralela: a MT e a MA. Embora ambas tenham como finalidade assegurar que os profissionais estão em condições físicas e psicológicas adequadas para o exercício da sua função, distinguem-se quanto ao enquadramento normativo, à natureza das avaliações e à função institucional que desempenham. Enquanto a MT se inscreve no âmbito da legislação laboral nacional e visa garantir a compatibilidade entre o estado de saúde do trabalhador e os riscos específicos do seu posto de trabalho, a MA, regulada sobretudo pelos normativos da EASA, centra-se na avaliação médico-aeronáutica obrigatória para o exercício de funções de voo.

4.2.1 PERFIL E ENQUADRAMENTO PROFISSIONAL

O testemunho do médico participante MT1 evidencia um percurso sólido e diversificado na saúde ocupacional, com experiência acumulada em contextos públicos e privados que sustenta a sua perspetiva sobre a MT e, em particular, sobre os processos de inaptidão laboral. Como refere, é "médica do trabalho desde 1997", tendo trabalhado "em várias empresas, quase todas privadas, algumas também em empresas públicas", incluindo organizações de grande dimensão, como a [...], que à época "tinha 3.800 trabalhadores" (Anexos, MT1, I.6).

Para além da atividade clínica, desempenhou funções de liderança: "Já fui coordenadora do serviço de Medicina do Trabalho da ERS Norte" e, no âmbito da sua carreira de 34 anos, como médica de saúde pública, assumiu de forma continuada a coordenação da área de saúde ocupacional, o que denota intervenção em processos de decisão e implementação de políticas de saúde no trabalho.

Do ponto de vista formativo, sublinha a sua qualificação reconhecida pela Ordem dos Médicos em múltiplas áreas: "Sou médica de saúde pública, especialista pela Ordem. Sou médica do trabalho, especialista pela Ordem, e tenho medicina aeronáutica também — que é o curso de medicina aeronáutica" (Anexos, MT1, l.8). Esta polivalência técnica permite-lhe integrar exigências clínicas, legais e de segurança, sendo particularmente relevante no contexto da aviação comercial.

A entrevistada assinala ainda um hiato na prática de MA "por questões de impossibilidade de mercado", com retoma "a partir de 2021", exercendo atualmente esta área em "duas clínicas" (Anexos, MT1, l.8). Tal percurso mostra capacidade de adaptação a flutuações do setor e atualização contínua de competências num domínio altamente regulado.

No presente, a sua atividade articula diretamente a MT com a MA no setor da aviação: "Atualmente, trabalho com a [...] e presto serviços de Medicina do Trabalho para a Companhia Aérea B, no âmbito da admissão de trabalhadores, exames periódicos, exames ocasionais" (Anexos, MT1, l.6). Esta intervenção abrange momentos-chave do ciclo laboral de profissionais de funções críticas, desde o recrutamento ao acompanhamento da aptidão, conferindo-lhe um ponto de vista privilegiado sobre critérios, procedimentos e responsabilidades institucionais.

Em suma, o conjunto de formação especializada, experiência plural em diferentes contextos e exercício de coordenação consolida a autoridade de MT1 para uma análise crítica e informada dos processos de avaliação de aptidão e da resposta institucional perante a inaptidão laboral, incluindo em ambientes particularmente exigentes como o da aviação civil.

4.2.2 AVALIAÇÃO MÉDICA E APLICAÇÃO DA REGULAMENTAÇÃO

PERIODICIDADE E TIPOLOGIA DOS EXAMES

As declarações de MT1 revelam uma visão rigorosa e informada sobre os exames clínicos obrigatórios no setor da aviação, refletindo o enquadramento normativo da MT e a sua aplicação concreta junto dos tripulantes. A periodicidade e tipologia dos exames assumem especial importância na avaliação da aptidão dos trabalhadores para funções críticas como o voo.

A entrevistada sublinha que “o médico do trabalho tem basicamente três exames: o exame de admissão do trabalhador à função; o exame periódico — que, como sabe, tem uma periodicidade que está prevista na lei” (Anexos, MT1, l.10). Esta organização responde à Lei n.º 102/2009, (2009), que regula a promoção da segurança e saúde no trabalho e estabelece exames de admissão, periódicos e ocasionais, conforme constatado pela Tabela 21.

No que respeita à frequência dos exames periódicos, MT1 indica que “os exames periódicos são feitos anualmente para trabalhadores com mais de 50 anos e para trabalhadores com menos de 18”, sendo que, para os restantes, “a periodicidade será de dois em dois anos”. A médica acrescenta que essa periodicidade pode ser reduzida “quando o trabalhador muda de funções, ou quando o risco da empresa justifica uma periodicidade mais curta que um ano” (Anexos, MT1, l.10). Este ponto encontra eco no artigo 108.º da Lei n.º 102/2009, (2009).

Em situações de ausência prolongada ou eventos de saúde relevantes, entram em jogo os chamados exames ocasionais, que são “sempre efetuados em casos de acidente de trabalho, de doenças profissionais ou de doenças não profissionais — portanto, doença natural — tudo o que implique uma ausência do trabalhador superior a 30 dias consecutivos” (Anexos, MT1, l.10). Trata-se, precisamente, do cenário previsto na mesma lei para a realização de exames ocasionais no regresso ao trabalho.

Tabela 21 - Tipos de avaliação de MT

Fonte: Elaboração própria com consulta a Lei n.º 102/2009 e Lei n.º 7/2009

Âmbito	Base Legal	Quando se faz	Periodicidade / Validade	Observações
Exame de Admissão	Lei n.º 102/2009, art. 108.º e segs.	Início de funções ou mudança relevante de posto/risco	Único, antes do início	Emitir Ficha de Aptidão (apto/inapto/apto condicional).
Exame Periódico	Lei n.º 102/2009, art. 108.º	Vigilância da saúde em curso	≥50 e <18: anual; 18–49: bienal (pode reduzir com risco)	Médico do trabalho pode encurtar intervalo conforme risco/estado clínico.
Exame Ocasional	Lei n.º 102/2009, art. 108.º	AT, doença profissional, doença não profissional >30 dias, mudança de funções, pedido do trabalhador/empresa	Na ocorrência	Avalia readmissão e restrições temporárias.

É também valorizada a autonomia do trabalhador e da entidade patronal para solicitar avaliações adicionais: “esse exame pode também ser pedido pelo próprio trabalhador, por alguma questão que entenda que não está a ser capaz de dar resposta às suas funções, ou pela própria empresa” (Anexos, MT1, I.10). Esta ideia reforça a lógica de responsabilização partilhada em consonância com o âmbito da certificação aeronáutica como veremos adiante.

Relativamente ao conteúdo clínico dos exames, a médica destaca que “isso é uma das coisas que avaliamos na MT: a acuidade auditiva — fazemos timpanograma, a acuidade visual — há limites definidos também na legislação —, e depois a parte analítica, que é importante, e a eletrocardiograma, que é um exame de rotina” (Anexos, MT1, I.28). Estes pontos alinham com os requisitos EASA para avaliação dos tripulantes no ponto MED.C.025 e respetivas AMC e GM do mesmo regulamento e no âmbito da avaliação em MA.

A experiência específica com a Companhia Aérea B é ilustrativa de um contexto mais rigoroso: “a avaliação é anual, e a própria Companhia Aérea B tem uma *checklist* de exames, de baterias de exames que os *cabin crews* fazem, e que são rigorosamente cumpridos. Para além da parte física e psicológica, obviamente, há outras coisas que são avaliadas em consulta” (Anexos, MT1, I.14). Note-se que no âmbito de certificação aeronáutica, a EASA fixa um intervalo máximo de 60 meses entre avaliações, podendo a autoridade competente reduzi-lo por razões médicas, conforme ponto MED.C.005 e AMC1(b)(2) e nesse sentido, avaliações anuais constituem uma prática mais exigente do que o mínimo regulatório aplicado à MT, o que reforça a importância da MT como componente estratégica na prevenção de riscos operacionais na aviação.

NORMATIVOS NACIONAIS E EUROPEUS APLICÁVEIS

O discurso de MT1 sobre a regulamentação da MT no setor aeronáutico evidencia uma distinção clara entre os normativos nacionais relacionados com a MT e os regulamentos internacionais da aviação civil, particularmente os emanados pela EASA. Esta diferenciação ajuda a compreender os critérios utilizados na avaliação da aptidão dos tripulantes e as margens de interpretação existentes na sua aplicação prática.

No domínio da avaliação médico-aeronáutica, a entrevistada, invocando a sua experiência profissional, enfatiza de forma taxativa que o enquadramento aplicável se encontra integralmente definido na regulamentação da EASA: “está tudo no regulamento da EASA. Vêm lá as avaliações e as periodicidades das avaliações — estão previstas no regulamento da EASA. Portanto, nós limitamo-nos a cumprir” (Anexos, MT1, l. 18). Com efeito, o Anexo IV — Parte MED, do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), estabelece os requisitos de aptidão médica dos tripulantes — MED.C.005, MED.C.020/025 e MED.C.030 — bem como os deveres de confidencialidade — MED.A.015 — e a conduta a adotar em caso de diminuição da aptidão — MED.A.020.

Esta flexibilidade interpretativa é assumida pela própria médica, que confessa aplicar uma abordagem mais exigente: “sempre que posso, exagero pelo máximo”. Dá como exemplo os valores de colesterol e triglicéridos, que prefere monitorizar anualmente, mesmo que o regulamento não o exija explicitamente: “acho que é importante, mesmo que o regulamento não refira que é anual, há certos parâmetros que devem ser avaliados anualmente — sobretudo a parte da avaliação do sangue” (Anexos, MT1, l.18). Este posicionamento é compatível com a possibilidade de redução dos intervalos por motivos clínicos no âmbito EASA e com a faculdade, na Lei n.º 102/2009, (2009), de o médico do trabalho ajustar periodicidades.

No que diz respeito à legislação nacional decorrente da Lei n.º 102/2009, (2009), MT1 observa que esta “é muito menos exigente”, referindo que “os trabalhadores com idades entre os 18 e os 50 anos devem ser avaliados de dois em dois anos, a não ser que haja um risco acrescido”. A crítica recai sobre a indefinição do conceito de “risco acrescido”, que, segundo a médica, “fica tudo em aberto”. E acrescenta: “O *cabin crew* tem um risco acrescido? Sim ou não? Quem é que o define?” (Anexos, MT1, l.22). Na Lei n.º 102/2009, (2009), a regra é efetivamente bienal entre os 18 e os 50 anos, anual inferior a 18 e superior a 50, cabendo ao médico aumentar ou reduzir periodicidades “face ao estado de saúde [...] e aos resultados da prevenção dos riscos na empresa”, o que traduz em termos legais essa margem de apreciação clínica.

A médica reconhece diferenças práticas entre companhias: “na Companhia Aérea B nós vemos anualmente. E penso que na Companhia Aérea A também os *cabin crews* são vistos anualmente. Penso eu, não sei se esta informação é correta” (Anexos, MT1, l.22).

Isto é coerente com a possibilidade de operadores adotarem critérios internos mais exigentes.

Por fim, assume a sua posição pessoal: “acho que o tripulante de cabine é um trabalhador de risco, ou pelo menos exposto a um risco que não é um risco habitual. Portanto, acho que deve ser visto anualmente” (Anexos, MT1, l.22). Este entendimento é consistente com a natureza de funções de risco associadas à segurança operacional e com o regime EASA de “*decrease in medical fitness*”, que impõe restrição imediata de funções e consulta médica sempre que exista uma degradação da condição física e/ou psicológica.

CRITÉRIOS CLÍNICOS DE APTIDÃO

A avaliação de aptidão dos tripulantes envolve um conjunto específico de critérios clínicos e contextuais, como revelado pela médica MT1. A sua dupla especialização, em MT e MA, permite-lhe uma perspetiva técnica aprofundada, particularmente relevante quando se trata de profissões com elevado risco operacional como a dos tripulantes de cabine.

A participante explica que, na sua prática, tende a aplicar “exatamente o mesmo critério que uso para qualquer outro trabalhador”, mas salienta que possui “conhecimento das funções específicas do tripulante de cabine porque sou médica aeronáutica” (Anexos, MT1, l.12). Esta formação específica foi adquirida por iniciativa própria para colmatar o que reconhecia como “um lapso na minha capacidade técnica de avaliação”, evidenciando uma atitude proativa face à complexidade das exigências funcionais desta profissão.

A avaliação periódica inclui uma componente de anamnese focada na atividade aérea recente: “pergunto sempre: tem voado? Tem o seu *Medical Report* válido? Houve alguma intercorrência durante o último ano?” (Anexos, MT1, l.28). No plano regulamentar, o Anexo IV — Parte MED, do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), exige a emissão do *Medical Report* após cada avaliação da MA, com indicação do resultado *Fit* ou *Unfit*, limitações e data da próxima avaliação.

Do ponto de vista físico, a avaliação é multifatorial e rigorosa: “acuidade auditiva — fazemos timpanograma —, a acuidade visual — há limites definidos também na

legislação —, e depois a parte analítica [...] e a eletrocardiograma”. Particular atenção é dada às consequências das variações de pressão: “se o *cabin crew* tiver alguma obstrução nasal ou auditiva, pode fazer um barotrauma”, um risco específico das rotinas de voo (Anexos, MT1, l.28).

Para MT1, o limite entre aptidão e inaptidão é claro: “um tripulante de cabine — um *cabin crew* — tem que estar apto. Ponto final. Ou está ou não está. Porque não pode ser readaptado ao posto de trabalho” (Anexos, MT1, l.62). Regulamentarmente, o Anexo IV — Parte MED, do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), admite a aplicação de “limitações” no relatório médico (p. ex., MCL — operar apenas em *multi-cabin crew*; SIC — exames específicos), dependendo do caso e decisão do AeMC ou AME, ainda que a realidade operacional não permita redistribuição de tarefas.

Além da vertente física, a médica sublinha o impacto do trabalho por turnos: “com as diferenças horárias, mexe imenso com esse relógio [...]. A nível físico, reflete-se no padrão de sono [...] e na parte psicológica também” (Anexos, MT1, l.46). Esta preocupação é coerente com os requisitos gerais de aptidão no ponto MED.C.020 do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), que exigem ausência de condições suscetíveis de incapacitarem o desempenho de funções de segurança.

Por outro lado, a falta de articulação entre a MT e a MA é apontada como um constrangimento, uma vez que o acompanhamento clínico realizado em cada área decorre de forma independente e, em alguns casos, de carácter voluntário, dificultando a coerência das avaliações sobre a aptidão dos profissionais (Anexos, MT1, l.66). O Anexo IV — Parte MED, do regulamento supra, todavia, impõe confidencialidade médica no ponto MED.A.015 e define deveres de reporte do próprio tripulante em caso de diminuição de aptidão no ponto MED.A.020, o que poderá explicar parte desta separação institucional.

Por fim, a médica reconhece que “um tripulante de cabine não pode ter 5% de incapacidade” (Anexos, MT1, l.62). Esta observação aponta para uma rigidez dos critérios funcionais aplicados ao setor, e para a impossibilidade de compatibilizar mesmo pequenas limitações com o exercício da profissão.

4.2.3 CAUSAS DE INAPTIDÃO PERMANENTE

PRINCIPAIS FATORES DE RISCO CLÍNICO

A avaliação dos fatores de risco associados à inaptidão dos tripulantes revela uma multiplicidade de elementos físicos, psicológicos e contextuais que, segundo MT1, se traduzem frequentemente em situações de afastamento prolongado ou definitivo da atividade. A médica destaca duas áreas principais como causas predominantes de inaptidão permanente: “a área da psiquiatria de saúde mental e a área músculo-esquelética” (Anexos, MT1, I.32). Esta leitura é compatível com o quadro EASA nos pontos MED.C.020 e MED.C.005 do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), que exige que o tripulante esteja “livre de qualquer doença física ou mental” suscetível de provocar incapacitação e que seja avaliado quanto à aptidão física e psicológica para desempenhar deveres de segurança, incluindo em circunstâncias exigentes. De forma esclarecedora, MT1 salienta que “a parte da saúde mental e a parte músculo-esquelética [...] são situações muito graves” que, na sua experiência, estão na origem da maioria dos casos de inaptidão definitiva (Anexos, MT1, I.32). Esta evidência clínica reforça a necessidade de implementar medidas preventivas mais eficazes e estratégias de apoio psicológico e físico sistemático para os profissionais da aviação. Tal necessidade encontra respaldo na Lei n.º 102/2009, (2009), que estabelece o regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho. Com efeito, o artigo 98.º, alínea s) impõe aos serviços de segurança e saúde no trabalho a obrigação de analisar as causas de acidentes de trabalho ou da ocorrência de doenças profissionais, elaborando os respetivos relatórios, enquanto a alínea t) do mesmo artigo determina a recolha e organização de elementos estatísticos relativos à segurança e à saúde no trabalho. Em conjunto, estas disposições evidenciam a coerência, a nível nacional, entre os deveres de SST e a exigência de uma abordagem preventiva e sistemática perante os riscos profissionais.

As condições laborais dos tripulantes expõem-nos a riscos específicos e cumulativos que, segundo MT1, podem resultar em lesões graves, nomeadamente de natureza músculo-esquelética e traumática. A médica aponta a conjugação entre movimentos repetitivos, levantamento de cargas e situações imprevistas em voo como fatores críticos na origem da inaptidão permanente — aspetos compatíveis com as exigências

de avaliação funcional músculo-esquelética e de desempenho em emergência conforme pontos MED.C.025 e MED.C.005 do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011).

Um dos exemplos mais marcantes é o levantamento de peso acima do nível dos ombros, repetido várias vezes durante voos longos. A médica sublinha: “levantar 15 quilos acima da altura do ombro, várias vezes durante um voo, num voo de longo curso, é um peso significativo” e alerta que “se a pessoa não estiver preparada fisicamente, isso pode causar lesões músculo-esqueléticas, para não falar de roturas musculares” (Anexos, MT1, I.38). A carga física é ainda potenciada pelo manuseamento de equipamento pesado — “os *trolleys* são pesados” (Anexos, MT1, I.36) —, o que reforça a necessidade de garantir força/alcance e função articular adequadas. Em síntese, “o risco é grande, sobretudo nas lesões músculo-esqueléticas” (Anexos, MT1, I.38). Esta perceção é confirmada pela literatura científica, que identifica uma prevalência de 82% de dor músculo-esquelética em tripulantes de cabine, sobretudo nos pés, zona lombar e cervical, associada a longas horas em pé, uso de calçado inadequado, levantamento de pesos e serviço em espaço confinado (Mulay et al., 2019). Revisões internacionais estimam que até 87% dos tripulantes reportam sintomas músculo-esqueléticos, frequentemente agravados pelo desenho deficiente dos *trolleys* e pela repetição de movimentos. No caso português, e segundo Pombal et al., (2005), a análise de 136 processos de inaptidão definitiva da TAP, entre 1993 e 2002, mostrou que 21,3% resultaram de patologias músculo-esqueléticas, o que corrobora a relevância deste fator como determinante de incapacidade permanente.

A avaliação da saúde mental dos tripulantes assume um papel central no exercício da MT no setor da aviação, sendo apontada por MT1 como uma das duas áreas principais associadas à inaptidão definitiva. Segundo a médica, “normalmente, as inaptidões definitivas agrupam-se em duas grandes áreas: a área da psiquiatria de saúde mental e a área músculo-esquelética” (Anexos, MT1, I.32). Apesar de afirmar que “é tratada como a de qualquer outro trabalhador”, MT1 destaca que, por ter formação em MA, considera a saúde mental como “a parte que eu melhor ‘rastreo’” (Anexos, MT1, I.40). Esta sensibilidade é relevante se tivermos em conta que estudos internacionais identificam uma prevalência de 29,8% de perturbações mentais comuns em tripulantes de cabine, incluindo sintomas depressivos, ansiedade, insónia e fadiga, com maior incidência no

sexo feminino (Feijo et al., 2014). A nível nacional, os dados também confirmam a importância deste domínio, já que 12,5% das inaptidões definitivas na TAP resultaram de patologias psiquiátricas, sobretudo depressões prolongadas e fobias refratárias (Pombal et al., 2005).

A médica relata que o diagnóstico de situações de sofrimento mental frequentemente emerge durante a consulta, por iniciativa do próprio trabalhador: “acaba por abrir-se e dizer: ‘Olhe, aconteceu isto, aconteceu aquilo, eu não estou bem. Acho que não estou bem, acho que preciso de ajuda.’ Portanto, normalmente é por aí. Não é preciso rastrear muito” (Anexos, MT1, l.40). Entre os quadros clínicos mais prevalentes, MT1 destaca os estados depressivos: “a parte psicológica estará mais associada à depressão. São situações do foro depressivo, provavelmente por acumulação de stress” (Anexos, MT1, l.48). Este cenário é consistente com a investigação que associa os voos de longo curso, a desorganização dos ritmos circadianos, a distância da família e a fadiga a um maior risco de sofrimento psicológico e *burnout* (Feijo et al., 2014; Griffiths & Powell, 2012).

O exercício da profissão implica ainda exposição a variáveis ambientais extremas e, por vezes, imprevisíveis, com impacto direto na segurança e na aptidão. Um dos riscos mais evidentes é a turbulência, sobretudo quando ocorre durante o serviço de bordo: “em caso de turbulência, não há serviço [...] mas às vezes a turbulência surge de forma inesperada [...] quando avisa, já é tarde” (Anexos, MT1, l.38). Entre as consequências mais severas estão traumatismos, como o traumatismo cervical por colisão com o teto da aeronave, que pode conduzir a “uma incapacidade definitiva” (Anexos, MT1, l.48). Griffiths & Powell, (2012) confirmam que os tripulantes são 12 vezes mais propensos a lesões relacionadas com turbulência do que os passageiros, devido à necessidade de permanecerem de pé e em deslocação durante o serviço.

Para além da turbulência, MT1 destaca os efeitos da variação de pressão e da altitude: “os tripulantes estão sujeitos a pressões, à altitude, à variação da pressão com a altitude, a radiações...” (Anexos, MT1, l.16). Embora “a investigação sobre radiações ainda é incipiente”, reconhece que a exposição cumulativa tem impacto mensurável. Com

efeito, estima-se que os tripulantes recebam entre 2 a 5 mSv⁶² anuais de radiação cósmica acima do fundo natural, podendo acumular cerca de 80 mSv ao longo da carreira (Griffiths & Powell, 2012). Ainda que tal exposição seja inferior a limites industriais, levanta preocupações em termos de saúde a longo prazo, nomeadamente em relação ao risco oncológico e a potenciais efeitos em gravidez.

A este respeito, a médica ilustra um efeito hematológico relevante: “se repetirmos essa mesma análise sanguínea — um hemograma —, vamos ver uma diminuição do número de células: glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas” após voos longos; ainda que tal alteração possa não ser significativa em pessoas saudáveis, “uma situação de anemia [...] pode causar — e causa — perda de consciência” (Anexos, MT1, l.16).

No mesmo domínio, assinala-se que mesmo condições potencialmente graves como o barotrauma “nunca se prolongou além de três, quatro meses” (Anexos, MT1, l.32). Esta combinação de variáveis ambientais hostis, somada ao esforço físico exigido e à responsabilidade operacional, posiciona os tripulantes como um grupo profissional particularmente vulnerável, com implicações clínicas e médico-legais evidentes.

Tabela 22 - Principais fatores de risco clínico

Fonte: Elaboração própria com consulta a Regulamento (EU) n.º 965/2012, Regulamento (EU) n.º 1178/2011, Regulamento de Execução (EU) n.º 2019/27, Anexo I ICAO, Anexo 6 ICAO e Anexo 8 ICAO

Bloco	Riscos-Chave	Exemplos Clínicos / Operacionais
Físico	Movimentos repetitivos, cargas, espaço confinado, ergonomia limitada	Lombalgias, hérnias discais, ruturas músculo-ligamentares, fraturas, esforço >15 kg ao ombro, <i>trolleys</i> pesados
Psicológico	Stress crónico, turnos, <i>jet lag</i> , afastamento familiar, fadiga	Depressão, ansiedade, insónia, <i>burnout</i> , baixas prolongadas
Ambiental / Operacional	Turbulência, pressão/altitude, radiação cósmica, condições atmosféricas	Barotrauma, traumatismo cervical, síncope em anemia, exposição cumulativa a radiação

Em síntese e cf. Tabela 22, a análise das perceções clínicas de MT1, corroborada pela evidência científica, mostra que os tripulantes de cabine constituem um grupo profissional particularmente vulnerável. A conjugação de esforços físicos intensos, riscos

⁶² *Millisievert*: submúltiplo do *sievert* (Sv), unidade SI usada em radioproteção para dose equivalente e dose efetiva; 1 Sv = 1 J·kg⁻¹ e 1 mSv = 10⁻³ Sv. O Sv expressa o risco biológico ao ponderar a dose absorvida (Gy) pelos fatores de ponderação da radiação (w_R) e dos tecidos (w_T) (International Commission on Radiological Protection (ICRP), 2007).

ambientais extremos e exigências psicológicas resulta numa elevada incidência de lesões músculo-esqueléticas e sofrimento mental.

PERFIS INDIVIDUAIS DE VULNERABILIDADE

A análise dos perfis de risco entre tripulantes deve considerar, além das exigências funcionais da profissão, fatores individuais como idade, sexo, rotas de voo e características psicofísicas. MT1, com base na sua experiência enquanto médica do trabalho, identifica alguns destes elementos, embora com cautela relativamente à sua generalização. Esta perspetiva é coerente com a avaliação prevista no MED.C.005 do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), e aplicada na MA, que exige ponderar a capacidade física e mental do tripulante para cumprir deveres de segurança, bem como com o princípio nacional de adaptação do trabalho ao homem e de prevenção dos riscos psicossociais, consagrado na Lei n.º 102/2009, (2009).

Um dos aspetos destacados são os voos de longo curso, frequentemente associados a estadias prolongadas fora do país e afastamento familiar. A médica observa que essas condições “contribuem, às vezes, para que as pessoas se sintam psicologicamente mais abaladas” (Anexos, MT1, l.52). Sem estabelecer relação causal direta, admite que este tipo de exposição pode estar na origem de sofrimento psíquico persistente, eventualmente conducente a um quadro de *Medical Depressive Disorder*⁶³ (MDD). De acordo com a Parte MED do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), a avaliação médica deve considerar o tipo de operações e a atuação em circunstâncias psicologicamente exigentes.

MT1 mantém prudência ao comentar a influência de traços de personalidade no risco de inaptidão: “se há um traço de personalidade, ou uma característica individual que possa ser identificada como padrão, isso já é muito complicado de afirmar” (Anexos, MT1, l.52). No entanto, reconhece que há “pessoas que não reagem tão bem”, o que remete para uma variabilidade individual na forma como os profissionais lidam com as exigências psicossociais do trabalho. Este entendimento enquadra-se no princípio da adaptação do trabalho à pessoa, previsto na legislação nacional (Lei n.º 102/2009, 2009).

⁶³ *Medical Depressive Disorder*: Perturbação do humor definida por um episódio depressivo maior de $\geq$ duas semanas com humor deprimido e/ou anedonia, acompanhada de sintomas neurovegetativos e cognitivos, causando sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo funcional (World Health Organization, 2025b).

Outro fator crítico é a adaptação ao trabalho por turnos, associado ao risco psicológico. A médica afirma que “comprovou-se que há pessoas que nunca se habituaram a trabalho por turnos” e que essa dificuldade persiste “mesmo com rotatividade” (Anexos, MT1, l.46). Esta constatação reforça a existência de perfis fisiológicos ou psicológicos menos tolerantes a horários irregulares e a ritmos circadianos desajustados, uma realidade amplamente reconhecida na aviação. Do ponto de vista normativo, o regulamento europeu determina que a avaliação inclua a tolerância ao ambiente aeronáutico e ao tipo de operações, e contempla distúrbios do sono sempre que clinicamente indicados. Em paralelo, a lei nacional impõe a avaliação permanente dos riscos e a adoção de medidas para mitigar riscos psicossociais (Lei n.º 102/2009, 2009).

Quanto ao sexo e à força física, MT1 refere que, mesmo entre mulheres com boa condição física, “levantar 15 quilos acima da altura do ombro, várias vezes durante um voo, num voo de longo curso, é um peso significativo” (Anexos, MT1, l.38). Esta observação evidencia que, independentemente da preparação individual, existem exigências físicas mais desafiantes para determinados grupos, sem que isso justifique generalizações de género. A exigência de altura/alcance adequados, força muscular suficiente e uso funcional satisfatório do sistema músculo-esquelético encontra-se prevista no Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011).

Apesar destas observações, assume os limites da sua experiência: “não sei. Não tenho conhecimento suficiente para lhe afirmar isso” (Anexos, MT1, l.52). Esta honestidade epistémica reforça a necessidade de investigação mais sistemática sobre a relação entre características individuais e risco ocupacional na aviação, em consonância com os deveres legais de análise de causas e recolha de estatísticas no âmbito da SST (Lei n.º 102/2009).

LIMITAÇÕES NA PRODUÇÃO DE DADOS ESTATÍSTICOS

A inexistência de dados estatísticos públicos e organizados sobre inaptidão definitiva de tripulantes de cabine em Portugal constitui uma das limitações estruturais para a compreensão e prevenção deste fenómeno. Esta ausência é amplamente reconhecida por MT1, que assume: “Não sei qual é a casuística em Portugal. E quanto a outros países, também não faço ideia” (Anexos, MT1, l.89). Ainda assim, no plano normativo nacional, existe a obrigação de recolha e organização de elementos estatísticos por parte dos

serviços de SST, incluindo a análise das causas de acidentes e a compilação de listas e relatórios de acidentes e baixas, devendo essa documentação ser mantida para consulta e inspeção (Lei n.º 102/2009, 2009).

A médica relata ainda que, enquanto consultora de uma companhia de seguros, nunca teve acesso direto a bases de dados ou relatórios sistematizados, confirmando que “nunca me foi dado acesso a casos que não passassem pelas minhas mãos. E passaram dois casos pelas minhas mãos” (Anexos, MT1, l.44). Este dado ilustra não só a rarefação dos casos documentados ao nível da prática individual, como também a ausência de mecanismos institucionais de partilha de informação clínica e estatística entre médicos, seguradoras e companhias aéreas. No domínio dos acidentes de trabalho, porém, o legislador prevê estatísticas específicas para controlo e supervisão dos riscos profissionais a cargo da autoridade setorial de seguros (Lei n.º 98/2009, 2009).

O único dado quantitativo partilhado pela entrevistada provém de uma fonte informal: “nos últimos 10 anos, essa dita seguradora tinha gasto 10 milhões de euros em acidentes de trabalho com *cabin crew*” (Anexos, MT1, l.42). Apesar da relevância indicativa deste valor, o seu enquadramento é limitado pela ausência de detalhe sobre número de sinistros, tipo de lesões, tempo de afastamento ou proporção de casos com inaptidão definitiva. Em paralelo, a Lei n.º 102/2009, (2009), determina que a informação estatística nacional sobre acidentes de trabalho e doenças profissionais seja publicada anualmente e com detalhe suficiente para suportar estudos epidemiológicos e medidas de prevenção, o que reforça a necessidade de sistemas de reporte consistentes também no setor da aviação (Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP), 2024).

Adicionalmente, MT1 partilha a sua experiência como consultora de uma seguradora, onde afirma ter testemunhado práticas orientadas para minimizar custos de compensação: “no âmbito de prevenir situações de incapacidade definitiva, exatamente para não haver ressarcimento — ou para que o valor do ressarcimento fosse pequeno, ou até convertido em doença profissional”. Embora não revele nomes, critica a metodologia adotada, sublinhando: “é uma metodologia com a qual eu não concordo” (Anexos, MT1, l.42). Recorde-se que o regime jurídico de reparação de acidentes de trabalho assenta na transferência obrigatória da responsabilidade para seguradoras, Lei

n.º 98/2009, (2009), no controlo público e na possibilidade de estatísticas setoriais, o que torna desejável maior transparência sobre resultados e critérios.

Do ponto de vista da proteção de dados, a produção e circulação de informação clínica e estatística tem balizas claras: o Regulamento (EU) n.º 2016/679, (2016), permite o tratamento de “dados relativos à saúde” para efeitos de e avaliação da capacidade de trabalho, desde que sob responsabilidade de profissional sujeito a sigilo e com salvaguardas adequadas. Além disso, o quadro EASA impõe confidencialidade médica e define o conteúdo mínimo do *Medical Report*, limitando a informação partilhada com o operador a elementos estritamente necessários (Regulamento 1178/2011, 2011).

Estas declarações levantam questões éticas e estruturais importantes sobre a gestão dos processos de avaliação e compensação de inaptidões permanentes. A aparente inexistência de registos sistemáticos impede uma análise epidemiológica rigorosa, dificulta a identificação de padrões de risco e fragiliza a capacidade de resposta preventiva das entidades empregadoras e reguladoras. Em termos de política pública de SST, a própria Lei n.º 102/2009, (2009), exige recolha e organização de estatísticas ao nível da empresa e publicação anual de informação agregada, precisamente para fundamentar medidas de prevenção.

A fragilidade estatística também limita o contributo da MT para o desenho de políticas públicas e para a fundamentação técnica de decisões jurídicas e laborais. Neste contexto, a experiência empírica dos médicos torna-se, paradoxalmente, uma das principais fontes de conhecimento, ainda que marcada por subjetividade e dispersão.

4.2.4 PROCESSOS, COMUNICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO NA INAPTIDÃO DEFINITIVA

ETAPAS DO PROCESSO CLÍNICO-JUDICIAL

O percurso que culmina numa decisão de inaptidão definitiva por acidente de trabalho envolve diversas etapas clínicas, legais e periciais, cuja articulação, segundo MT1, é frequentemente fragmentada. A médica evidencia que a MT surge tardiamente neste processo e carece de poder decisório, funcionando mais como observadora do que como agente interveniente.

MT1 é taxativa ao afirmar que “a Medicina do Trabalho não tem poder para fazer rigorosamente nada. Nós não podemos fazer nada. [...] Tomamos conhecimento mais

nada” (Anexos, MT1, l.58). Esta constatação revela uma subalternização estrutural da MT, ficando o médico de trabalho fora da fase decisiva de reconhecimento da incapacidade, coerente com o facto de as funções formalmente previstas para os serviços de SST privilegiarem a análise de causas, relatórios e estatísticas, e não a decisão pericial ou judicial (Lei n.º 102/2009, 2009).

De acordo com a descrição da médica, a cadeia de decisão inicia-se com a comunicação do acidente: “Normalmente, há o acidente de trabalho. O acidente de trabalho é comunicado à companhia de seguros, e a companhia de seguros dá seguimento ao processo”. Segue-se a obrigatoriedade legal de encaminhamento para o Tribunal do Trabalho “para ser observado e feita a peritagem de avaliação de dano” (Anexos, MT1, l.56). Em termos normativos, quando a responsabilidade não está transferida, o empregador participa o acidente diretamente ao tribunal. Quando existe seguro, a seguradora tem prazos próprios para participar ao tribunal, designadamente oito dias após a alta em casos com incapacidade permanente e comunicação imediata em caso de morte (Lei n.º 98/2009, 2009).

Neste percurso intervêm múltiplos atores: “há avaliação de dano, há o perito da companhia de seguros e o gabinete de medicina legal. Nenhum deles tem parecer vinculativo [...] o único parecer vinculativo é o do juiz” (Anexos, MT1, l.66). O regime legal confirma que divergências clínicas podem ser resolvidas por perito médico do tribunal e que das resoluções médicas cabe reclamação para o juiz, que decide em última instância (Lei n.º 98/2009, 2009).

A médica enfatiza que o conhecimento do desfecho chega ao médico de trabalho apenas no final: “todo o processo é controlado — entre aspas [...] e só no final de todo esse processo é que é dado conhecimento ao médico do trabalho” (Anexos, MT1, l.56). O enquadramento legal ajuda a explicar esta assimetria, já que os boletins de exame e de alta são remetidos ao sinistrado, ao tribunal “se for caso disso”, e à entidade responsável, sem menção obrigatória de comunicação ao serviço de SST (Lei n.º 98/2009, 2009).

Outro aspeto crítico apontado pela entrevistada é a ausência de articulação entre especialidades médicas, já que a MA funciona em circuito paralelo e de adesão voluntária, o que limita a coordenação das avaliações (Anexos, MT1, l.66).

Por fim, a médica refere que a maioria dos casos de inaptidão definitiva resulta de uma inaptidão inicial temporária: “normalmente, a inaptidão definitiva surge de uma inaptidão que foi temporária, primeiro. A não ser que seja um acidente muito grave” (Anexos, MT1, l.32). Este percurso encontra respaldo no dever legal da seguradora de comunicar ao tribunal os casos de incapacidade temporária que, consecutiva ou conjuntamente, ultrapassem 12 meses, o que frequentemente antecede as avaliações periciais finais (Lei n.º 98/2009, 2009).

COMUNICAÇÃO DA DECISÃO AO TRIPULANTE

O processo de comunicação da decisão de inaptidão definitiva ao tripulante de cabine constitui uma fase crítica, tanto do ponto de vista emocional quanto informativo. No entanto, segundo MT1, esse processo é marcado por falhas estruturais, desarticulação institucional e ausência de canais claros e humanizados. No plano regulatório, a tem um âmbito próprio — ficha clínica e ficha de aptidão — e regras estritas de confidencialidade que limitam a partilha de informação clínica, o que ajuda a explicar parte dessa fragmentação (Lei n.º 102/2009, 2009).

A médica reconhece a sua limitação de acesso à forma como essa comunicação é feita, afirmando diretamente: “Não faço a mínima ideia. Porque, como médica do trabalho, não sei” (Anexos, MT1, l.64). Esta afirmação evidencia uma desconexão entre os vários intervenientes do processo. Em termos legais, o médico de trabalho emite a ficha de aptidão e mantém a ficha clínica sob confidencialidade; o conteúdo clínico detalhado não é partilhado com a entidade empregadora, apenas o juízo de apto/inapto, reforçando a separação de circuitos.

Quando questionada sobre o mecanismo de notificação, MT1 refere que “normalmente, o que penso é que o tripulante de cabine recebe uma carta do tribunal, com a decisão da junta médica...da medicina...isso tem um nome...da avaliação de dano” (Anexos, MT1, l.64). Do ponto de vista organizacional, os serviços de SST têm deveres de participação e de compilação estatística, mas a lei não lhes confere qualquer intervenção na condução do processo judicial de incapacidade, o que contribui para a sensação de afastamento identificada por MT1 (Lei n.º 102/2009, 2009).

Adicionalmente, a médica reforça a ideia, já expressa anteriormente, que não há uma articulação entre a MA e a MT (Anexos, MT1, l.66). Também aqui o quadro europeu é claro quanto à separação: o *Medical Report*, com resultado *Fit/Unfit*, validade e limitações é emitido no âmbito do Anexo IV — Parte MED, do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), e segundo o ponto MED.A.015, os registos médicos aeronáuticos são confidenciais. Assim, a comunicação do *Fit/Unfit* corre em circuito distinto da avaliação da MT e do processo nacional de acidentes de trabalho.

ARTICULAÇÃO INSTITUCIONAL NO PROCESSO DE INAPTIDÃO

A ausência de mecanismos eficazes de articulação entre a MT, MA e as companhias aéreas e outros intervenientes institucionais no processo de inaptidão é uma das principais críticas tecidas por MT1. O seu testemunho aponta para um modelo desarticulado, opaco e desumano, que deixa o trabalhador desamparado e os profissionais de saúde sem capacidade de acompanhamento. Parte desta fragmentação decorre também de regras de confidencialidade: como já referido anteriormente, no âmbito EASA, o *Medical Report* entregue ao trabalhador e ao operador deve conter apenas o essencial *Fit/Unfit*, validade e eventuais limitações, mantendo todo o conteúdo clínico sob sigilo (Regulamento (EU) n.º 1178/2011, 2011).

A médica afirma com clareza: “acho isso muito mau. Porque não há articulação, não há diálogo, não há resposta. E nós não sabemos. E, quanto a mim, isso... está mais que na hora de mudar, não é?” (Anexos, MT1, l.73). A afirmação sintetiza a perceção de abandono tanto do lado do tripulante como do médico do trabalho, que permanece afastado das decisões e sem acesso à evolução do processo. No plano nacional, os serviços de SST têm, contudo, deveres de analisar as causas de acidentes e de recolher e organizar elementos estatísticos, conforme artigo 98.º, da Lei n.º 102/2009, (2009), o que pressupõe circuitos internos de informação que deveriam chegar ao médico do trabalho.

Mesmo após a decisão de inaptidão definitiva, a comunicação institucional permanece mínima: “a única coisa que acontece é participarem que o trabalhador teve um acidente, o processo está concluído, e o resultado foi: ‘apto definitivamente sem desvalorização’, ou ‘apto com desvalorização de 1, 2, 3%’, ou ‘inapto definitivo’. E nós não sabemos mais nada” (Anexos, MT1, l.69). Esta constatação revela não só a inexistência de retorno de

informação como também a falta de qualquer envolvimento posterior do médico do trabalho no acompanhamento do trabalhador afetado. O regime de acidentes de trabalho confirma que as perícias e notificações decorrem no âmbito judicial, não no serviço de SST (Lei n.º 98/2009, 2009).

MT1 denuncia ainda a ausência de contacto direto com os departamentos de RH das companhias aéreas: “nem sequer conheço o chefe de recursos humanos. Nem sei quem é” (Anexos, MT1, l.68). Esta desconexão é indicativa de um sistema em que a responsabilidade institucional está compartimentada e onde a comunicação interdepartamental é praticamente inexistente, apesar de a lei exigir organização e registo internos em matéria de SST, conforme artigo 98.º, da Lei n.º 102/2009, (2009).

MT1 destaca as consequências humanas do sistema, sublinhando que a inaptidão definitiva implica a perda de um projeto de vida e de uma identidade profissional construída ao longo dos anos. A falta de articulação e apoio institucional agrava o impacto emocional desta situação, transformando o que já é um momento difícil num processo frio e burocrático (Anexos, MT1, l.73).

Por fim, a médica confirma que não existe qualquer previsão formal de reintegração ou requalificação: “até hoje, nunca tive nenhum caso desses. E não está previsto” (Anexos, MT1, l.71). Juridicamente, porém, existe base para tal: o regime de reparação prevê reabilitação e reintegração profissional, com ocupação em funções compatíveis, adaptação do posto de trabalho e formação, aplicáveis a sinistrados com incapacidade, Lei n.º 98/2009, (2009), segundo os artigos 154.º—157.º; artigo 25.º, n.º 1, al. h). A discrepância apontada por MT1 parece residir na prática e na falta de articulação entre entidades, não na inexistência de previsão legal.

ACOMPANHAMENTO PÓS-DECISÃO DE INAPTIDÃO

A fase que se segue à comunicação de uma inaptidão definitiva constitui, para o trabalhador, um momento crítico, marcado pela perda abrupta de identidade profissional e pela ausência de respostas estruturadas por parte das entidades empregadoras e do sistema de saúde ocupacional. MT1 oferece um testemunho contundente sobre a inexistência de acompanhamento formal, revelando um vazio institucional e social em Portugal.

A médica começa por contextualizar a questão a nível comparado: “não sei se há países que estão preparados socialmente para isso e têm articulação entre as várias instituições. Em Portugal, o que me parece, de forma geral, é que não há” (Anexos, MT1, l.73). A afirmação denuncia uma fragilidade sistémica, onde a proteção e a reintegração dos trabalhadores afetados por inaptidão não constituem uma prioridade.

No setor da aviação, segundo MT1, a lógica dominante é de encerramento abrupto da relação laboral: “ou a empresa reabilita o trabalhador noutras funções, ou o trabalhador vai com uma indemnização para casa. E acabou. Isto é o procedimento” (Anexos, MT1, l.73). Este binarismo revela a ausência de alternativas estruturadas de requalificação, reintegração ou acompanhamento psicossocial pós-diagnóstico. Do ponto de vista jurídico, o regime de reparação de acidentes de trabalho prevê, contudo, medidas de reabilitação e reintegração profissional, incluindo a adaptação do posto, a reclassificação e a formação do sinistrado (Lei n.º 98/2009, 2009), o que sugere que a lacuna, pelo menos em parte, reside na prática.

A médica reforça a sua crítica ao afirmar que, nas companhias aéreas, a ausência de articulação entre instituições conduz a processos desumanizados e pouco transparentes. Esta perceção traduz a sensação de abandono vivida pelos trabalhadores, que após anos de dedicação profissional se veem desprotegidos no momento da inaptidão definitiva (Anexos, MT1, l.73).

MT1 reconhece que, em alguns casos, existem tentativas de apoio informal: “tanto quanto eu sei, a única coisa que há são algumas associações, dentro das várias empresas, que vão acompanhando os trabalhadores quando têm um acidente e ficam com incapacidade definitiva — e nunca mais podem trabalhar naquela área” (Anexos, MT1, l.89). Contudo, a referência à escassez e informalidade dessas estruturas reforça a ideia de que a resposta institucional é largamente insuficiente.

A médica concluiu com uma observação de natureza ética e social, salientando a gravidade destas situações e o impacto identitário que a inaptidão definitiva acarreta. Sublinhou ainda a necessidade de encarar o acompanhamento pós-diagnóstico como uma obrigação moral das empresas e do Estado (Anexos, MT1, l.73). Em linha com os princípios de prevenção e proteção consagrados na Lei n.º 102/2009, (2009), a ausência

de acompanhamento contraria a lógica de humanização do trabalho e de redução de riscos psicossociais prevista no regime nacional de SST.

REVISÃO E VALIDAÇÃO PERICIAL DAS DECISÕES

O processo decisório que culmina na declaração de inaptidão definitiva de um tripulante de cabine carece, segundo MT1, de mecanismos robustos de revisão e validação clínica interinstitucional. A médica expressa preocupação com a centralidade do juiz enquanto único decisor com poder vinculativo, num processo em que estão envolvidas matérias de elevada complexidade técnica.

MT1 afirma de forma clara: “Nenhum deles tem parecer vinculativo — isso foi uma das coisas que eu li. O único parecer vinculativo é o do juiz” (Anexos, MT1, l.66). Esta constatação revela uma estrutura em que os pareceres clínicos, sejam eles emitidos por médicos de trabalho, peritos ou JM, têm valor meramente consultivo, ficando a decisão final nas mãos de um ator jurídico sem formação clínica.

Essa configuração é, na sua opinião, insuficiente e potencialmente injusta: “eu acho que qualquer juiz deve aceitar o parecer. É importante que haja pareceres de várias entidades formais, para que a decisão não seja arbitrária. Não estou a dizer que as decisões são arbitrárias — estou a dizer que podem não ser as mais justas” (Anexos, MT1, l.74). A médica distingue entre legalidade e justiça, apontando para a necessidade de reforçar a legitimidade técnico-científica das decisões judiciais.

A sua proposta é clara: “deviam ser várias entidades, nomeadamente incluindo a Autoridade Nacional. E sim, haver uma decisão definitiva” (Anexos, MT1, l.83). A inclusão de uma entidade independente com autoridade reguladora, segundo MT1, permitiria mitigar discrepâncias, harmonizar critérios e conferir maior transparência ao processo.

A médica reforça que “um juiz não tem capacidade clínica para perceber algumas coisas” e sugere que, “se for mais que uma entidade a explicar — o médico do trabalho, o perito médico, a junta médica, o gabinete médico-legal, e uma entidade independente com credibilidade”, o processo se torna mais sólido e compreensível (Anexos, MT1, l.74). A sua defesa de um modelo colaborativo traduz uma visão multidisciplinar da justiça médico-laboral.

MT1 denuncia ainda desigualdades na aplicação dos critérios, afirmando: “há uma diferença de critérios muito grande entre as inaptidões de um piloto em Portugal e as inaptidões de um tripulante de cabine” (Anexos, MT1, l.83). Esta assimetria sugere não só um possível preconceito institucional como também lacunas na regulamentação específica aplicável aos tripulantes, enquanto grupo profissional distinto, mas igualmente exposto a riscos significativos.

Do ponto de vista jurídico, o regime de reparação por acidente de trabalho, Lei n.º 98/2009, (2009), estabelece que a avaliação da incapacidade compete ao tribunal, sendo a decisão final de natureza judicial, ainda que apoiada em relatórios periciais. Por seu turno, a legislação nacional de SST, Lei n.º 102/2009, (2009), impõe deveres de análise e prevenção, mas não atribui aos médicos do trabalho qualquer poder vinculativo em processos de inaptidão.

Por fim, a médica reforça que, “obviamente, quem decide é o tribunal. É o tribunal que manda” (Anexos, MT1, l.74). Esta constatação, repetida ao longo do seu testemunho, reforça a ideia de impotência técnica perante um sistema judicial que, na ausência de mediação especializada adequada, poderá não garantir o melhor interesse clínico e social do trabalhador.

4.2.5 PERSPETIVA PROFISSIONAL E ARTICULAÇÃO INSTITUCIONAL

DILEMAS ÉTICOS E DEONTOLÓGICOS NA AVALIAÇÃO DE INAPTIDÃO

O exercício da MT no setor da aviação envolve dilemas éticos e emocionais profundos, acentuados pela ausência de poder decisório, pela rigidez institucional e pela insuficiente articulação entre os vários atores envolvidos. O testemunho de MT1 revela com clareza os conflitos internos vividos por quem está no centro da avaliação médica, mas sem margem real de intervenção nos processos decisórios finais.

A médica admite sentir-se impotente face ao sistema judicial: “A Medicina do Trabalho não tem poder para fazer rigorosamente nada. Porque, quando toma conhecimento do que se passou, o tribunal é soberano” (Anexos, MT1, l.58). Esta limitação funcional compromete não só a eficácia do acompanhamento clínico como também a responsabilidade ética de proteger o trabalhador de forma contínua. No plano legal, o regime de reparação por acidentes de trabalho, Lei n.º 98/2009, (2009), atribui a decisão

final de incapacidade ao tribunal, enquanto a legislação nacional, Lei n.º 102/2009, (2009), delimita o papel do médico de trabalho à emissão de ficha de aptidão e à vigilância de saúde.

Um dos momentos mais sensíveis relatados por MT1 refere-se à experiência de declarar inaptidão em contexto de admissão: “foi horrível. Porque é aquilo a que nós chamamos ‘cortar as pernas’ e não deixar a pessoa aprender a andar” (Anexos, MT1, l.79). Esta imagem revela a violência simbólica associada à decisão médica de exclusão profissional precoce, sobretudo quando confrontada com as aspirações e investimentos de quem inicia uma carreira.

A médica sublinha ainda que os tripulantes não são apenas prestadores de serviço, mas peças-chave no sistema de segurança: “temos de ter esta noção: os *cabin crews* são a primeira linha de segurança de um voo. [...] Não pode ser disruptivo. Porque, se for, pode haver um acidente aéreo” (Anexos, MT1, l.77). Esta consciência da responsabilidade coletiva eleva o peso das decisões clínicas, que devem equilibrar rigor técnico e sensibilidade humana. O Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), no seu Anexo IV — Parte MED, exige precisamente que a avaliação médica considere a aptidão do tripulante para desempenhar funções de segurança em todas as fases do voo.

A médica defende, por isso, a existência de pareceres múltiplos e interdisciplinares: “é importante que haja pareceres de várias entidades formais, para que a decisão não seja arbitrária” (Anexos, MT1, l.74). Esta exigência visa assegurar justiça e coerência nos processos, evitando desigualdades como aquela que denuncia entre diferentes categorias profissionais: “há uma diferença de critérios muito grande entre as inaptidões de um piloto em Portugal e as inaptidões de um tripulante de cabine em Portugal. Acho que [é] abissal a forma como são avaliados” (Anexos, MT1, l.83).

Este conjunto de declarações evidencia o desgaste moral e a carga emocional associada ao papel do médico do trabalho, sobretudo em contextos com impacto direto na continuidade de vida profissional dos avaliados, exigindo um olhar mais atento às condições institucionais que moldam essas decisões.

INDEPENDÊNCIA CLÍNICA FACE A PRESSÕES EXTERNAS

A avaliação de aptidão dos trabalhadores, especialmente em contextos de elevada responsabilidade e risco como a aviação comercial, está sujeita a potenciais conflitos entre critérios clínicos, interesses institucionais e pressões externas. No entanto, segundo a médica MT1, esta realidade é mais latente do que explícita no seu percurso profissional, embora reconheça o potencial de ocorrência.

A médica começa por afirmar: “Não sei se existem. Comigo, não existem” (Anexos, MT1, l.77). Esta resposta revela um posicionamento cauteloso, mas simultaneamente transparente, ao afastar qualquer experiência direta de tentativa de influência na sua atuação clínica.

Contudo, reconhece que o conflito pode surgir: “Pode existir conflito quando eu tomo uma decisão e alguém quer que eu a revogue. Acho que isso pode acontecer em companhias aéreas ou noutra área qualquer” (Anexos, MT1, l.77). A admissão desta possibilidade indica uma consciência crítica das dinâmicas de poder entre profissionais de saúde e entidades com interesses económicos ou operacionais nos desfechos clínicos.

Mais diretamente, a médica partilha uma experiência passada como consultora de uma seguradora: “no âmbito de prevenir situações de incapacidade definitiva, exatamente para não haver ressarcimento — ou para que o valor do ressarcimento fosse pequeno, ou até convertido em doença profissional” (Anexos, MT1, l.42). Esta descrição remete para uma lógica de minimização de encargos por parte da seguradora, que MT1 rejeita eticamente: “é uma metodologia com a qual eu não concordo”. Tal prática, ainda que enquadrada nos mecanismos de reparação previstos na Lei n.º 98/2009, (2009), evidencia riscos de instrumentalização económica dos processos de avaliação de incapacidade.

A possibilidade de pressões indiretas através de solicitações institucionais também é abordada. A médica explica que “se a empresa quiser que se faça um exame ocasional, pode pedi-lo. E se naquele momento aquele trabalhador não estiver apto para desempenhar as suas funções, ficará inapto temporariamente” (Anexos, MT1, l.77). Este mecanismo, previsto na regulamentação da SST (Lei n.º 102/2009, 2009), pode,

contudo, ser instrumentalizado para acelerar processos de afastamento, levantando dúvidas sobre a neutralidade da iniciativa.

A integridade ética da profissional é reafirmada numa declaração conclusiva carregada de simbolismo: “Até hoje, felizmente, nunca me aconteceu. Não quer dizer que não venha a acontecer. Mas se acontecer, provavelmente será a minha última prestação” (Anexos, MT1, l.77). Esta afirmação explicita o limite pessoal e profissional da entrevistada, demarcando um princípio deontológico intransponível: a recusa de ceder a qualquer tipo de pressão contrária ao juízo clínico independente.

IMPACTO EMOCIONAL DAS DECISÕES DE INAPTIDÃO

O ato de declarar um trabalhador inapto para o exercício da sua profissão carrega, para o médico do trabalho, um peso emocional e ético considerável, especialmente quando a decisão é irreversível e compromete a trajetória de vida do avaliado. O testemunho da médica MT1 revela de forma clara esse impacto, trazendo à luz a dimensão humana do processo clínico-decisório.

Num registo emocionalmente carregado, MT1 afirma: “É horrível. Eu vou-lhe dizer — e estou emocionada — que sou uma pessoa muito emotiva. E acho que isso não escondo” (Anexos, MT1, l.79). Esta declaração surge no contexto da sua experiência a declarar inaptidões em fase de admissão, uma situação que descreve como especialmente dolorosa: “foi horrível” (Anexos, MT1, l.79). A analogia que usa — “cortar as pernas e não deixar a pessoa aprender a andar” — já noutra ocasião — expressa o carácter abrupto e disruptivo da decisão para o trabalhador, que vê uma oportunidade de vida profissional encerrada antes mesmo de começar.

A médica reforça o drama vivido pelos profissionais afetados, recordando que “estamos a falar de alguém que criou uma expectativa de vida e escolheu uma profissão” (Anexos, MT1, l.73). Esta observação humaniza o trabalhador e chama a atenção para as implicações existenciais de uma decisão médica que, embora tecnicamente fundamentada, tem um forte impacto psicológico e social.

Como já referido anteriormente, a ausência de medidas de reintegração revela o carácter descartável com que, por vezes, se encara a força de trabalho após uma situação de incapacidade (Anexos, MT1, l.73). Juridicamente, contudo, o regime de

reparação prevê medidas de reabilitação e reintegração profissional, incluindo a reclassificação, a adaptação do posto de trabalho e a formação profissional, aplicáveis a sinistrados com incapacidade, conforme artigos 154.º-157.º; artigo 25.º, n.º 1, al. h) da Lei n.º 98/2009, (2009).

RELAÇÃO ENTRE MEDICINA DO TRABALHO E MEDICINA AERONÁUTICA

A coexistência de duas áreas médicas com responsabilidade na avaliação dos profissionais da aviação — a MT e a MA — deveria implicar uma articulação estreita entre ambas. No entanto, segundo a médica MT1, esta articulação está praticamente ausente, gerando falhas institucionais e descontinuidade no acompanhamento dos tripulantes.

A médica sublinha a ausência de articulação entre a MT e a MA, uma lacuna estrutural preocupante tendo em conta que ambas avaliam a aptidão para funções críticas e deveriam cooperar na definição de critérios comuns e no acompanhamento clínico dos tripulantes (Anexos, MT1, l.66).

Segundo MT1, em muitas empresas “o médico do trabalho nem sequer sabe quem é o médico aeronáutico”, acrescentando que “nem tem que saber, porque a ida à medicina aeronáutica é voluntária, e cada *cabin crew* pode escolher onde quer ir fazer a sua certificação” (Anexos, MT1, l.66). Este modelo de acesso livre, embora assegure liberdade ao trabalhador, dificulta a coordenação entre avaliações médicas e compromete uma abordagem integrada à saúde ocupacional.

A médica reforça que esta falta de canais de comunicação constitui “uma grande falha” (Anexos, MT1, l.62). A inexistência de diálogo entre as duas especialidades impede o cruzamento de dados clínicos relevantes, dificulta a construção de históricos médicos completos e mina a coerência das decisões que, por vezes, são tomadas isoladamente por cada área.

Apesar de conhecer bem ambas as áreas — “sou médica de saúde pública, especialista pela Ordem. Sou médica do trabalho, especialista pela Ordem, e tenho medicina aeronáutica também” (Anexos, MT1, l.8) — MT1 reconhece que mesmo para quem domina os dois campos, os sistemas funcionam de forma paralela, não comunicante. Esta experiência pessoal reforça a credibilidade da crítica que dirige ao modelo atual.

Esta desarticulação é particularmente grave no contexto da aviação, onde falhas de comunicação ou avaliações inconsistentes podem comprometer a segurança operacional. O quadro europeu é explícito: o *Medical Report* aeronáutico entregue ao operador contém apenas o essencial (*Fit/Unfit*, validade e eventuais limitações), mantendo os restantes dados sob sigilo, pontos MED.C.030 e MED.A.015 do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011). Já a , nos termos da Lei n.º 102/2009, (2009), centra-se na ficha clínica e na ficha de aptidão, também sujeitas a confidencialidade e não partilhadas com a entidade empregadora.

A ausência de colaboração institucional compromete, assim, a continuidade dos cuidados prestados ao trabalhador e fragiliza a coerência das avaliações em casos de risco agravado, doença ou acidente, em contradição com os princípios de prevenção e de adaptação do trabalho ao homem consagrados no regime nacional de SST.

NECESSIDADE DE INSTÂNCIAS INDEPENDENTES DE VALIDAÇÃO PERICIAL

A complexidade dos processos clínico-legais associados à inaptidão definitiva de tripulantes exige, na perspetiva de MT1, uma maior pluralidade técnica e institucional na tomada de decisão. A médica defende a criação de instâncias externas, compostas por especialistas de diferentes áreas, como forma de garantir maior justiça, legitimidade e coerência nas decisões judiciais.

A entrevistada propõe de forma explícita: “devia ser uma entidade composta por vários especialistas nas várias áreas, nomeadamente incluindo a Autoridade Nacional. E sim, haver uma decisão definitiva” (Anexos, MT1, l.83). Esta proposta aponta para um modelo colaborativo e regulado, que vá além da decisão unipessoal do juiz e integre contributos técnico-científicos de valor reconhecido.

A médica mostra-se crítica da centralidade absoluta do juiz no atual modelo de decisão: “um juiz não tem capacidade clínica para perceber algumas coisas” (Anexos, MT1, l.74). Embora reconheça o papel da autoridade judicial, sugere que a falta de formação médica pode comprometer a avaliação adequada dos pareceres técnicos, com consequências potencialmente injustas para o trabalhador.

Por isso, insiste na importância da colaboração entre diferentes entidades médicas e periciais: “é importante que haja pareceres de várias entidades formais, para que a

decisão não seja arbitrária. Não estou a dizer que as decisões são arbitrárias — estou a dizer que podem não ser as mais justas” (Anexos, MT1, l.74). Esta distinção entre arbitrariedade e injustiça traduz uma preocupação ética com a qualidade e imparcialidade do processo decisório.

Ainda assim, MT1 reconhece a realidade atual com pragmatismo: “quem decide é o tribunal. Obviamente, quem decide é o tribunal. É o tribunal que manda” (Anexos, MT1, l.74). Esta repetição sublinha tanto a limitação prática dos pareceres médicos quanto a necessidade urgente de reequilibrar o poder decisório com base numa arquitetura institucional mais integrada.

O enquadramento legal confirma que a avaliação das incapacidades em acidente de trabalho cabe ao tribunal, com base em relatórios periciais, cabendo ao juiz a decisão final (Lei n.º 98/2009, 2009). Contudo, não existe previsão normativa de instâncias externas de validação médica, ficando a pluralidade técnica dependente da constituição de juntas médicas ou da solicitação de pareceres adicionais.

O seu posicionamento traduz, assim, uma perceção crítica do modelo vigente, associada à defesa de um sistema mais robusto e justo, no qual a autoridade legal é informada por pareceres multidisciplinares e por uma entidade externa independente com legitimidade técnica e regulatória.

4.2.6 SUGESTÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

RECOMENDAÇÕES PARA REFORÇO DA ARTICULAÇÃO INSTITUCIONAL

O testemunho de MT1 oferece uma crítica estruturada ao atual funcionamento do sistema de avaliação de inaptidão dos tripulantes, propondo um conjunto de recomendações que visam garantir maior justiça, articulação institucional e proteção dos trabalhadores afetados. As suas propostas surgem como resposta direta às falhas identificadas ao longo da sua prática profissional.

Uma das principais sugestões consiste na criação de uma entidade independente e multidisciplinar: “devia ser uma entidade composta por vários especialistas nas várias áreas, nomeadamente incluindo a Autoridade Nacional. E sim, haver uma decisão definitiva” (Anexos, MT1, l.83). Esta proposta visa garantir que as decisões sobre a aptidão não recaem exclusivamente sobre o tribunal, mas sejam fundamentadas por

pareceres técnicos colegiais, conferindo maior transparência e legitimidade ao processo. No modelo vigente, a Lei n.º 98/2009, (2009), atribui ao tribunal a decisão final em matéria de incapacidade, ainda que apoiada em relatórios periciais.

A médica sublinha também a urgência de corrigir a ausência de comunicação entre áreas médicas complementares: “acho que isso é uma grande falha. Porque não há canais de comunicação. A Medicina do Trabalho não tem conhecimento do que se passa na medicina aeronáutica” (Anexos, MT1, l.62). Esta fragmentação compromete a continuidade dos cuidados, dificulta a partilha de informação clínica relevante e enfraquece a coerência das decisões.

Outra questão central prende-se com a desigualdade de critérios aplicados a diferentes categorias profissionais, situação que suscita dúvidas quanto à equidade das decisões. Tal realidade reforça a necessidade de harmonização regulatória e técnica entre pilotos e tripulantes de cabine, em conformidade com os princípios da Parte MED do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), que estabelece requisitos comuns para a certificação médica (Anexos, MT1, l.83).

A médica denuncia ainda a falta de articulação institucional mais ampla, refletindo sobre o panorama nacional: “não sei se há países que estão preparados socialmente para isso e têm articulação entre as várias instituições. Em Portugal, o que me parece, de forma geral, é que não há” (Anexos, MT1, l.73). Esta fragilidade contribui para o isolamento do trabalhador após o diagnóstico de inaptidão e para a ineficácia das medidas de reabilitação, apesar de a Lei n.º 98/2009, (2009), nos artigos 154.º-157.º, prever reabilitação e reintegração profissional.

A inexistência de alternativas profissionais após a declaração de inaptidão é identificada como uma fragilidade estrutural, marcada pela ausência de políticas de reconversão ou de apoio à reintegração. Esta lacuna transforma a decisão num processo abrupto e irreversível, que encerra de forma definitiva o percurso laboral do trabalhador (Anexos, MT1, l.73).

Por fim, MT1 sintetiza a necessidade de mudança, defendendo um sistema mais justo, articulado, informado e humano, em consonância com os princípios de prevenção e

adaptação do trabalho ao homem consagrados na Lei n.º 102/2009, (2009) (Anexos, MT1, l.73).

MEDIDAS DE APOIO E RECONVERSÃO DOS TRIPULANTES INAPTOS

A ausência de estruturas de apoio sistemático aos tripulantes após a declaração de inaptidão definitiva é um dos pontos mais criticados por MT1 no seu testemunho. A médica do trabalho destaca, com preocupação, o vazio institucional que se verifica em Portugal e a falta de responsabilidade prolongada das companhias aéreas para com os trabalhadores afetados.

A participante descreve o cenário pós-decisão de inaptidão como marcado pela ausência de diálogo e de mecanismos de resposta institucional, o que, na sua experiência, se traduz num profundo sentimento de desamparo, quer do ponto de vista informativo, quer ao nível do acompanhamento clínico, psicológico e social (Anexos, MT1, l.73).

MT1 aponta também a ausência de políticas organizacionais claras dentro das próprias companhias aéreas: “nas empresas de aviação, o que me parece é que as coisas também funcionam assim. E acho isso muito mau” (Anexos, MT1, l.73). Esta crítica evidencia a falta de planos estruturados de requalificação, de recolocação interna ou de apoio emocional e legal, deixando os profissionais entregues à sua sorte.

A única referência positiva, embora limitada, recai sobre o papel informal de algumas organizações internas: “tanto quanto eu sei, a única coisa que há são algumas associações, dentro das várias empresas, que vão acompanhando os trabalhadores quando têm um acidente e ficam com incapacidade definitiva” (Anexos, MT1, l.89). Estas iniciativas, embora louváveis, não substituem políticas públicas nem práticas institucionais consistentes e obrigatórias.

Do ponto de vista jurídico, o regime nacional prevê medidas de reabilitação e reintegração profissional para sinistrados, incluindo a adaptação do posto de trabalho e a reconversão profissional, Lei n.º 98/2009, (2009), artigos 154.º-157.º, mas, conforme assinala MT1, tais mecanismos raramente se traduzem em práticas concretas no setor da aviação.

A análise do discurso de MT1 aponta, assim, para a necessidade urgente de criar estruturas formais e articuladas que assegurem o acompanhamento multidisciplinar dos

tripulantes inaptos, desde o momento do diagnóstico até à sua eventual reintegração profissional ou apoio à reconversão de carreira.

FUTURO DA MEDICINA DO TRABALHO NA AVIAÇÃO

O futuro da MT no setor da aviação, segundo a médica MT1, exige uma profunda reestruturação institucional, com reforço da articulação interprofissional e criação de instâncias independentes que garantam maior justiça, coerência e eficácia na avaliação da aptidão dos tripulantes.

A médica começa por identificar uma fragilidade estrutural que compromete a consistência das decisões médicas, salientando a ausência de articulação efetiva entre a MA e a MT (Anexos, MT1, I.66). Esta separação entre duas áreas que deveriam atuar em estreita colaboração resulta na fragmentação do acompanhamento clínico e na possibilidade de decisões incoerentes quanto à aptidão dos profissionais.

Esta desarticulação institucional é acompanhada pela ausência de mecanismos de comunicação eficazes conforme visto anteriormente. MT1 aponta aqui para a opacidade dos processos e para a exclusão dos próprios médicos do trabalho da cadeia de informação e decisão, mesmo após a declaração de inaptidão definitiva.

Um dos problemas apontados é a disparidade de critérios entre categorias profissionais dentro da aviação: “há uma diferença de critérios muito grande entre as inaptidões de um piloto em Portugal e as inaptidões de um tripulante de cabine em Portugal” (Anexos, MT1, I.83). Esta desigualdade revela a falta de uniformização nas normas e práticas de avaliação médica, levantando preocupações sobre equidade e transparência no tratamento dos trabalhadores, em contradição com o princípio da igualdade de tratamento em situações análogas previsto no direito laboral.

Face a este cenário, MT1 defende a criação de uma estrutura reguladora multidisciplinar: “devia ser uma entidade composta por vários especialistas nas várias áreas, nomeadamente incluindo a Autoridade Nacional” (Anexos, MT1, I.83). Esta entidade teria a função de validar decisões clínicas, garantir coerência nos critérios e reforçar a legitimidade técnica e institucional do processo de inaptidão.

A médica reforça ainda que “é importante que haja pareceres de várias entidades formais, para que a decisão não seja arbitrária” (Anexos, MT1, I.74). A sua proposta

aponta para um modelo de decisão colegiada, baseado na pluralidade técnica e no escrutínio partilhado, como forma de evitar injustiças e assegurar o rigor científico.

Estas considerações traduzem uma visão crítica e reformista da MT no setor aeronáutico, com enfoque na necessidade de integração interinstitucional, reforço da justiça médico-laboral e valorização da dignidade dos profissionais afetados por decisões de inaptidão.

INTEGRAÇÃO DE EVIDÊNCIA CIENTÍFICA E REGULAMENTAR

A análise do discurso de MT1 revela uma prática médica ancorada sobretudo na experiência profissional e na regulamentação operacional da aviação, mas com lacunas evidentes no uso sistemático de dados científicos ou estudos epidemiológicos. Esta realidade, reconhecida pela própria médica, traduz uma fragilidade estrutural no suporte empírico da MT aplicada à aviação.

A médica admite diretamente o desconhecimento de dados nacionais: “Não sei qual é a casuística em Portugal. E quanto a outros países, também não faço ideia” (Anexos, MT1, l.89). Esta afirmação evidencia a inexistência de estatísticas acessíveis ou de estudos sistemáticos sobre inaptidões definitivas de tripulantes, o que compromete a possibilidade de intervenções baseadas em evidência. Esta lacuna contrasta com o dever legal de recolha e organização de elementos estatísticos em matéria de acidentes e doenças profissionais previsto na Lei n.º 102/2009, (2009).

Na ausência de dados locais, MT1 reconhece o valor normativo dos regulamentos internacionais, particularmente o da EASA: “Está tudo no regulamento da EASA. Vêm lá as avaliações e as periodicidades das avaliações” (Anexos, MT1, l.18). Contudo, estes regulamentos, embora indispensáveis, não substituem o conhecimento científico produzido localmente nem respondem às especificidades clínicas e sociais do contexto português.

Relativamente aos efeitos da exposição ambiental típica da aviação, MT1 afirma que “sabe-se muito pouco. A investigação sobre radiações ainda é incipiente” (Anexos, MT1, l.16). Apesar de mencionar indícios de impacto da altitude e da variação da pressão atmosférica, reconhece que as radiações cósmicas, muitas vezes evocadas como fator de risco, permanecem mal compreendidas. Esta lacuna científica tem sido apontada em

revisões de literatura sobre fadiga e saúde em tripulantes (Wen et al., 2023), dificultando a avaliação rigorosa dos riscos ocupacionais e a construção de critérios objetivos de aptidão.

Por fim, a médica recorre a observações empíricas para apoiar a sua percepção clínica. Cita como exemplo uma variação hematológica observada em tripulantes ou passageiros de voos longos: “se repetirmos essa mesma análise sanguínea — um hemograma —, vamos ver uma diminuição do número de células: glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas” (Anexos, MT1, l.16). Ainda que o fenómeno seja descrito como “não significativo”, é utilizado para alertar para o risco de episódios de descompensação em indivíduos vulneráveis, como em casos de anemia.

4.3 A AVALIAÇÃO PELA MEDICINA AERONÁUTICA

4.3.1 ENQUADRAMENTO PROFISSIONAL E INSTITUCIONAL

FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

A análise dos testemunhos de dois médicos especialistas em MA evidencia percursos distintos, mas igualmente robustos, sustentados numa formação técnico-científica exigente, experiência acumulada em contextos operacionais complexos e uma inserção ativa em redes institucionais nacionais e internacionais. Ambos demonstram um domínio profundo da MA, integrando competências clínicas com responsabilidades organizacionais, normativas e estratégicas.

O MA1 exerce funções na área desde 1999, sendo médico certificador desde 2008. Atualmente, dirige um AeMC, assumindo simultaneamente funções clínicas, administrativas e de coordenação institucional. A sua colaboração como consultor da IATA posiciona-o como interveniente relevante no plano internacional, contribuindo para a definição e harmonização de normas no domínio da certificação médico-aeronáutica. O seu percurso espelha a crescente importância de perfis médicos com capacidade de atuação transversal, desde o plano clínico até à participação em processos reguladores globais.

Por sua vez, o MA2 iniciou a sua atividade em MA em 1973, com formação especializada em França e nos EUA. Desenvolveu grande parte da sua carreira na Força Aérea Portuguesa (FAP), particularmente no AeMC e na Direção de Serviço de Saúde,

adquirindo uma compreensão aprofundada da realidade médico-operacional do meio militar. Posteriormente, transita para o setor civil, mantendo-se ativo na certificação médica através da colaboração com a Associação Pilotos Portugueses de Linha Aérea (APPLA) e a ANAC, o que evidencia uma notável capacidade de adaptação às exigências do quadro regulador civil.

Ambos os médicos assumem posições de referência na MA nacional, destacando-se pela capacidade de influenciar políticas de certificação e assegurar a conformidade com os regulamentos internacionais, como o Anexo 1 da ICAO, (2022) e Anexo IV — Parte MED, do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011). A sua articulação com organismos como a ANAC e a IATA demonstra elevado grau de profissionalização e integração em estruturas de *governance* transnacional, reforçando a credibilidade do sistema de avaliação médica e a confiança dos *stakeholders* na salvaguarda da aptidão psicofísica dos tripulantes.

FUNÇÕES DOS CENTROS DE MEDICINA AERONÁUTICA

Os depoimentos analisados evidenciam que os AeMC desempenham uma função central na avaliação médica dos tripulantes de cabine, conjugando vertentes clínicas, reguladoras e preventivas, em estreita articulação com os imperativos da segurança aeronáutica. Este papel encontra suporte jurídico nos pontos MED.A.015 e MED.A.025 do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), que estabelecem a confidencialidade, manutenção de registos e reporte às autoridades competentes. A supervisão destas entidades é assegurada pela Parte ARA, nomeadamente através dos mecanismos previstos em ARA.GEN.200 e ARA.GEN.350.

Segundo os entrevistados, os AeMC constituem instrumentos essenciais de regulação e controlo da segurança operacional. Como sublinha MA1, a sua intervenção é “essencial” por representar um “fator limitativo a nível até regulamentar” (Anexos, MA1, l6). Esta perceção encontra respaldo jurídico nos pontos MED.C.005(c) e MED.D.040, do referido regulamento, que atribuem competência aos AeMC ou AME qualificados para realizar exames e avaliações médico-aeronáuticas, emitindo pareceres de aptidão ou inaptidão, em conformidade com os requisitos estipulados no ponto MED.A.025.

A referência explícita à regulamentação EASA reforça esta função normativa, indicando que a avaliação médica dos tripulantes passou a ser obrigatória, conforme previsto no

ponto MED.A.005 e detalhada nos requisitos e periodicidade de MED.C.005 e MED.C.025 e respetivos AMC e GM, consolidando o papel dos AeMC como garantes do cumprimento das exigências europeias em matéria de segurança e saúde aeronáutica.

MA2, por seu lado, enfatiza a especificidade da MA, observando que, embora os critérios aplicáveis aos tripulantes sejam menos exigentes do que os dos pilotos, continuam a ser rigorosos, devido às características particulares do ambiente de trabalho — “um meio rarefeito, sujeito a variações de pressão significativas e com turbulência” (Anexos, MA2, l6). Esta observação é consistente com a literatura que identifica as exigências físicas e psíquicas do trabalho em voo como fatores determinantes para critérios clínicos diferenciados e especializados (Mulay et al., 2019).

Adicionalmente, é reconhecido que a atuação dos AeMC pode, em certos casos, limitar a atividade profissional dos tripulantes, sobretudo em situações clínicas relacionadas com problemas músculo-esqueléticos ou otorrinolaringológicos. Esta intervenção, embora restritiva a nível individual, traduz-se numa medida de mitigação de risco operacional, reafirmando a sua função preventiva e o seu contributo para a proteção coletiva da segurança do voo. O Easy Access Rules for Aircrew - Regulation (EU) N.º 1178/2011, (2024), prevê expressamente, através dos AMC10 e AMC15 do MED.C.025, a possibilidade de declarar inaptidão temporária ou definitiva sempre que determinadas condições clínicas possam comprometer a operação.

Importa ainda salientar que, de acordo com o disposto na Parte MED (Subparte D) e no quadro de supervisão definido na Parte ARA, em Portugal apenas os AeMC e AME qualificados estão legalmente habilitados para realizar avaliações médicas de tripulantes. Tal contrasta com outros Estados-Membros, onde essa responsabilidade pode ser delegada a médicos de clínica geral. Este modelo centralizado e especializado reforça a sujeição dos AeMC à supervisão da autoridade competente do Estado-Membro (Easy Access Rules for Aircrew, 2024).

4.3.2 REGULAMENTAÇÃO E PRÁTICA DA AVALIAÇÃO MÉDICA

CERTIFICAÇÃO E SEGURANÇA OPERACIONAL

Com base nos testemunhos analisados, a relevância da MA e da avaliação médica dos tripulantes para a segurança operacional é unanimemente enfatizada pelos

participantes. A MA é percecionada como um pilar essencial da segurança na aviação civil, com impacto direto não apenas na prevenção de incidentes, mas também na salvaguarda da saúde dos tripulantes e, por extensão, dos passageiros.

MA1 reconhece a “importância em termos de contribuição para a segurança da atividade aérea” (Anexos, MA1, l6), estabelecendo uma ligação direta entre a avaliação médica e o funcionamento seguro das operações de voo. Para este médico, a atuação dos AeMC e dos AME vai além da avaliação clínica individual: “quando contribuimos para a segurança da atividade aérea, estamos a contribuir também para a saúde das pessoas e vice-versa” (Anexos, MA1, l6). Esta visão integradora destaca o valor da MA como instrumento simultaneamente preventivo e protetor, que assegura a continuidade da atividade aérea com padrões elevados de segurança e bem-estar.

Esta perceção encontra respaldo na regulamentação europeia. O Regulamento 1178/2011, (2011), através do Anexo IV — Parte MED, atribui aos AeMC responsabilidades específicas na realização de avaliações médico-aeronáuticas e na emissão de pareceres de aptidão ou inaptidão dos tripulantes. O ponto MED.A.005 delimita o âmbito da Parte MED, incluindo a aptidão médica dos tripulantes, enquanto o ponto MED.C.005 (Subparte C — *Cabin Crew*) estabelece a obrigatoriedade da realização de avaliações médicas antes da primeira afetação e, posteriormente, em intervalos máximos de 60 meses.

Este regime encontra ainda fundamento mais abrangente no Regulamento 1139/2018, (2018), que define as regras comuns no domínio da aviação civil. O artigo 23.º prevê explicitamente a avaliação e atestação dos tripulantes de cabine, garantindo que apenas indivíduos considerados aptos do ponto de vista médico podem desempenhar funções de segurança em voo. O Anexo IV do mesmo regulamento estabelece os requisitos essenciais aplicáveis à tripulação de cabine, vinculando a avaliação médica à segurança operacional como requisito de base.

MA2 reforça esta perspetiva ao alertar para a falta de preparação dos médicos de clínica geral perante as particularidades do ambiente aeronáutico: “médicos de medicina geral e familiar não estão muito familiarizados com a problemática da aviação e das alterações que sofrem os tripulantes” (Anexos, MA2, l8). Esta observação sugere que o conhecimento especializado dos médicos aeronáuticos é indispensável para identificar

riscos fisiológicos e psicológicos próprios do voo, riscos que poderiam escapar à avaliação de profissionais não especializados. A Parte MED do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), confirma esta lógica ao prever que a aptidão seja avaliada por médicos com formação e certificação em MA, garantindo a necessária adequação ao contexto operacional.

Adicionalmente, MA2 recusa uma visão redutora das funções dos tripulantes, sublinhando que “não é só andar a servir chá, café ou laranjada”, mas sim “tem muito a ver com a parte da segurança de voo, da assistência aos passageiros em caso de turbulência, da assistência em caso de doença dos passageiros e nas evacuações” (Anexos, MA2, l22). Esta declaração revaloriza o papel operacional dos tripulantes, vinculando diretamente a sua aptidão física e psicológica ao desempenho de funções críticas em situações de emergência. Assim, a certificação médica assume uma função estruturante da segurança coletiva, atuando como mecanismo de triagem, vigilância e prevenção, ao serviço da integridade do sistema aeronáutico.

REFERENCIAIS NORMATIVOS ICAO E EASA

A análise das referências às normas internacionais no contexto da avaliação médica dos tripulantes revela um profundo alinhamento com os regulamentos da EASA, sendo esta a principal entidade normativa destacada pelos participantes.

MA1 afirma de forma inequívoca que a certificação médica na Europa “é regida pelo regulamento da EASA”, reconhecendo nesta entidade o quadro de referência dominante para a avaliação da aptidão médica dos profissionais da aviação. Embora reconheça que a regulamentação é mais minuciosa no que respeita aos pilotos e aos controladores de tráfego aéreo, sublinha que a EASA contempla também os tripulantes, dispondo de “um capítulo específico só para tripulantes” (Anexos, MA1, l8). Esta referência remete para o subcapítulo C do Anexo IV — Parte MED do Regulamento 1178/2011, (2011), no qual se encontram estabelecidos os requisitos médicos aplicáveis, incluindo a definição de critérios clínicos, periodicidade das avaliações e procedimentos para determinação da aptidão.

Para este especialista, a regulamentação europeia representa “a mais estruturada” e “a que está vertida na nossa legislação”, o que evidencia a sua aplicabilidade direta ao

contexto nacional (Anexos, MA1, l8). Tal aplicabilidade decorre do carácter vinculativo dos regulamentos europeus, que, nos termos do artigo 288.º do Tratado sobre o funcionamento da União Europeia⁶⁴, (2016), são obrigatórios em todos os seus elementos e diretamente aplicáveis em cada Estado-Membro.

MA1 destaca ainda a natureza evolutiva deste enquadramento regulatório, referindo que a regulamentação EASA “volta e meia sofre pequenas alterações”. Cita como exemplo uma atualização recente, ocorrida a 13 de fevereiro de 2025, que, “a nível dos tripulantes, não teve nenhuma alteração significativa” (Anexos, MA1, l14). Esta atenção à atualidade normativa demonstra o acompanhamento constante por parte dos AME, assegurando a sua correta aplicação no contexto nacional.

Uma das evoluções normativas mais relevantes identificadas nas entrevistas refere-se à crescente atenção às dimensões psicossociais da segurança: “houve uma atualização do regulamento que colocou um enfoque acrescido, sobretudo, na parte da saúde mental e do álcool e drogas”. Esta mudança levou à introdução de novos mecanismos obrigatórios como os “testes de rampa que se fazem pela Europa fora” e o acesso a “*peer support groups*”⁶⁵, que agora são obrigatórios” (Anexos, MA1, l14). Estas medidas, alinhadas com recomendações internacionais, alargam o conceito de segurança, integrando dimensões mentais, comportamentais e sociais (Regulamento (EU) n.º 965/2012, 2012).

MA2 confirma a prevalência da regulamentação da EASA, referindo a sua transição histórica: “primeiro era a JAA⁶⁶, depois passou para a EASA e, atualmente, existe um regulamento próprio [...] que nós seguimos mais ou menos à risca” (Anexos, MA2, l12). Contudo, reconhece que existem situações clínicas não previstas na norma, onde é necessário aplicar “bom senso” na decisão de “limitar a atividade ou não dos

⁶⁴ Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia: Consolidado pelo Tratado de Lisboa, em vigor desde 2009, que define as competências da União Europeia em matérias como mercado interno, transportes, saúde e proteção social (Tratado sobre o funcionamento da União Europeia, 2016).

⁶⁵ *Peer support groups*: Estruturas confidenciais, não punitivas e alinhadas com a *Just Culture*, destinadas a apoiar tripulantes na identificação e gestão precoce de problemas, nomeadamente de saúde mental, integradas no SMS; na UE, a sua disponibilização aos pilotos tornou-se obrigatória com o Regulamento (UE) 2018/1042, que introduziu o ponto CAT.GEN.MPA.215 – *Support programme* no Regulamento (EU) n.º 965/2012, complementado por AMC/GM específicos (EASA, 2025c; Regulamento (EU) n.º 965/2012, 2012).

⁶⁶ *Joint Aviation Authorities*: Organismo cooperativo das autoridades nacionais de aviação civil europeias, criado sob a égide da ECAC para harmonizar requisitos de segurança (JAR's); antecedeu a EASA, para a qual foram transferidas as funções regulatórias; o sistema JAA foi descontinuado em 2009, permanecendo apenas a JAA Training Organisation (JAA TO) (European Civil Aviation Conference (ECAC), 2024).

tripulantes”, revelando a coexistência entre a estrutura normativa e o indispensável juízo clínico profissional em contextos ambíguos.

Finalmente, MA2 demonstra conhecimento técnico do quadro regulatório aplicável, ao identificar explicitamente o Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011) e o seu Anexo IV — Parte MED, que rege a avaliação médica na aviação civil europeia (Anexos, MA2, l64). Esta familiaridade com o articulado jurídico confirma a internalização da norma pelos profissionais da MA e contribui para a aplicação coerente e rigorosa dos critérios definidos a nível europeu.

PARTE MED E SUPERVISÃO EASA E ANAC

A análise dos testemunhos sobre os requisitos da Parte MED e a supervisão exercida pela EASA revela uma compreensão clara da densidade normativa e da complexidade organizacional que molda a prática da MA na aviação civil europeia. Esta perceção reflete um elevado nível de conhecimento técnico e uma consciência crítica das exigências institucionais impostas aos centros de certificação médica.

MA1 confirma que a regulamentação europeia aplicável à certificação médica está formalmente estruturada em múltiplas secções normativas: “está tudo, de facto, previsto no regulamento, em várias partes: na Parte MED, na Parte ORA, na Parte ARA” (Anexos, MA1, l16). Esta afirmação revela uma visão sistémica da regulação, em que diferentes âmbitos, nomeadamente clínico (Parte MED), organizacional (Parte ORA) e de autoridade competente (Parte ARA), se articulam sob a supervisão da EASA, num modelo integrado de governança da segurança operacional (Easy Access Rules for Aircrew, 2024)

O mesmo entrevistado refere que existem “requisitos mínimos” definidos para o funcionamento dos AeMC, mas sublinha que a regulação vai muito além de uma formalidade administrativa: “tem uma regulamentação relativamente pesada” (Anexos, MA1, l16). Tal observação remete para o nível de exigência técnica e organizacional imposto pela regulamentação europeia, traduzido em obrigações específicas quanto a estrutura física e RH (MED.A.025), manutenção de registos e confidencialidade (MED.A.015) e implementação de sistemas de gestão e práticas de qualidade (ORA.GEN.200).

Entre os aspetos mencionados, destacam-se os requisitos “a nível de estrutura, do tipo de médicos aeronáuticos que lá estão, da maneira como é feita, organizada, toda a gestão de *compliance*, *safety*, etc.” (Anexos, MA1, l16). Este testemunho confirma que a supervisão das unidades médicas não se limita à dimensão clínica, abrangendo igualmente a conformidade com as normas e mecanismos de auditoria e melhoria contínua, previstos na Parte ARA. O ponto ARA.GEN.200 obriga, com efeito, as autoridades competentes a desenvolver planos de supervisão proporcionais à complexidade e ao histórico de desempenho das entidades certificadas (Easy Access Rules for Aircrew, 2024).

O Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), reflete esta abordagem multidimensional ao conjugar disposições clínicas e organizacionais num mesmo quadro normativo. A presença explícita dos conceitos de *compliance*⁶⁷ e *safety*⁶⁸ no discurso do entrevistado demonstra a apropriação prática da linguagem regulatória contemporânea, ancorada numa cultura de segurança, responsabilidade organizacional e controlo sistémico do risco. Trata-se, assim, de uma visão moderna da MA, sustentada por princípios de integridade técnica, harmonização normativa europeia e supervisão robusta.

PERIODICIDADE E CONTEÚDOS DOS EXAMES

A análise dos testemunhos sobre a periodicidade e o tipo de exames exigidos para a avaliação médica dos tripulantes evidencia um equilíbrio entre os requisitos regulamentares definidos e a margem de decisão clínica atribuída aos AME. O quadro normativo europeu, consagrado no Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), estabelece uma base sólida e uniforme para a avaliação da aptidão médica, cf. MED.C.001 e MED.C.005, ao mesmo tempo que confere flexibilidade para adaptações conforme o estado de saúde individual do tripulante.

⁶⁷ *Compliance*: Conjunto de políticas, procedimentos e controlos destinados a assegurar a conformidade das organizações com a lei, regulamentos e normas internas/externas; estruturável através de um Sistema de Gestão de *Compliance* conforme a ISO 37301:2021 (que substitui a ISO 19600:2014), e articulado com referenciais internacionais de conduta empresarial responsável e *due diligence* (International Organization for Standardization (ISO), 2021).

⁶⁸ *Safety*: Estado em que os riscos associados às operações de aviação são reduzidos e controlados a um nível aceitável; princípio estruturante do *Safety Management System*, conforme a ICAO (Anexo 19 e Doc 9859 – *Safety Management Manual*) e, na UE, operacionalizado pelo Regulamento (EU) n.º 965/2012 (requisitos de gestão) e articulado com o Regulamento (EU) n.º 376/2014 (notificação de ocorrências e *just culture*) (ICAO, 2019; Regulamento (EU) n.º 376/2014, 2014; Regulamento (EU) n.º 965/2012, 2012).

A periodicidade regulamentar é amplamente consensual e reconhecida pelos entrevistados como sendo de cinco em cinco anos. MA2 refere: “a legislação da avaliação dos tripulantes é feita com um exame inicial e, depois, de 5 em 5 anos, se não houver quaisquer problemas” (Anexos, MA2, l16). Esta regra é corroborada por MA1, ao afirmar que “o que o regulamento da EASA determina é um intervalo de base de 5 anos” (Anexos, MA1, l18). Ambos os médicos enfatizam que esta periodicidade constitui o limite máximo permitido, independentemente da idade do tripulante: “a periodicidade máxima está definida como 5 anos”. Este limite está previsto no ponto MED.C.005(b), que estabelece a obrigatoriedade de avaliação médica inicial e subsequente, com intervalo máximo de 60 meses.

Contudo, este intervalo pode ser encurtado em função da condição clínica do profissional. MA1 sublinha que “esse intervalo pode ser reduzido em circunstâncias que têm a ver com o contexto de saúde de cada tripulante” (Anexos, MA1, l18). MA2 complementa: “se houver alguma situação que [...] coloque alguns problemas em relação aos 5 anos, o médico aeronáutico tem autonomia para decidir se é 1 ano, se é 2 anos, se é 3 anos, se é 4 anos” (Anexos, MA2, l16). Esta margem de apreciação clínica encontra enquadramento nos pontos MED.C.005(b)(2) e MED.C.035, que autorizam a redução da validade do *Medical Report* por motivos de saúde, cabendo ao AME ou AeMC justificar clinicamente a decisão (Easy Access Rules for Aircrew, 2024).

MA2 reforça ainda: “isso é um critério clínico e, portanto, o médico pode ser mais exigente ou menos exigente” (Anexos, MA2, l18). Esta autonomia, embora regulamentada, constitui um pilar fundamental da MA, permitindo uma adaptação responsável e proporcional dos requisitos em função das necessidades concretas de cada caso.

Além da definição de prazos, a regulamentação prevê a possibilidade de emissão de *Medical Report* com limitações condicionais, que obriga a uma reavaliação num intervalo específico: “ao fim de 6 meses, de 1 ano, 2 anos... Isso depende do estado da patologia e do próprio tripulante” (Anexos, MA1, l18). Estas restrições estão previstas nos pontos MED.A.020(c) e MED.A.030, que permitem a emissão de *Medical Report* com condições específicas e validade reduzida, consoante a evolução clínica.

Relativamente aos exames obrigatórios, MA1 esclarece que “os exames e os requisitos também estão definidos na Parte MED-C do regulamento”. O exame inicial de cabine inclui “uma análise de urina, um audiograma, um timpanograma e, se o tripulante tiver 40 ou mais anos, uma eletrocardiograma”. A estes exames somam-se a “história clínica, todo o exame físico, com um foco especial na parte auditiva e na parte visual” (Anexos, MA1, l18). Estes elementos correspondem ao disposto no Easy Access Rules for Aircrew, 2024), ponto MED.C.025(a), que exige a avaliação do historial médico, exame clínico dos sistemas cardiovascular, respiratório, músculo-esquelético, otorrinolaringológico e visual, incluindo análise de urina, AMC7 MED.C.025, e, quando aplicável, exames complementares como audiometria, timpanometria e eletrocardiograma, AMC2 MED.C.025.

Este conjunto de exames visa garantir que o tripulante reúne as condições psicofisiológicas compatíveis com as exigências do ambiente aeronáutico, onde fatores como pressão, turbulência, fadiga e resposta a emergências requerem plena capacidade funcional (Feijo et al., 2014; Mcloughlin & Jenkins, 2003; Sander-Grout, 2021).

Tabela 23 – Periodicidade e exames obrigatórios para tripulantes de cabine

Fonte: Elaboração própria com consulta a Regulamento (EU) n.º 1178/2011, Regulamento (EU) n.º 290/2012, Regulamento (EU) n.º 2019/27 e *Easy Access Rules for Aircrew*

Tipo de Avaliação	Periodicidade	Conteúdos Mínimos	Base Regulamentar
Exame Inicial	Antes da primeira afetação	História clínica, exame físico, avaliação cardio-respiratória, músculo-esquelética, otorrino e visual (incl. visão cromática); urina; audiometria/timpanometria; ECG ≥40 anos	MED.C.005(a); MED.C.025(a); AMC MED.C.025
Reavaliação Periódica	Máx. 60 meses (pode ser encurtado)	Repetição do inicial adaptada à idade/risco; monitorização de fatores; exames adicionais conforme indicado	MED.C.005(b); MED.C.025(a); MED.C.030(b)
Exame Extraordinário	Sempre que haja alteração de saúde	Avaliação direcionada e exames complementares necessários	MED.A.020; MED.C.030(c); MED.A.025(c)

A Tabela 23 sintetiza a periodicidade e os exames obrigatórios previstos na Parte MED do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), bem como os respectivos conteúdos mínimos exigidos.

4.3.3 DIAGNÓSTICO E DETERMINAÇÃO DE INAPTIDÃO

EXAMES EXTRAORDINÁRIOS E SEUS CRITÉRIOS

A análise dos testemunhos relativos à realização de exames extraordinários e aos critérios que os justificam revela a existência de um sistema médico-regulatório equilibrado, que combina responsabilidade individual, critérios clínicos flexíveis e limites institucionais claros, restringindo a atuação dos médicos examinadores a contextos definidos pela regulamentação vigente. Esta estrutura previne decisões unilaterais não fundamentadas e promove uma lógica de corresponsabilização entre os vários intervenientes do sistema aeronáutico.

Os participantes apontam que a ativação de exames extraordinários depende, em primeira instância, do estado clínico do tripulante. MA1 sublinha que essa decisão “depende das intercorrências de saúde do tripulante, que são altamente variáveis”, salientando que não existe uma regra única aplicável, mas sim uma avaliação caso a caso, com base na evolução da patologia e nas exigências da função aeronáutica. Como esclarece: “é muito em função da patologia” apresentada (Anexos, MA1, I20).

Este procedimento está em conformidade com o ponto MED.A.020 do Regulamento 1178/2011, (2011), que obriga o titular do *Medical Report* a notificar qualquer alteração do seu estado de saúde suscetível de comprometer o desempenho seguro das suas funções. Nestas circunstâncias, a autoridade competente ou o AME e AeMC, pode proceder à reavaliação, aplicando o previsto no ponto MED.A.025(c), que permite a suspensão, limitação ou revogação do *Medical Report* até à realização de novo exame.

A responsabilidade do próprio tripulante no processo é fortemente enfatizada. MA2 é claro ao afirmar: “é da responsabilidade do tripulante de cabine a sua situação clínica, a sua situação médica” (Anexos, MA2, I20). Este princípio de autodeclaração e suspensão voluntária em caso de inaptidão encontra respaldo na Subpart A — *General Requirements*, em especial no ponto MED.A.020(b), que estabelece a obrigação

continua de garantir que os requisitos médicos são cumpridos antes do exercício de funções.

No que respeita à iniciativa para convocar exames extraordinários, MA2 clarifica que tal não é da competência autónoma do médico: “não há, pelo menos que eu tenha conhecimento, qualquer indicação para o médico, por sua iniciativa, chamar um tripulante de cabine” (Anexos, MA2, I20). Assim, a reavaliação fora do calendário regular decorre de comunicação por parte do tripulante ou da companhia aérea, enquadrando-se nos procedimentos da Parte MED, que exigem reavaliação por médico autorizado e registo formal da decisão, cf. MED.A.015 e MED.A.025.

Neste sentido, o médico pode ser solicitado a intervir caso a companhia aérea detete indícios de alteração de aptidão. MA2 explica: “se a empresa para quem ele trabalha nota que há algum problema, pode sugerir que o tripulante seja visto por um médico de medicina aeronáutica” (Anexos, MA2, I20). Embora não expressamente previsto na norma, este mecanismo informal de deteção precoce é compatível com o quadro regulamentar, desde que respeite os requisitos de competência, documentação e supervisão definidos nos pontos MED.A.025(d) e MED.A.030 do Easy Access Rules for Aircrew, (2024).

Do ponto de vista normativo, este modelo de cooperação informal não contradiz o disposto no regulamento, desde que a decisão de avaliação continue a respeitar os procedimentos previstos na Parte MED, nomeadamente a reavaliação por médico competente, a emissão de parecer clínico e, se necessário, a atualização ou suspensão do *Medical Report*. Esta arquitetura regulatória permite conjugar segurança clínica, conformidade legal e proteção dos direitos dos tripulantes, preservando a integridade do processo médico-aeronáutico (Doc 8984, Manual of Civil Aviation Medicine, 2012; Regulamento (EU) n.º 2018/1139, 2018).

PATOLOGIAS PREVALENTES NA INAPTIDÃO

A análise dos testemunhos sobre as patologias mais frequentes associadas à inaptidão permanente dos tripulantes evidencia que os critérios médicos não se baseiam unicamente na presença de doença, mas sobretudo na capacidade funcional do

tripulante para desempenhar as suas tarefas num ambiente exigente e variável como o voo comercial.

Os entrevistados destacam como principal critério de avaliação a função e não apenas a doença em si. Como refere MA2, “o que nós analisamos na avaliação de um tripulante de cabine é a função, não é propriamente a doença. Porque o indivíduo pode ter uma doença e estar perfeitamente apto para voar como tripulante de cabine” (Anexos, MA 2, I22). Este princípio está alinhado com o disposto no ponto MED.C.001(b) do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), que exige que a aptidão seja determinada não apenas pelo diagnóstico clínico, mas pela capacidade de desempenhar as funções atribuídas sem comprometer a segurança operacional.

Tabela 24 - Principais patologias associadas à inaptidão permanente

Fonte: Elaboração própria com consulta a Regulamento (EU) n.º 1178/2011, Regulamento (EU) n.º 290/2012, Regulamento de Execução (EU) n.º 2019/27 e *Easy Access Rules for Aircrew*

Categoria	Patologias/Sintomas	Risco para a Função	Base Regulamentar
Otorrinolaringológica	Barotrauma, otite, disfunção tubária, sinusite	Falha de equalização, dor, incapacitação súbita	MED.B.080
Músculo-esquelética	Lombalgias, lesões por cargas/quedas, traumatismos	Limitação de movimentos, dor, instabilidade	MED.B.050
Psiquiátrica	Ansiedade, depressão, insónia, fobia de voo	Descompensação, incapacidade funcional	MED.B.055
Cardiovascular	Arritmias, enfarte, hipertensão, AVC	Risco súbito e imprevisível em voo	MED.B.010
Neurológica	Epilepsia, doenças degenerativas	Perda de consciência, instabilidade	MED.B.065

Conforme se pode aferir da Tabela 24, entre as patologias mais frequentes, sobressaem as do foro músculo-esquelético e otorrinolaringológico, diretamente associadas às exigências físicas da função. MA2 observa que os tripulantes “fazem a sua vida toda praticamente de pé, com a instabilidade do avião, normalmente com turbulências”, o que conduz a queixas persistentes “da parte muscular, da parte das articulações — e é aí que, às vezes, leva a que sejam considerados inaptos ao fim de muitos anos”. MA1 reforça a relevância das “lesões [...] ligadas ao esforço físico da atividade do tripulante” e do “componente músculo-esquelético” (Anexos, MA1, I24). Estes aspetos enquadram-

se no ponto MED.C.025(a)(3) e (a)(4), que requerem avaliação clínica dos sistemas músculo-esquelético e otorrinolaringológico do Easy Access Rules for Aircrew, (2024).

Os dados qualitativos convergem com evidência empírica. O estudo de Pombal et al., (2005), que analisou 136 casos de inaptidão permanente na TAP, entre 1993 e 2002, identificou as patologias otorrinolaringológicas (30,1%) e músculo-esqueléticas (21,3%) como as principais causas de exclusão médica definitiva, seguidas pelas psiquiátricas (12,5%). Estas últimas incluem fobias, depressão e perturbações emocionais que comprometem a capacidade de voo, situação contemplada no ponto MED.B.055, que define critérios de aptidão e requisitos de recuperação clínica.

As situações de otorrino também são apontadas por ambos os participantes, nomeadamente devido à exposição contínua a variações de pressão. Como refere MA1, “nos tripulantes é importante, às vezes, o componente de otorrino” (Anexos, MA1, I24). Este requisito é compatível com MED.B.080 e MED.B.085, que tratam das patologias do ouvido médio e interno e da sua compatibilidade com funções aeronáuticas do Easy Access Rules for Aircrew, (2024).

Outro grupo de patologias relevantes para a inaptidão permanente é o cardiovascular, sobretudo em casos de irreversibilidade: “em termos de incapacidade definitiva, irreversível e permanente, a área cardiovascular — cérebro vascular, talvez — fosse a mais importante”. A estes fatores soma-se a componente de esforço físico associado à função, como explica o mesmo entrevistado: “um tripulante de cabine tem sempre um componente adicional — mesmo na área cardiovascular — que temos de ter em conta, e que os pilotos não têm tanto: o componente de atividade física” (Anexos, MA1, I24). Estas condições são avaliadas nos termos do ponto MED.B.010, que determina critérios específicos de aptidão e monitorização.

A literatura internacional confirma a importância destas condições: além dos riscos otorrinolaringológicos e músculo-esqueléticos, há evidência crescente de impacto das perturbações mentais. Um estudo brasileiro encontrou uma prevalência de *Common Mental Disorders*⁶⁹ (CMD) de 29,8% entre tripulantes, com maior prevalência em

⁶⁹ *Common Mental Disorders*: Conjunto de perturbações de elevada prevalência, sobretudo depressão, ansiedade e perturbações de ajustamento/somatoformes, tipicamente identificadas em cuidados de saúde primários, com impacto funcional significativo mas não psicóticas (World Health Organization, 2017).

mulheres e em profissionais com mais de cinco anos de experiência (Feijo et al., 2014). Estas perturbações, nomeadamente ansiedade, depressão, insónia e irritabilidade, afetam diretamente a performance e são frequentemente subestimadas nos processos de avaliação da aptidão, apesar de previstas no MED.B.055 e MED.B.060.

MA2 partilha o exemplo de um tripulante que, após um episódio de despressurização, “ficou em pânico, com ansiedade, e acabou por ser dado como inapto, porque não tinha condições para voar. Tinha medo de voar” (Anexos, MA2, I22). Esta situação sublinha a importância da saúde mental e da resiliência psicológica na continuidade da função.

Também há referência a casos em que o fator causal é externo ao contexto de voo, como acidentes de viação que resultam em limitações funcionais e justificam a inaptidão. Por outro lado, condições clínicas potencialmente graves, como um tumor maligno em fase inicial, podem não ser impeditivas, desde que não comprometam a função: “uma pessoa que tem todas as condições para continuar a ser tripulante de cabine [...] não é impeditivo de voar” (Anexos, MA2, I36). Este juízo clínico encontra suporte no ponto MED.C.030(b), que permite ao AME definir períodos de reavaliação mais curtos ou condições específicas para o exercício da função (Easy Access Rules for Aircrew, 2024).

Finalmente, a prevalência de queixas músculo-esqueléticas tem sido amplamente documentada. Mulay et al., (2019), reportaram uma taxa de 82% de dor relacionada com o trabalho em tripulantes, afetando sobretudo pés, região lombar e pescoço. Os principais fatores de risco foram longas horas em pé, levantamento de cargas e uso prolongado de calçado com salto alto. Estes elementos reforçam a ligação entre esforço físico continuado e limitações funcionais que podem culminar em inaptidão definitiva, tal como previsto no MED.C.025 e respetivos AMC e GM.

LESÕES FÍSICAS COMUNS E FATORES DE AGRAVAMENTO

A análise das declarações dos intervenientes sobre lesões físicas comuns e fatores de agravamento entre tripulantes permite identificar padrões clínicos recorrentes associados à inaptidão, sobretudo definitiva, para o exercício da função. Entre os problemas mais reportados encontram-se as lesões otorrinolaringológicas, músculo-esqueléticas e traumáticas, com destaque para as resultantes de acidentes durante episódios de turbulência.

Segundo MA2, uma das áreas mais críticas na origem de inaptidões é a otorrinolaringologia: “as causas de inaptidão mais frequentes nesse tipo de coisa são a parte do otorrino — aí podem surgir mais facilmente problemas” (Anexos, MA2, l26). Esta vulnerabilidade está diretamente relacionada com as variações rápidas e repetidas de pressão a que os tripulantes estão sujeitos, as quais podem agravar disfunções pré-existentes, como barotraumas, alterações auditivas ou problemas nos seios nasais. Estes fatores são expressamente contemplados nos pontos MED.B.080 e MED.B.085 do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), que tratam das patologias do ouvido médio e interno, estabelecendo critérios de aptidão e requisitos de recuperação antes do regresso às funções. A relação com as conclusões do estudo de Pombal et al., (2005), é evidente, ao identificar as patologias otorrinolaringológicas como a principal causa de inaptidão definitiva entre tripulantes, representando 30,1% dos casos analisados.

No que respeita ao sistema musculoesquelético, MA2 relativiza a gravidade de alguns quadros, observando que “se a pessoa tiver uma complexão física normal, se não tiver obesidade, se não tiver quaisquer doenças antecedentes ou quaisquer problemas anteriores, faz a sua vida normal sem precisar de ter alguma inaptidão” (Anexos, MA2, l26). No entanto, Mulay et al. (2019), apontam para uma prevalência elevada de queixas nesta profissão: 82% dos tripulantes referem dor relacionada com o trabalho, sobretudo em pés, região lombar e pescoço, associada a longas horas em pé, levantamento de cargas e movimentos repetitivos em espaços confinados. Estas condições enquadram-se na obrigação de avaliação clínica do sistema musculoesquelético prevista no ponto MED.C.025(a)(3), que exige a análise da função articular e muscular tendo em conta as exigências da função (Easy Access Rules for Aircrew, 2024).

Os acidentes de trabalho também são referidos, embora MA2 saliente que são transversais a outras profissões: “há os acidentes de trabalho, mas isso não faz parte da situação, uma vez que esses acidentes podem acontecer em qualquer profissão”. Contudo, no caso da aviação, determinados cenários operacionais aumentam o risco e a gravidade das lesões. MA1 demonstra especial preocupação com lesões decorrentes de episódios de turbulência, que considera particularmente perigosas: “o que me preocupa mais, nesta altura, até são lesões decorrentes, por exemplo, de acidentes ou

incidentes com turbulência — que já houve, e continuam a haver por todo o mundo” (Anexos, MA1, I26).

A literatura confirma que os tripulantes estão significativamente mais expostos ao risco de lesões em turbulência do que os passageiros, devido à necessidade de se deslocarem pela cabine sem cinto de segurança em várias fases do voo. Griffiths & Powell, (2012), apontam que este tipo de ocorrência pode originar traumatismos graves, incluindo lesões cranianas, vertebrais e da bacia, com impacto direto na capacidade funcional. Estas situações enquadram-se no ponto MED.C.025(a)(6), que prevê a avaliação de traumatismos e lesões músculo-esqueléticas ou neurológicas que possam comprometer a função operacional (Easy Access Rules for Aircrew, 2024).

Entre os casos mais severos, MA1 destaca “coluna vertebral, bacia, traumatismos cranianos, etc.”, reconhecendo que tais lesões “poderiam levar à incapacidade definitiva” (Anexos, MA1, I26). Estes cenários refletem não apenas a exigência física da função, mas também o risco inerente ao trabalho em cabine, particularmente em condições meteorológicas adversas ou de instabilidade atmosférica. Griffiths & Powell (2012), apontam para estratégias de mitigação eficazes, como formação específica em prevenção de lesões por turbulência, melhoria do design dos equipamentos de cabine e implementação de protocolos de segurança mais restritivos.

PERTURBAÇÕES MENTAIS E AVALIAÇÃO

A análise dos testemunhos sobre transtornos mentais impeditivos e métodos de avaliação evidencia uma abordagem cada vez mais clínica, individualizada e adaptada à evolução científica e regulamentar. A decisão de inaptidão permanente não se baseia apenas no diagnóstico, mas resulta de uma ponderação entre critérios funcionais, estabilização da condição e riscos para a segurança operacional.

A avaliação do foro mental dos tripulantes integra-se de forma estruturada no exame médico aeronáutico, em conformidade com o previsto na Parte MED-C do Anexo IV do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), que exige a verificação da aptidão psicológica e psiquiátrica para a função cf. MED.B.055 e MED.B.060. Segundo MA2, esta avaliação é feita “na entrevista que o médico realiza com o doente, procurando saber os antecedentes pessoais e familiares do foro mental”. Caso se verifiquem dúvidas ou

histórico relevante, “pede-se uma avaliação psicológica ou psiquiátrica” e “os relatórios, do médico ou do psicólogo que seguiu esse tripulante” são decisivos para determinar a aptidão (Anexos, MA2, I28). Esta prática está alinhada com o ponto MED.C.030(c), que prevê a possibilidade de exames complementares e relatórios especializados sempre que a avaliação clínica o justifique.

As perturbações mentais mais frequentes identificadas por MA1 são “as perturbações depressivas e as perturbações de ansiedade ou um misto, que nós chamamos anglodepressivas”. Embora raramente sejam invocadas para inaptidão definitiva, não são incomuns: “não são tão raras assim na população geral e também não o são entre os tripulantes”. Determinados diagnósticos, como “depressão profunda” ou esquizofrenia, enquadram-se nos critérios impeditivos absolutos previstos no MED.B.055(a), que considera incompatível com a função qualquer perturbação mental grave suscetível de comprometer o desempenho seguro das tarefas: “como é lógico, também é, não tem condições para ser tripulante de cabine” (Anexos, MA1, I28).

Entre as condições com impacto crescente, destaca-se a fobia de voo, que MA1 descreve como “muito pouco falada, mas também existe nos tripulantes” e que, em casos extremos, leva a “que a pessoa desista mesmo da carreira” (Anexos, MA1, I30). A sua natureza silenciosa e potencialmente incapacitante sublinha a importância de estratégias preventivas e de programas de apoio psicológico contínuo, como os *Peer Support Programmes* (PSP) previstos nas orientações da EASA após as recomendações subsequentes a incidentes relacionados com saúde mental (Regulamento (EU) n.º 2018/1139, 2018).

O contexto profissional dos tripulantes, marcado por horários irregulares, rotações frequentes e baixo grau de previsibilidade, é reconhecido como fator de risco para fadiga e instabilidade emocional. MA1 sublinha que o “estilo de vida muito errático, por obrigação profissional” contribui para o desgaste psicológico. Esta associação encontra respaldo no estudo de Feijo et al., (2014), que documentam uma prevalência de 29,8% de CMD em tripulantes de cabine, incluindo ansiedade, depressão e insónia, significativamente superior à de 6,7%, registada em pilotos.

Apesar dos riscos, MA1 observa que a evolução da MA e da regulamentação permitiu maior flexibilidade: “hoje em dia, já conseguimos permitir que tripulantes voem mesmo

sob medicação do foro psiquiátrico, desde que sem efeitos secundários e com a situação estabilizada” — ainda que sob “muitas condições e restrições” (Anexos, MA1, I28). Esta prática é compatível com o ponto MED.A.020, que obriga o titular do *Medical Report* a garantir que continua a cumprir os requisitos de aptidão, e com MED.C.030(b), do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), que permite ao AME estabelecer condições e prazos de reavaliação mais curtos sempre que necessário para assegurar a segurança operacional.

PERFIS DE VULNERABILIDADE À INAPTIDÃO

A análise dos testemunhos sobre os perfis mais vulneráveis à inaptidão permanente revela um consenso quanto ao papel determinante da idade como fator crítico, embora não se identifique um perfil patológico ou demográfico específico que predisponha inevitavelmente à perda definitiva de aptidão. A vulnerabilidade parece emergir, sobretudo, da deterioração progressiva da capacidade funcional associada ao envelhecimento, em conjugação com o desgaste físico e psicológico inerente à profissão.

A idade é referida de forma consistente como o fator mais relevante na predisposição para a inaptidão permanente. MA1 afirma claramente: “acho que aqui há uma relação com a idade, sim”, reforçando a associação entre envelhecimento e declínio da aptidão física (Anexos, MA1, I30). MA2 corrobora essa perceção, explicando que “uma pessoa com 18 ou 20 anos, que é quando normalmente concorre, a aptidão física — já nem falo da psíquica — mas a aptidão física é muito superior à de uma pessoa de 40 ou 50 anos” (Anexos, MA2, I32). Tal diferença é compreensível à luz das exigências físicas e ergonómicas da atividade de tripulante de cabine, que implicam longos períodos em pé, manipulação de cargas e atuação rápida em situações de emergência.

MA2 acrescenta que “quanto mais velho for o tripulante, maior a probabilidade de ter algumas mazelas que limitem a sua atividade” (Anexos, MA2, I32), e MA1 reforça: “quanto mais idade, mais probabilidade de isso acontecer, eu diria” (Anexos, MA1, I30). Estas observações encontram respaldo no ponto MED.C.001(b) do Regulamento 1178/2011, (2011), que define que a aptidão deve ser avaliada segundo a capacidade para desempenhar as funções requeridas, considerando limitações físicas ou psicológicas que possam afetar a segurança operacional.

A literatura confirma esta tendência cumulativa. Griffiths & Powell (2012), sublinham que, ao longo da carreira, aumenta a incidência de lesões músculo-esqueléticas (MED.C.025(a)(3)), de patologias otorrinolaringológicas (MED.B.080 e MED.B.085) e de problemas de saúde mental (MED.B.055), todos com impacto potencial na aptidão. Também o estudo de Pombal et al., (2005), sobre inaptidão definitiva na TAP, não identificou diferenças significativas entre subgrupos demográficos, apontando antes para uma predominância de causas funcionais e clínicas diretamente relacionadas com a segurança operacional.

Apesar desta correlação com a idade, MA2 ressalva: “não vejo assim nenhum perfil especial para isso” (Anexos, MA2, I30). Ou seja, para além do envelhecimento, não existe evidência clara de fatores como género, regime contratual ou função específica que predisponham de forma determinante à inaptidão permanente.

Este entendimento está em consonância com o princípio regulamentar expresso no MED.C.030(a), segundo o qual a aptidão não é determinada pela mera existência de uma condição clínica, mas pela sua compatibilidade com a execução segura das tarefas atribuídas (Easy Access Rules for Aircrew, 2024). Também o Doc. 8984, Manual of Civil Aviation Medicine, (2012), enfatiza que a avaliação da aptidão deve privilegiar a capacidade funcional e a gestão do risco de incapacitação em voo, em detrimento de critérios estritamente patológicos.

Assim, a inaptidão permanente deve ser entendida como um fenómeno multifatorial, em que a idade atua como amplificador da probabilidade de limitação funcional, mas sempre condicionado pela natureza das patologias adquiridas e pela sua repercussão prática na segurança operacional.

CRITÉRIOS MÉDICOS PARA INAPTIDÃO PERMANENTE

A análise dos testemunhos sobre os critérios médicos para a atribuição da incapacidade permanente evidencia que esta decisão resulta de uma conjugação entre irreversibilidade clínica, impacto funcional da patologia e exposição contínua ao ambiente aeronáutico como fator agravante. Não existe uma lista taxativa de critérios, mas sim uma matriz avaliativa construída a partir dos regulamentos internacionais e do juízo clínico fundamentado do médico examinador.

Segundo MA1, a condição central que justifica a declaração de inaptidão permanente é a “irreversibilidade de uma situação clínica” ou a constatação de que “enquanto a pessoa estiver exposta ao ambiente de voo, esse contexto funciona — para usar um termo inglês, como um *trigger*, ou seja, um gatilho permanente para desencadear sintomatologia ou impedir que a pessoa fique bem” (Anexos, MA1, l32). Esta perspectiva enfatiza que o contexto laboral pode ser o principal obstáculo à recuperação, mesmo quando a patologia em si poderia ser clinicamente gerida noutro ambiente.

Exemplificando, MA1 refere a fobia de voo como condição potencialmente impeditiva: “se for especialmente grave [...] e se não há possibilidade de curar a situação sem eliminar a exposição, então a única maneira de eliminar a exposição é a incapacidade” (Anexos, MA1, l32). Esta lógica aplica-se igualmente a situações em que o voo atua como fator de descompensação persistente, tornando a função incompatível com os padrões de segurança operacional definidos na Subparte C — *Cabin Crew* da Parte MED do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), nomeadamente nos pontos MED.B.055 e MED.C.001(b) do Easy Access Rules for Aircrew (2024).

No domínio das doenças físicas, algumas condições são reconhecidamente impeditivas no imediato, como o enfarte do miocárdio ou a diabetes insulino-dependente, pela elevada probabilidade de ocorrência de eventos súbitos que possam comprometer a segurança do voo. Estas situações enquadram-se no disposto em MED.B.010 (doenças cardiovasculares) e MED.B.020 (doenças endócrinas), que estabelecem critérios de inaptidão até estabilização e possibilidade de reavaliação (Easy Access Rules for Aircrew, 2024). Contudo, MA1 sublinha que “felizmente, hoje em dia, a larguíssima maioria volta”, ilustrando uma abordagem moderna e orientada para a reabilitação, em conformidade com o ponto MED.A.020, que prevê a possibilidade de reavaliação e reversão da inaptidão quando a situação clínica se estabiliza. Como refere, mesmo quando o regulamento impõe uma inaptidão temporária (“neste momento, fica inapta”), isso “não diz que fica inapta para sempre” (Anexos, MA1, l34).

Determinadas patologias, contudo, continuam a implicar inaptidão definitiva, sem margem de reversibilidade, como as doenças neurológicas degenerativas: “uma patologia neurológica degenerativa implica inaptidão” (Anexos, MA1, l34). Este entendimento é coerente com o espírito do MED.B.001 e com o princípio regulamentar

segundo o qual qualquer condição irreversível e de impacto funcional significativo é incompatível com a função de tripulante.

MA2 confirma que “não há, propriamente, critérios médicos para definir isso” de forma inequívoca, reconhecendo que tal ausência de padronização pode dificultar a uniformização das decisões. Ainda assim, alerta para os riscos da excessiva subjetividade: “se não fosse assim, seria uma confusão muito grande e levaria a situações subjetivas que não se podem ter em conta”. Por isso, enfatiza a importância de seguir “sempre o que está escrito internacionalmente”, mesmo que as orientações estejam dispersas no articulado regulamentar: “não é propriamente uma lista, mas está dispersa pelo regulamento” (Anexos, MA2, l34).

Este quadro híbrido é reforçado pela base legal mais ampla do Regulamento 2018/1139, (2018), que no artigo 23.º, confere à Comissão competência para adotar atos de execução sobre a atestação e a avaliação da aptidão médica da tripulação de cabine, a fim de garantir o cumprimento dos requisitos essenciais previstos no Anexo IV (artigo 20.º). Em paralelo, o Doc. 8984, Manual of Civil Aviation Medicine (2012), recomenda que a avaliação da aptidão se centre na capacidade funcional e na probabilidade de incapacitação em voo, em vez de depender apenas da presença de diagnósticos clínicos.

Assim, a atribuição da incapacidade permanente assenta num modelo que combina normas regulamentares internacionais com avaliação clínica individualizada, garantindo simultaneamente rigor jurídico, consistência técnica e adaptação à realidade de cada caso.

FLEXIBILIDADE CLÍNICA E AVALIAÇÃO INDIVIDUALIZADA

A análise dos testemunhos dos participantes sobre flexibilidade clínica e avaliação individualizada revela uma abordagem equilibrada, que conjuga o cumprimento estrito do regulamento com a aplicação criteriosa do bom senso médico. Esta flexibilidade não é sinónimo de arbitrariedade, mas resulta da utilização estruturada das ferramentas regulamentares previstas pela EASA, nomeadamente as limitações condicionais estabelecidas no ponto MED.A.020(c) da Parte MED do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), que permitem manter a atividade com segurança e sob condições controladas.

MA1 sublinha que “cada caso é avaliado — não diria de uma forma subjetiva, porque há sempre um critério objetivo que se articula com o raciocínio clínico” (Anexos, MA1, I34). Esta articulação entre norma e juízo médico constitui a base da flexibilidade na MA, permitindo decisões que consideram o enquadramento legal e a realidade clínica específica de cada tripulante. É precisamente esta análise contextualizada que garante decisões proporcionais, justas e adaptadas à situação individual, sem afastamento do quadro normativo.

Um dos principais instrumentos para operacionalizar esta flexibilidade é o uso de limitações regulamentares, previstas no ponto MED.A.020(c), que permitem restringir a avaliação médica a determinadas condições operacionais. MA1 reconhece que a palavra “limitação”, embora possa ter conotação negativa, “na minha opinião, é uma palavra positiva, porque é aquilo que, muitas vezes, permite colocar a pessoa de volta a voar, definindo condições claras e objetivas”. Entre os exemplos de limitações mais comuns incluem-se a obrigatoriedade de observação médica com maior frequência, o uso de óculos corretivos, cf. MED.B.070 e MED.B.080, e a restrição a operações *multi-crew*, excluindo contextos como a aviação executiva com apenas um tripulante cf. MED.C.001(b) (Anexos, MA1, I36).

Apesar da margem de adaptação, os entrevistados são claros em afirmar que a flexibilidade nunca compromete o cumprimento do regulamento. MA1 reforça: “não há flexibilidade para não cumprir o regulamento — o regulamento tem que ser cumprido”, lembrando que o médico aeronáutico “está obrigado ao regulamento, ou seja, não pode ‘olhar para o lado’ e ignorar o que está à sua frente” (Anexos, MA1, I36). Esta posição está alinhada com o princípio de conformidade estrita previsto no ponto ARA.GEN.200 da Parte ARA do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), que impõe à autoridade competente a supervisão do cumprimento uniforme das normas aplicáveis e a garantia de que as decisões médicas permanecem consistentes com os requisitos da EASA.

MA2 acrescenta a importância do “bom senso” como elemento moderador: “acho que é fundamental não sermos radicais. Nem radicais de deixar passar tudo, nem radicais de cortar logo à primeira”. Esta postura evita tanto decisões permissivas em excesso como exclusões precipitadas. Para reforçar a consistência das avaliações, MA2 destaca a prática de discutir casos complexos com outros colegas, partilhando informação e

opiniões para reduzir o risco de decisões demasiado taxativas ou inconsistentes: “há a discussão do caso com outros colegas, ouvir a opinião de outros médicos, para não estarmos aqui a ser demasiado taxativos” (Anexos, MA2, l38). Esta abordagem colaborativa está alinhada com as boas práticas do Doc. 8984, Manual of Civil Aviation Medicine, (2012), que recomenda a avaliação multidisciplinar e o recurso a pareceres adicionais em casos de maior incerteza clínica.

DOENÇAS CRÓNICAS E COMPATIBILIDADE FUNCIONAL

A análise dos testemunhos sobre a avaliação de doenças crónicas em tripulantes reforça a lógica funcional que orienta a prática da MA. A presença de uma doença crónica não implica, por si só, inaptidão, desde que sejam assegurados três critérios fundamentais: estabilidade clínica, ausência de efeitos adversos da medicação e manutenção da capacidade funcional compatível com as exigências da atividade aérea.

A condição essencial para que uma patologia crónica seja considerada compatível com o voo é o controlo clínico estável. MA1 é claro: “a patologia tem que estar controlada, no sentido em que qualquer médico [...] possa dizer: ‘Esta doença está bem controlada, está estável, portanto, não está em deterioração’” (Anexos, MA1, l38). O critério de ausência de deterioração progressiva atua como baliza objetiva para a manutenção da aptidão e está em conformidade com o ponto MED.B.001 da Parte MED do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), que exige que o candidato não apresente condições médicas suscetíveis de se agravarem de forma súbita durante o exercício das funções.

Mais relevante ainda é o foco na funcionalidade. MA2 reforça que “a questão fundamental [...] é a funcionalidade”, sublinhando que a presença de um diagnóstico clínico isolado não é determinante: “o indivíduo pode estar em perfeitas condições funcionais e ter uma doença grave. Mas, desde que essa doença grave não impeça a função, faz a sua vida normal como tripulante de cabine” (Anexos, MA2, l40). Esta abordagem está alinhada com o disposto no ponto MED.C.001(b), que define que a aptidão deve ser avaliada em função da capacidade de executar as tarefas exigidas, independentemente do diagnóstico isolado.

Outro critério essencial é a segurança da medicação utilizada. MA1 alerta que “a medicação que o tripulante esteja a fazer tem que ser aeronáuticamente aceitável e tem

que estar isenta de efeitos secundários naquele momento” (Anexos, MA1, l38). Este requisito, previsto de forma implícita nos pontos MED.B.001 e MED.C.025, visa prevenir riscos indiretos para a segurança de voo, como sonolência, lentificação de reflexos, alterações cognitivas ou reações adversas inesperadas.

Por fim, a ausência de agudizações imprevisíveis é também determinante. Como refere MA1, “outro critério importante é não haver agudizações imprevisíveis” (Anexos, MA1, l38). Situações clínicas que apresentem risco súbito de descompensação — como crises epiléticas (MED.B.040), exacerbações asmáticas graves (MED.B.050) ou arritmias paroxísticas (MED.B.010) — são incompatíveis com a função, dada a impossibilidade de assistência médica imediata a bordo. Para gerir casos de risco controlado, a regulamentação permite o recurso a limitações e estratégias de monitorização, como explica MA2: “temos as limitações que podemos impor [...] como os tempos de TML [tempo máximo de licença] para fazerem inspeções mais periódicas, em vez de ser de 5 em 5 anos” (Anexos, MA2, l40). Esta possibilidade está prevista no ponto MED.A.020(c) do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), que autoriza a redução do período de validade do *Medical Report* sempre que clinicamente indicado.

Assim, a avaliação de doenças crónicas assenta num modelo dinâmico que conjuga normas internacionais, avaliação funcional e vigilância periódica, em consonância com o enquadramento mais amplo do Regulamento n.º 2018/1139, (2018), que no artigo 23.º habilita a Comissão a adotar atos de execução relativos à certificação à avaliação da aptidão médica da tripulação de cabine e consequente emissão do *Cabin Crew Attestation*, visando assegurar o cumprimento dos requisitos essenciais de segurança previstos no artigo 20.º do Anexo IV.

PAPEL DA JUNTA MÉDICA E PAINEL DE ESPECIALISTAS

A análise dos testemunhos sobre o papel da JM ou painel de especialistas revela uma distinção clara entre os procedimentos formais conduzidos pela ANAC e as decisões colegiais informais que ocorrem nos AeMC. A intervenção colegial surge como mecanismo fundamental para reduzir a subjetividade e assegurar rigor e justiça nas decisões de inaptidão, sobretudo nas de carácter definitivo.

MA1 distingue entre dois níveis de atuação médica. Por um lado, existem as JM formais, que “só são feitas ao nível da ANAC, da autoridade” e que se aplicam “precisamente para essas decisões de inaptidão definitiva” (Anexos, MA1, l40). Por outro lado, há o funcionamento interno dos AeMC, onde “temos uma equipa e, portanto, reunimo-nos para discutir o caso [...] não são juntas formais, mas sim trabalho em equipa para uma decisão no dia a dia” (Anexos, MA1, l40). Este segundo tipo de atuação serve como instrumento interno de aferição e responsabilização coletiva, sendo particularmente útil em casos clínicos complexos ou limítrofes.

Essa prática informal é reiterada por MA1, que esclarece que “no dia a dia, até chegar aí — e esses casos são uma minoria — não podemos chamar de juntas, porque não são juntas; o que fazemos são decisões colegiais [...] informalmente chamamos de ‘junta’, mas formalmente não o são”. Em situações difíceis, “sem precedentes”, recorre-se a este processo de decisão partilhada, no qual “o que fazemos é tomar uma decisão em conjunto” (Anexos, MA1, l40). Este método está em linha com as boas práticas recomendadas pela EASA e da ICAO para a uniformização de critérios e mitigação de vieses individuais na avaliação médica (ICAO, 2012).

Segundo os participantes, quando há proposta de inaptidão definitiva e o tripulante apresenta recurso, entra em ação a JM formal da ANAC. De acordo com MA2, essa junta “obriga a avaliações por vários especialistas da área em causa” e “pode integrar um médico do próprio tripulante de cabine” (Anexos, MA2, l42). O objetivo é assegurar uma avaliação multidisciplinar e imparcial, cujos membros são designados pela autoridade e incluem “pelo menos, um médico de um centro de medicina aeronáutica e [...] o médico da própria autoridade” (Anexos, MA2, l42). Em contraste com o regime aplicável à classe profissional dos pilotos, o procedimento que impõe garantias de contraditório e reavaliação técnica independente — embora previsto no quadro regulamentar nacional, em articulação com o Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), — não se encontra devidamente clarificado quando aplicável aos tripulantes de cabine, como se discutirá adiante no capítulo em que o participante ANAC1 sustenta o contrário.

4.3.4 PROCEDIMENTOS PÓS-DIAGNÓSTICO E CASOS DE CONTROLO

MECANISMOS DE CONTESTAÇÃO DA DECISÃO MÉDICA

A análise dos testemunhos confirma a existência de procedimentos formais de recurso, previstos na regulamentação aeronáutica europeia, que permitem ao tripulante de cabine contestar uma decisão de inaptidão, incluindo a definitiva, junto da autoridade competente. No contexto português, esta competência é atribuída à ANAC, que atua como instância de recurso e garante processual. Estes mecanismos funcionam como salvaguarda para assegurar que nenhuma decisão médica se torne irreversível sem possibilidade de nova análise por uma instância independente.

MA1 afirma de forma categórica que “a contestação está prevista no regulamento” e que “qualquer decisão, seja de um médico aeronáutico ou de um AeMC, pode ser sempre contestada junto da autoridade respetiva” (Anexos, MA1, l42). Esta previsão encontra respaldo no Anexo IV — Parte MED do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), nomeadamente no ponto MED.A.025(e), que estabelece que os Estados-Membros devem assegurar mecanismos de apelação administrativa ou judicial para os casos de discordância quanto à avaliação médica.

Segundo MA2, “através da ANAC, pode sempre apresentar uma reclamação”. No entender deste participante e perante esse pedido, a ANAC pode convocar uma junta médica formal, composta por especialistas independentes e, em alguns casos, incluindo um médico indicado pelo próprio tripulante. Se a decisão for favorável ao tripulante, a ANAC “comunica ao centro e diz: ‘Ok, este tripulante pode retomar. Façam por favor o exame para o tripulante retomar o voo’” (Anexos, MA2, l48).

A função da ANAC neste processo é comparada por MA1 a um tribunal de recurso: “a autoridade funciona aqui um bocadinho como os tribunais — é um supremo tribunal, digamos assim” (Anexos, MA1, l54). Esta analogia reforça a perceção de que a ANAC atua como instância final de revisão das decisões médicas, com competência para confirmar, alterar ou revogar avaliações emitidas pelos AeMC, em conformidade com o disposto no ARA.GEN.350 (Reexame de decisões) da Parte ARA (Regulamento (EU) n.º 1178/2011, 2011).

MA1 reconhece, no entanto, que “quando chega ao nível da junta formal da ANAC”, a reversibilidade da decisão “é muito difícil”, dado que essa situação “desencadeia vários mecanismos — nomeadamente a nível da segurança social” (Anexos, MA1, l42). Apesar dessa dificuldade, admite que a reavaliação é possível “se, passado algum tempo, aconteceu qualquer coisa de positivo que mudou tudo — e que não se estava à espera” (Anexos, MA1, l54).

Para que o recurso seja válido, deve assentar em novos elementos clínicos ou circunstanciais. MA2 reforça: “tem de ser baseada em factos reais — não é só dizer: ‘Olhe, eu quero fazer outra vez.’ Tem de apresentar as suas razões” (Anexos, MA2, l48). Esta exigência está alinhada com o princípio de fundamentação objetiva previsto no ARA.GEN.200, que estabelece que todas as decisões e ações no âmbito da autoridade competente devem basear-se em informação completa e verificável (Regulamento (EU) n.º 1178/2011, 2011).

Antes de acionar o recurso formal junto da ANAC, o tripulante pode solicitar internamente ao AeMC uma nova análise. Contudo, como observa MA1, “quando o centro lhe dá uma incapacidade definitiva, isso já resulta de uma série de conversas que houve” e de decisões colegiais internas (Anexos, MA1, l52), o que limita a probabilidade de reversão nesta fase. Daí a importância do recurso externo, que assegura isenção, transparência e uniformidade de critérios na decisão final, em conformidade com o espírito do Regulamento (EU) n.º 2018/1139, (2018), que impõe aos Estados-Membros a existência de garantias de supervisão e mecanismos de recurso eficazes.

PROCEDIMENTOS PÓS DIAGNÓSTICO COM POTENCIAL DE INAPTIDÃO

A análise dos testemunhos demonstra a existência de um processo estruturado após o diagnóstico de uma condição clínica com potencial de inaptidão, centrado na confirmação rigorosa do diagnóstico, na consulta com especialistas e na salvaguarda do direito à contestação por parte do tripulante. O objetivo é garantir que a avaliação seja justa, tecnicamente fundamentada e conforme à regulamentação europeia, em particular ao Anexo IV — Parte MED do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), e ao ponto ARA.GEN.350 da Parte ARA, que regula os mecanismos de reexame de decisões pelas autoridades competentes.

O primeiro passo, segundo MA2, consiste na confirmação rigorosa do diagnóstico clínico: “a primeira coisa é confirmar o diagnóstico. E a confirmação do diagnóstico é feita através de, digamos, exames complementares de diagnóstico e da avaliação por peritos nessa área específica” (Anexos, MA2, l44). Esta etapa é essencial para prevenir decisões precipitadas ou mal fundamentadas, particularmente quando estão em causa consequências graves como a inaptidão definitiva.

A avaliação baseia-se sempre em documentação médica fidedigna: “é feita a avaliação com base nos relatórios médicos dos especialistas — privados ou do Serviço Nacional de Saúde” (Anexos, MA2, l44). A escolha do especialista pode depender “do sítio e da pessoa que segue o tripulante”, demonstrando uma flexibilidade que respeita a trajetória assistencial do profissional avaliado.

MA2 destaca ainda que os AME “são fundamentalmente clínicos da área médica, mas não são necessariamente especialistas” na condição em causa (Anexos, MA2, l44). Por essa razão, a colaboração com peritos externos é prática corrente e recomendada, garantindo que a decisão final seja suportada por conhecimento técnico especializado. Esta abordagem está em linha com as boas práticas internacionais, nomeadamente as recomendações do Doc 8984, Manual of Civil Aviation Medicine, (2012), que sublinham a importância da avaliação multidisciplinar em decisões médico-legais com impacto na segurança aeronáutica. A literatura científica reforça este ponto: Pombal et al., (2005) evidenciam a relevância da colaboração entre diferentes especialidades para fundamentar adequadamente as decisões de inaptidão definitiva.

Uma vez tomada a decisão de inaptidão, o procedimento inclui a formalização por escrito e a explicação direta ao tripulante. MA1 descreve: “o médico comunica, explica-lhe por que é que fica inapto, é formalizado com um documento e, se mesmo assim o tripulante achar que a decisão não foi a melhor ou não está certa, pode recorrer para a autoridade — a autoridade do país da sua licença” (Anexos, MA1, l44). Este procedimento assegura transparência e respeito pelo princípio do contraditório, consagrado no ARA.GEN.350, que estabelece a obrigação de as autoridades competentes disponibilizarem meios de revisão das decisões e garantirem que estas se baseiam em informação médica completa e verificável (Regulamento (EU) n.º 1178/2011, 2011).

REAVALIAÇÃO E REABILITAÇÃO MÉDICA

A análise dos testemunhos sobre reavaliação e reabilitação médica no contexto da avaliação médico-aeronáutica evidencia uma linha divisória nítida entre o que é tecnicamente possível e o que, na prática, se torna quase irreversível após a declaração de inaptidão definitiva pela autoridade competente. Embora a regulamentação preveja mecanismos de recurso e revisão, os entrevistados sublinham que os limites práticos à reversibilidade destas decisões são significativos, devido ao impacto institucional, jurídico e social da medida.

MA1 explica que “a reavaliação médica é sempre possível até chegar à inaptidão definitiva dada pela autoridade” (Anexos, MA1, l46). Esta possibilidade encontra enquadramento no Anexo IV — Parte MED, Subparte A, designadamente no ponto MED.A.025 (obrigações do AeMC, AME e outros) e respetivo GM1, que preveem, incluindo ao nível do GM, que o candidato seja informado do direito a revisão de uma decisão de aptidão/inaptidão segundo os procedimentos da autoridade competente. Até ao momento em que a autoridade oficializa a decisão, existe margem para acompanhamento, eventual reavaliação clínica e, potencialmente, reintegração do tripulante, em coerência com o regime de “*decrease in medical fitness*” do ponto MED.A.020 (Subparte A), que desencadeia reavaliações quando há alterações do estado de saúde (Easy Access Rules for Aircrew, 2024).

Contudo, após a formalização da decisão pela ANAC, a realidade altera-se substancialmente: “a partir do momento em que é dada pela autoridade — eu não vou dizer que é irreversível, se calhar não é — mas, em termos práticos, é irreversível” (Anexos, MA1, l46). Esta observação reflete a experiência prática dos médicos aeronáuticos, que reconhecem que, apesar de a legislação prever revisão, a reversão é pouco provável. Em termos de enquadramento, os poderes de fiscalização e medidas de execução sobre pessoas estão previstos no Anexo VI — Parte ARA (*Authority Requirements for Aircrew*), Subparte GEN, nomeadamente em ARA.GEN.355 — *Findings and enforcement measures — persons*, e a gestão de achados/corretivas para organizações encontra-se regulada em ARA.GEN.310 — *Findings* (Regulamento (EU) n.º 1178/2011, 2011).

MA2 confirma essa percepção ao afirmar que, “normalmente, se já foi resultante de uma junta médica, é muito difícil reverter a situação, porque é baseada em factos concretos, factos reais, factos objetivos — e não presunções”. Ainda assim, reforça que “se a decisão for de uma junta médica, há sempre a possibilidade da pessoa, mesmo assim, recorrer” (Anexos, MA2, l46). Este direito a pedir revisão secundária é coerente com o *guidance* ao MED.A.025 (informação do direito a revisão) e com o quadro de atuação da autoridade ao abrigo da Parte ARA (Easy Access Rules for Aircrew, 2024).

Um dado adicional revelado pelas entrevistas é o papel ativo dos próprios tripulantes na aceitação ou mesmo na solicitação da inaptidão definitiva. MA2 observa que “normalmente o que acontece é que são mais os tripulantes a pedirem a inaptidão definitiva do que propriamente o médico a dizer: ‘Não, você está inapto definitivamente’” (Anexos, MA2, l46). Este fenómeno, também identificado por Sander-Grout (2021), pode estar associado à percepção individual de limitação funcional, à fadiga acumulada e ao impacto da patologia na capacidade de desempenho seguro da função.

CASOS DE RECUPERAÇÃO DE APTIDÃO

A análise dos testemunhos sobre casos de recuperação de aptidão após decisão de inaptidão revela um quadro em que, embora a reversibilidade seja prevista pela regulamentação, na prática é extremamente rara. De acordo com o Anexo IV — Parte MED do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), nomeadamente no ponto MED.A.025(e), a aptidão médica pode ser revista ou renovada caso o requerente apresente novas evidências clínicas relevantes. No entanto, os testemunhos indicam que a decisão de inaptidão definitiva resulta, na maioria dos casos, de um processo exaustivo e fundamentado, o que torna improvável a sua reversão.

MA2 afirma claramente: “não me lembro de um indivíduo que tivesse sido considerado inapto definitivamente e que tivesse voltado a ser tripulante de cabine”. Acrescenta ainda: “quando já foi dada inaptidão definitiva, é porque já se esgotaram todas as possibilidades” (Anexos, MA2, l50). Esta percepção é corroborada por Pombal et al., (2005), que identificaram um baixo índice de reintegração na função após a atribuição de inaptidão definitiva, associando-o ao carácter irreversível das condições clínicas subjacentes e aos constrangimentos regulamentares.

Apesar disso, os entrevistados reconhecem que existem mecanismos para reavaliar situações em que ocorra uma melhoria clínica inesperada. MA1 explica: “sim, sim, sim. Tipicamente, como eu disse, aconteceu qualquer coisa, entretanto, posteriormente, que modificou todo o panorama para melhor e, portanto, com esses novos dados, a autoridade consegue decidir” (Anexos, MA1, l56). Assim, sempre que existam novos factos objetivos e devidamente documentados, a recuperação da aptidão pode ser considerada.

O processo de reversão pode ser iniciado não só pelo tripulante, mas também pelo próprio AeMC: “não tem que ser necessariamente o tripulante, pode ser o próprio centro”. Tal situação ocorre, por exemplo, quando o tripulante regressa com documentação médica atualizada que altera significativamente a avaliação anterior: “até o próprio centro pode propor isso à autoridade” (Anexos, MA1, l56).

Na prática, a decisão de inaptidão definitiva resulta de uma referência prévia à autoridade competente, com parecer emitido pela ANAC, que desencadeia efeitos jurídicos e administrativos relevantes — “para seguros, para a segurança social, para essas questões todas” (Anexos, MA1, l48). Estes procedimentos estão hoje previstos na Parte ARA do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), nomeadamente nos pontos ARA.GEN.350 (*Review of decisions*) e ARA.GEN.355 (*Findings and enforcement measures – persons*), que regulam, respetivamente, os mecanismos de reexame de decisões da autoridade competente e as medidas de execução aplicáveis a pessoas.

Apesar das limitações, os participantes enfatizam que o objetivo principal é, sempre que possível, ajudar na reabilitação e manutenção da aptidão. MA1 declara: “sempre que vemos uma possibilidade, temos gosto profissional em ajudar o tripulante a recuperar essa capacidade” e rejeita a perceção de que os médicos estejam vocacionados para retirar licenças: “esse não é o nosso enfoque” (Anexos, MA1, l56).

GARANTIAS DE EQUIDADE E FUNDAMENTAÇÃO MÉDICA

A análise dos testemunhos sobre as garantias de equidade e fundamentação médica nas decisões de inaptidão revela uma preocupação clara dos médicos entrevistados em assegurar avaliações objetivas, devidamente justificadas e ajustadas à evolução do conhecimento clínico. Embora reconheçam limitações inerentes à própria

regulamentação, os participantes enfatizam o compromisso com a justiça técnica e ética do processo, em consonância com os princípios previstos na legislação europeia.

O princípio da objetividade é considerado essencial para a legitimidade das decisões. MA2 afirma: “não é uma avaliação subjetiva que leva a uma inaptidão, é uma avaliação objetiva. E, como tal, é mais fácil defender essa posição do que se fosse só baseada em critérios subjetivos” (Anexos, MA2, I52). Esta prática está em conformidade com o MED.A.015 da Parte MED, que determina que as decisões sobre aptidão médica devem basear-se em critérios clínicos verificáveis e documentados, podendo incluir exames complementares, pareceres especializados e relatórios médicos (Easy Access Rules for Aircrew, 2024).

MA1 acrescenta que, apesar da importância dos regulamentos, estes nem sempre acompanham a velocidade da evolução científica e clínica: “a regulamentação está sempre atrás da realidade” e “cada vez que sai um regulamento, entretanto as coisas avançam, e os regulamentos levam sempre um tempo a ser atualizados” (Anexos, MA1, I58).

Ainda assim, é precisamente a margem interpretativa prevista nas normas que permite introduzir atualizações em conformidade com a evolução médica. MA1 refere que existem “partes do regulamento que não são excessivamente específicas, que preconizam ações mais gerais e que nos permitem, precisamente nessa generalidade, introduzir o que houver de novo” (Anexos, MA1, I58). Este entendimento está de acordo com o MED.B.001, que estabelece que qualquer condição deve ser avaliada em função da sua compatibilidade com a função, cabendo ao examinador e à autoridade interpretar os requisitos gerais de acordo com as melhores práticas disponíveis (Easy Access Rules for Aircrew, 2024).

Esta lógica é coerente com a prática de decisões colegiais e com o recurso a especialistas externos, já analisados em secções anteriores, que funcionam como mecanismos adicionais para reforçar a imparcialidade e consistência da avaliação. Ao combinar critérios objetivos, regulamentação flexível e conhecimento técnico atualizado, o sistema procura equilibrar a segurança operacional com a justiça individual nas decisões de aptidão médica.

4.3.5 LIMITAÇÕES FUNCIONAIS E ADAPTAÇÃO PROFISSIONAL

IMPACTO DAS LIMITAÇÕES FÍSICAS E MENTAIS NA AVALIAÇÃO MÉDICA

A análise dos testemunhos revela que a presença de uma limitação não constitui, por si só, impedimento absoluto para o exercício da função de tripulante de cabine. O sistema de avaliação médica, conforme previsto no MED.A.020(c) da Parte MED do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), prevê a possibilidade de atribuir limitações condicionais, permitindo manter a certificação desde que a segurança operacional esteja assegurada e que a restrição seja formalmente codificada no *Medical Report*.

MA2 deixa claro que o uso de dispositivos compensatórios, como aparelhos auditivos ou correções visuais, é compatível com a certificação, desde que a funcionalidade esteja garantida: “Se o indivíduo, com o aparelho, ouvir bem, tem uma limitação de HAL (que é a designação para correção auditiva), mas pode voar perfeitamente, sem qualquer problema” (Anexos, MA2, I58). A mesma lógica se aplica a outras limitações comuns, como o uso de óculos ou lentes de contacto, que são igualmente reconhecidas na codificação regulamentar de restrições operacionais.

As limitações regulamentares padronizadas, cf. Tabela 25, permitem adaptar a certificação à condição individual do tripulante, sem comprometer a segurança. Estas restrições encontram enquadramento no MED.A.020(c) e no Apêndice 1 da Parte MED, onde se estabelecem os códigos normalizados para limitações, como: a HAL, que corresponde à correção auditiva; a CCL/CVL, que estabelece restrições visuais específicas; a MCL, que limita a operação apenas a contextos *multi-cabin crew*; a TML, que impõe restrições quanto ao tipo de aeronave ou operação específica; a SSL, destinada a situações especiais não contempladas nas restantes categorias; e a SIC, que indica a necessidade de exame por especialista em determinada área clínica (Easy Access Rules for Aircrew, 2024).

Estas limitações podem ser aplicadas isoladamente ou combinadas, conforme o caso clínico. Como exemplifica MA2, “estas limitações podem ser associadas entre si — por exemplo, um TML pode ser combinado com uma limitação auditiva, visual ou até psíquica” (Anexos, MA2, I64).

Tabela 25 - Códigos de limitações aplicáveis ao *Medical Report*

Fonte: Elaboração própria com consulta a Regulamento (EU) n.º 1178/2011

Código	Tipo de Limitação	Exemplos de Aplicação	Observações
MCL	Restrição a operar apenas em operações com <i>multi-cabin crew</i> .	Operar somente quando houver mais de um tripulante de cabine.	A limitação é registada no Campo XII do <i>Medical Report</i> e só pode ser removida por AME/AeMC.
OAL	Restrição a tipo(s) de aeronave especificado(s).	“Restrito ao(s) tipo(s) de operação ...”	
OOL	Restrição a tipo de operação especificado.	“Restrito ao tipo de operação ...”	
TML	Exigência de realizar o próximo exame em data anterior ao intervalo normal de MED.C.005(b).	Redução do intervalo para a próxima reavaliação.	
SIC	Exigência de exame(s) médico(s) específico(s).	Solicitar avaliação/especialidade indicada no relatório.	
CVL / CCL	CVL: requisito de correção visual. CCL: correção por lentes de contacto.	Indicar no relatório a necessidade de correção (e, se aplicável, “CCL”).	
HAL	Exigência de uso de auxiliares auditivos.	Indicar no relatório que o exercício das funções exige o uso do dispositivo.	
SSL	Restrição especial conforme especificada.	A descrição textual da restrição deve constar no relatório	

MA1 reforça que a existência de limitações não implica automaticamente inaptidão: “não implica automaticamente”. Pelo contrário, estas restrições visam acomodar limitações funcionais dentro de parâmetros de segurança: “precisamente essa limitação — a limitação médica — pode determinar limitações no *Medical Report* que acomodam essas outras limitações e que permitem voar com aquelas restrições” (Anexos, MA1, l60).

ADAPTAÇÃO FUNCIONAL E ENQUADRAMENTO LEGAL

A análise sobre adaptação funcional confirma que a MA opera num quadro regulado, que permite a manutenção da aptidão com limitações específicas, desde que as condições de segurança estejam asseguradas. Esta possibilidade encontra-se prevista no MED.A.020(c) do Easy Access Rules for Aircrew, (2024), que autorizam a emissão de *Medical Reports* condicionados e definem os códigos de limitação.

MA1 exemplifica claramente esta articulação entre clínica e norma: “o regulamento dá-me aso a eu definir, que este tripulante pode voar desde que use este aparelho auditivo aprovado. Mas tem que usar, não é? Essa é a limitação para ele em termos aeromédicos” (Anexos, MA1, l62). Esta declaração ilustra como a limitação médica regulamentada não impede o exercício da função, mas condiciona-o ao cumprimento de medidas de compensação funcional específicas.

Este enquadramento legal permite que o médico aeronáutico não tenha de recorrer à inaptidão como única saída, desde que a adaptação assegure a compatibilidade com as funções essenciais do tripulante. A certificação assume, assim, um carácter dinâmico e ajustável, que acomoda condições clínicas individuais por via de soluções técnicas e regulamentares.

Por fim, a obrigatoriedade do cumprimento das limitações impostas, por exemplo, o uso permanente de aparelho auditivo aprovado, confirma que estas adaptações não são facultativas, mas vinculativas e sujeitas a verificação, sendo a validade da certificação dependente da sua observância. Este princípio é coerente com a lógica de garantia de segurança operacional subjacente ao quadro regulamentar europeu, sustentado pelo Regulamento (EU) n.º 2018/1139 (2018), que estabelece os requisitos essenciais de certificação e aptidão da tripulação.

RELAÇÃO ENTRE INCAPACIDADE JUDICIAL E INAPTIDÃO MÉDICA

A análise dos testemunhos sobre a relação entre a IPP atribuída judicialmente e a inaptidão médica para o voo revela um consenso entre os participantes: os dois conceitos são juridicamente e funcionalmente distintos, e a atribuição de incapacidade laboral não implica automaticamente inaptidão aeronáutica. O foco do regulamento médico está na capacidade funcional do tripulante para exercer todas as funções essenciais da sua atividade.

MA2 explica que a regulamentação da EASA define de forma criteriosa “quais são as funções do tripulante de cabine”, e que a avaliação médica visa verificar “se ele se enquadra ou não se enquadra nessas funções” (Anexos, MA2, l68). Esta abordagem está em conformidade com o MED.C.025 da Parte MED do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), que exige que o candidato possua aptidão física e mental necessária para desempenhar, sem restrições impeditivas, as funções atribuídas.

Assim, mesmo perante uma limitação ou incapacidade parcial judicial, se o tripulante mantiver a capacidade funcional, poderá continuar a exercer a profissão: “se tiver condições para as desempenhar, mesmo com uma limitação, pode continuar” (Anexos, MA2, l68).

Os entrevistados salientam que a IPP atribuída no âmbito jurídico ou securitário, frequentemente resulta de critérios compensatórios e não funcionais. Como observa MA2, “o tripulante poderá continuar a exercer funções, mesmo com uma incapacidade permanente parcial, desde que essa incapacidade não afete o desempenho de todas as funções” (Anexos, MA2, l68). MA1 reforça que essas incapacidades “são mais simbólicas, digamos, para compensar a pessoa por algo que foi subtraído em termos do seu capital de saúde” (Anexos, MA1, l64).

Esta natureza compensatória é ilustrada com exemplos práticos: “quando se diz que a pessoa teve um acidente e ficou com 10% de incapacidade, se calhar a pessoa faz tudo, mexe tudo [...] e é uma coisa até mais estética do que funcional” (Anexos, MA1, l64). Nesses casos, o médico aeronáutico não se baseia na percentagem judicial, mas sim na capacidade real de cumprir os requisitos operacionais, em conformidade com o

MED.A.015 (decisões baseadas em critérios clínicos verificáveis) e o MED.C.005 (avaliações médicas obrigatórias para tripulantes) (Easy Access Rules for Aircrew, 2024).

Por conseguinte, MA1 conclui: “se a pessoa, mesmo assim, quer voar e cumpre os requisitos que o regulamento prevê, é possível ter algum grau de incapacidade desse foro e, ainda assim, estar a voar”. A única exceção ocorre quando há uma limitação funcional direta e permanente: “se houver uma limitação funcional para o desempenho de uma das funções de tripulante de cabine, então, claro que isso leva a uma inaptidão permanente” (Anexos, MA2, l72). Esta condição corresponde ao previsto no MED.B.001 (condições gerais de saúde) e no MED.C.020 (requisitos de aptidão para tripulantes), que determinam a inaptidão sempre que a deficiência comprometa de forma relevante a execução segura das funções.

4.3.6 ESTATÍSTICAS, TENDÊNCIAS E DESAFIOS REGULATÓRIOS

ESTATÍSTICAS E LACUNAS

A análise dos testemunhos sobre as estatísticas de inaptidão permanente de tripulantes revela uma perceção consensual: os casos de inaptidão definitiva são raros e representam uma percentagem muito reduzida do total de certificações, embora não existam bases de dados sistemáticas ou estudos atualizados que permitam quantificá-los com rigor.

Tanto MA1 como MA2 admitem que não existe uma estatística formal consolidada sobre inaptidões permanentes em Portugal. MA2 afirma de forma direta: “Não. Não existe estatística nenhuma” (Anexos, MA2, l74). MA1 reforça essa limitação: “Não posso. Infelizmente não posso. É um estudo que devia ser feito”, sinalizando a necessidade de dados sistematizados para melhor compreensão e gestão do fenómeno (Anexos, MA1, l68).

Apesar disso, ambos partilham estimativas baseadas na sua experiência clínica. MA2 refere: “eu diria que é inferior a 5%”, acrescentando que “a percentagem é realmente baixa. Muito baixa”. Esta perceção é sustentada por um registo muito reduzido de casos: “lembro-me de ter dois casos de inaptidões definitivas em todos estes anos” — um por acidente de viação e outro por trauma psicológico após um incidente com um raio (Anexos, MA2, l76).

MA1 sugere uma taxa ainda mais reduzida: “há de ser muito pequeno — inferior a um por cento, seguramente” (Anexos, MA1, 172). Esta percepção reflete não apenas a raridade dos casos, mas também a resiliência física e psicológica dos tripulantes, bem como os mecanismos previstos pela Parte MED do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011) (ex.: limitações condicionais em MED.A.020(c), reavaliações periódicas em MED.C.005), que permitem prolongar a atividade de forma segura sempre que possível. Estudos anteriores, como o de Pombal et al., (2005), confirmam a baixa incidência de exclusão definitiva, ainda que alertem para a importância de monitorização epidemiológica contínua.

EVOLUÇÃO RECENTE DOS CASOS DE INAPTIDÃO PERMANENTE

A análise dos testemunhos sobre a evolução recente dos casos de inaptidão permanente em tripulantes de cabine revela a ausência de dados estatísticos atualizados e uma percepção generalizada de estabilidade na frequência desses casos. Tanto MA1 como MA2 indicam que, apesar da importância do tema, não há evidência empírica de aumento ou diminuição significativa no número de diagnósticos de IPATH entre tripulantes.

Questionado sobre a existência de uma tendência recente, MA2 é sucinto: “não” (Anexos, MA2, 178). A resposta aponta para a estabilidade na incidência de casos de inaptidão definitiva atribuída por incapacidade permanente, sem registo de alterações substanciais nos últimos anos.

MA1 vai no mesmo sentido, acrescentando: “não identifico assim. Pronto, repito, não tenho um estudo objetivo para lhe dar — é uma boa ideia. Mas não identifico uma tendência. Diria que não” (Anexos, MA1, 174). Esta afirmação reconhece simultaneamente a falta de estudos sistemáticos sobre o tema e a utilidade de se desenvolver investigação nesse domínio, evidenciando uma lacuna relevante em termos de monitorização epidemiológica no setor da aviação civil.

Ambos os testemunhos revelam, assim, uma percepção empírica de estabilidade, mas sem suporte em dados longitudinais consolidados. A ausência de tendência identificável pode dever-se à eficácia dos mecanismos de vigilância médica e das limitações

condicionais que permitem prolongar a atividade de forma segura, mesmo em presença de condições clínicas.

HARMONIZAÇÃO REGULAMENTAÇÃO EASA E REGULAMENTAÇÃO NACIONAL

A análise dos testemunhos evidencia uma perceção de convergência normativa e ausência de discrepâncias formais significativas entre a regulamentação europeia e a nacional. Este alinhamento resulta do facto de o Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), incluindo a Parte MED e respetivos apêndices, ser diretamente aplicável em todos os Estados-Membros, conforme o disposto no artigo 288.º do Tratado sobre o funcionamento da União Europeia, (2016), dispensando transposição formal. Em Portugal, a ANAC atua como autoridade competente designada ao abrigo da Parte ARA, assegurando a supervisão e aplicação da regulamentação europeia.

MA2 é claro ao afirmar que “as regulamentações da ANAC seguem as da EASA” e que “não vejo que haja qualquer discrepância entre uma e outra”. Segundo o mesmo entrevistado, o regulamento europeu é “vertido *ipsis verbis*, por tradução, para a legislação portuguesa” e qualquer divergência eventual só poderá decorrer de “um lapso de transcrição” (Anexos, MA2, l80). Isto demonstra que a harmonização formal e textual é, em regra, garantida, o que facilita a atuação dos médicos aeronáuticos e das entidades reguladoras nacionais, assegurando uniformidade de critérios na avaliação de aptidão médica conforme pontos MED.A.015 e MED.A.020 do Regulamento 1178/2011 (2011).

MA2 reforça essa ideia ao referir que “é mais fácil para a ANAC seguir a regulamentação da EASA do que estar a criar legislação própria” (Anexos, MA2, l80). Este alinhamento evita duplicações normativas e assegura que as decisões sobre aptidão ou inaptidão sejam tomadas com base em critérios europeus uniformizados, promovendo a mobilidade e a coerência no setor da aviação civil.

Contudo, MA1 também aponta uma zona de fricção importante: “o que pode haver é a tal dissociação com o que se passa do lado da lei do trabalho, que corre em paralelo” (Anexos, MA1, l75). Esta observação remete para os conflitos que podem surgir entre a certificação médico-aeronáutica, estruturada em requisitos técnicos e funcionais definidos pela EASA, e a legislação laboral portuguesa, regida por princípios de proteção

dos direitos do trabalhador e critérios indemnizatórios previstos na Lei n.º 7/2009, (2009) e no regime jurídico de acidentes de trabalho, Lei n.º 98/2009, (2009), que não coincidem necessariamente com os padrões de aptidão definidos na regulamentação europeia de segurança operacional.

ADEQUAÇÃO AO QUADRO REGULAMENTAR

A análise dos testemunhos sobre a adequação da regulamentação atual no domínio da avaliação médico-aeronáutica revela uma visão globalmente positiva por parte dos médicos participantes, embora com reconhecimento de limitações pontuais, sobretudo em áreas de maior complexidade clínica, como a saúde mental. A regulamentação é considerada suficientemente robusta e flexível para permitir decisões fundamentadas e ajustadas à realidade funcional dos tripulantes.

MA1 considera que “o atual [quadro regulamentar] está razoável”, acrescentando que “não identifico problemas grandes”. Reconhece que “não está perfeita, de forma nenhuma”, pois “tem sempre partes ‘gagas’ — como em tudo — mas não está propriamente problemática” (Anexos, MA1, l78). Esta avaliação sugere que, embora a regulamentação não seja isenta de imperfeições, funciona adequadamente como base normativa para a prática clínica e regulatória.

Um dos pontos positivos destacados é o grau de prescrição equilibrado do regulamento aplicado aos tripulantes, que “não está demasiado prescritivo” e, por isso, “dá alguma margem, maior, para introduzirmos alguma flexibilidade na avaliação caso a caso”. Esta margem interpretativa, prevista nas disposições gerais da Parte MED e enquadrada pela MED.B.001, é essencial numa área marcada pela diversidade de quadros clínicos e pela necessidade de decisões individualizadas, sem comprometer a segurança operacional (Easy Access Rules for Aircrew, 2024).

No entanto, MA2 chama a atenção para zonas de indefinição clínica, em especial na avaliação psiquiátrica: “a área da psiquiatria é sempre um bocado cinzenta, e mesmo entre psiquiatras há uns que são capazes de dizer ‘isto não é nada’ e outros que consideram que não há condições para voar”. Apesar de afirmar que “está perfeitamente regulamentado”, reconhece que “há sempre áreas cinzentas” (Anexos, MA2, l82). Este testemunho aponta para a necessidade de interpretação clínica

cuidadosa e concertação entre profissionais, particularmente em áreas menos objetiváveis, em consonância com o princípio de avaliação multidisciplinar constante do ponto MED.C.030.

DOENÇAS EMERGENTES E RISCOS OCUPACIONAIS

A análise dos testemunhos revela preocupações crescentes com riscos ambientais pouco estudados, como a exposição a vapores contaminantes nos sistemas de ventilação das aeronaves, e com a possibilidade de uma regulamentação demasiado específica que comprometa a flexibilidade clínica e a empregabilidade.

Um dos temas mais sensíveis é a eventual existência de síndrome aerotóxica, associada à inalação de vapores de óleos queimados nos sistemas de ar condicionado. MA2 refere: “começam a aparecer algumas situações, nomeadamente em certos aviões, com a inalação — não se sabe bem de quê — mas inalação de fumos através dos ares condicionados”. Observa ainda que “há tripulantes que se sentem mal, especialmente os que estão na parte traseira do avião”, alertando para efeitos crónicos potenciais: “pode não causar doenças agudas, mas pode causar doenças crónicas” (Anexos, MA2, l84).

MA1, contudo, ressalva que “isso não existe como patologia, embora saiba que existe a designação de síndrome aerotóxica para isso”. Acrescenta que “pode haver coisas associadas [...] desde perturbações de ansiedade a outras situações, de irritabilidade de vias aéreas”, mas insiste na ausência de uma definição nosológica clara (Anexos, MA1, l82).

Na falta de um enquadramento clínico formal, a avaliação continua a basear-se nos princípios gerais da Parte MED do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, 2011), em especial o MED.B.001, que exige que os candidatos não apresentem condições suscetíveis de se agravar de forma súbita ou de comprometer a segurança operacional.

Ambos os médicos manifestam reserva quanto à criação de normas excessivamente específicas. MA1 observa que “adicionar regulamentação muito específica para patologias muito específicas parece, à primeira vista, uma boa ideia”, mas adverte para o risco de “rigidificar as coisas” e “prender o tripulante a um item de regulamento que foi pensado em termos genéricos para proteger as pessoas, mas que não foi pensado

para as exceções” (Anexos, MA1, l80). A preocupação centra-se na importância de manter avaliações funcionais individualizadas, em vez de criar exclusões automáticas para cada nova sintomatologia.

Esta preocupação está alinhada com a defesa de uma abordagem individualizada e funcional, especialmente face à natureza variável das reações clínicas: “cada tripulante tem a sua situação, muito pessoal e particular”, e “não vejo grande vantagem em tornar as coisas ainda mais específicas”. Caso contrário, como afirma MA1, “cada vez que houvesse uma patologia ou uma sintomatologia, os tripulantes tinham que ficar inaptos” (Anexos, MA1, l82).

PROPOSTAS DE MELHORIA DOS PROCESSOS MÉDICOS E REGULATÓRIOS

A análise dos testemunhos sobre propostas de melhoria dos processos médicos no contexto da certificação de tripulantes evidencia que, embora os participantes considerem os procedimentos atuais globalmente adequados, identificam áreas com margem para desenvolvimento, sobretudo na saúde mental e no apoio entre pares, que poderiam reforçar a eficácia e a humanização do sistema.

De forma geral, MA2 defende que “a legislação que temos e os equipamentos de que dispomos são suficientes para fazer uma avaliação geral da situação clínica dos candidatos ou dos próprios tripulantes”. Reforça que “não vejo necessidade de fazer grandes alterações às exigências atuais” e que “não vejo razão nenhuma para tornarmos o processo mais penalizador” (Anexos, MA2, l86). MA2 defende que “a legislação que temos e os equipamentos de que dispomos são suficientes para fazer uma avaliação geral da situação clínica dos candidatos ou dos próprios tripulantes”. Acrescenta: “não vejo necessidade de fazer grandes alterações às exigências atuais” e “não vejo razão nenhuma para tornarmos o processo mais penalizador” (Anexos, MA2, l86). Esta perspetiva está em linha com o princípio da proporcionalidade consagrado no MED.A.015, que obriga a que as decisões se baseiem em critérios clínicos verificáveis e proporcionais à função (Easy Access Rules for Aircrew, 2024).

MA1 partilha da mesma opinião, afirmando que “as coisas têm-se movimentado no caminho certo”. Contudo, ambos os entrevistados reconhecem desafios específicos persistentes, sobretudo no domínio da saúde mental. MA1 é claro ao apontar a

dificuldade de avaliação: “tem demasiados fatores subjetivos, é extremamente complexo e difícil” e lamenta a inexistência de “instrumentos médicos objetivos para a avaliação da saúde mental” (Anexos, MA1, l86).

Nesse sentido, ambos valorizam fortemente os *peer support groups*. Para MA1, “a coisa mais importante na saúde mental que aconteceu — e que pode acontecer — nem é tanto os médicos e a avaliação médica, é a questão dos *peer support groups*, dos quais eu sou, desavergonhadamente, partidário”. Destaca o papel destes grupos na identificação precoce e na prevenção do agravamento de situações clínicas: “têm um valor incrível em termos de até de prevenção — de que coisas pequenas se transformem em coisas maiores” (Anexos, MA1, l86). Esta abordagem é coerente com as orientações da ED Decision 2018/012/R, (2018), emitidas após o acidente da *Germanwings* em 2015⁷⁰, que tornaram obrigatória para pilotos, a implementação de programas de apoio entre pares em companhias aéreas europeias.

MA2 acrescenta que há áreas clínicas ainda mal compreendidas ou mal valorizadas no passado: “certas queixas eram consideradas pouco sérias e hoje já são aceites como doenças reais — como, por exemplo, a dor crónica generalizada sem causa identificada” (Anexos, MA2, l86).

Por outro lado, MA2 afirma que é feita uma crítica a abordagens excessivamente normativas adotadas noutros contextos: “em alguns países, especialmente na Ásia, aplicam uma bateria de testes muito abrangentes”, mas isso pode “afastar pessoas que, na prática, têm capacidade funcional”. Esta crítica reforça a defesa de avaliações personalizadas e funcionais, em consonância com o Regulamento (EU) n.º 2018/1139, (2018), que, no seu artigo 23.º, encarrega a Comissão de adotar regras sobre certificação e avaliação médica da tripulação de cabine, seguindo os princípios do artigo 4.º (proporcionalidade e abordagem baseada no risco) e os objetivos do artigo 1.º de segurança operacional.

⁷⁰ Acidente da *Germanwings* (voo 4U9525, 24.3.2015): Queda deliberada de um A320 nos Alpes franceses, com 150 vítimas mortais, que motivou alterações europeias em matéria de avaliação psicológica de pilotos e programas de apoio de pares (Regulamento (EU) n.º 965/2012, 2012).

4.4 A AUTORIDADE NACIONAL DA AVIAÇÃO CIVIL

4.4.1 PERFIL DO ENTREVISTADO E ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL: UM PERCURSO SUSTENTADO NA MEDICINA AERONÁUTICA INSTITUCIONAL

O percurso profissional do participante ANAC1 reflete uma especialização sólida e continuada na área da MA, ancorada em competências clínicas reconhecidas e num envolvimento direto com os mecanismos de certificação e supervisão médica dos profissionais da aviação civil. A sua experiência revela não apenas um domínio técnico da prática clínica, mas também um conhecimento aprofundado do quadro regulamentar europeu, acumulado ao longo de duas décadas de atividade no setor.

Formado em medicina desportiva, com competências específicas em medicina hiperbárica, subaquática e aeronáutica, ANAC1 iniciou a sua ligação ao setor por motivação pessoal: “Iniciei a minha atividade ligada à aeronáutica pelo interesse nos ambientes extremos e fiz a minha primeira formação formal em medicina aeronáutica no ano já de 2004”. Este ponto de partida reflete uma orientação inicial para os contextos de exigência fisiológica e ambiental elevada, que se coaduna com os requisitos particulares da medicina aplicada à aviação.

Após a formação inicial, foi recrutado para exercer funções como Examinador Médico Aeronáutico, à época designado Examinador Médico Autorizado, no âmbito do antigo Instituto Nacional de Aviação Civil⁷¹ (INAC) e da estrutura regulamentar da JAA, predecessora da atual EASA. Desde então, desempenhou funções ininterruptas de certificação médica, com responsabilidade direta sobre a avaliação de pilotos e tripulantes de cabine.

O marco institucional mais relevante da sua carreira ocorreu em 2019, quando assumiu funções como *Medical Assessor*⁷² da Autoridade Nacional de Aviação Civil: “No final de 2019, com a aposentação do Dr. [...], que me precedeu, recebi o convite para concorrer

⁷¹ Instituto Nacional de Aviação Civil: Autoridade nacional de aviação civil portuguesa criada pelo Decreto-Lei n.º 133/98, de 15 de maio (substituiu a DGAC), reorganizada como INAC, I.P. pelo Decreto-Lei n.º 145/2007, de 27 de abril, e posteriormente transformada na Autoridade Nacional de Aviação Civil com aprovação de estatutos pelo Decreto-Lei n.º 40/2015, de 16 de março (Decreto-Lei n.º 40/2015 de 16 de Março, 2015; Decreto-Lei 133/98 de 15 de Maio, 1998; Decreto-Lei 145/2007 de 27 de Abril, 2007).

⁷² *Medical Assessor*: Médico da autoridade licenciadora com funções decisórias e de parecer especializado em certificação médico-aeronáutica; recebe referências de AME/AeMC em casos clínicos, e detém competência, designadamente, para impor/retirar limitações operacionais nos termos do Anexo IV (Parte-MED) (*Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa – Processo n.º 27397/19.6T8LSB.L1-4*, 2024; Regulamento de Execução (EU) n.º 2019/27, 2018).

às funções de *Medical Assessor* [...]. Desde então, cessei as funções como examinador médico e passei a exercer estas funções [...] na área da supervisão, da regulamentação e dos regulamentos europeus na autoridade”.

Este cargo insere-se na estrutura da ANAC e traduz uma mudança significativa no plano funcional — da avaliação clínica individual para a supervisão técnica e regulatória dos processos de certificação médico-aeronáutica, alinhada com as diretrizes da EASA. A experiência acumulada nas duas frentes, examinador e avaliador, confere ao entrevistado uma visão abrangente dos desafios técnicos, legais e institucionais da certificação médica na aviação comercial.

PAPEL DA ANAC E RELAÇÃO COM A EASA: FUNÇÃO SUPERVISORA E AMBIGUIDADE TERMINOLÓGICA

O testemunho de ANAC1 permite compreender com clareza o enquadramento da ANAC enquanto autoridade aeronáutica nacional, bem como o seu papel específico no domínio da avaliação médica dos tripulantes de cabine. A sua intervenção evidencia não só as funções atribuídas à ANAC pela regulamentação europeia, mas também algumas ambiguidades terminológicas e funcionais que influenciam a interpretação e aplicação prática das normas.

Desde logo, o participante faz uma distinção fundamental entre os conceitos de “certificação médica” e “avaliação médica”, explicando que, no caso dos tripulantes de cabine, o uso do termo “certificação” é incorreto: “O termo 'certificação médica' não está correto para os tripulantes de cabine, portanto, é a avaliação médica”. Esta diferenciação, longe de ser meramente semântica, tem implicações diretas na aplicação dos regulamentos europeus, uma vez que o tipo de documento emitido e o seu valor jurídico são distintos. O médico esclarece: “Eu digo que 'certificação médica' não é o termo correto porque os tripulantes de cabine [...] não obtêm, depois do exame médico, um certificado médico, mas sim aquilo que, pelo regulamento, se chama de relatório médico. [...] Esta diferença de nomenclatura altera toda a aplicação ou interpretação que se queira fazer” (Anexos, ANAC1, I.6). Esta distinção está igualmente refletida no Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), que introduziu a avaliação médica periódica dos tripulantes de cabine em vez da emissão de certificados médicos, e foi posteriormente clarificada pelo Regulamento de Execução (EU) n.º 2019/27, (2018), precisamente para corrigir ambiguidades de tradução e aplicação.

Na prática, os tripulantes de cabine são submetidos a avaliação médica por um examinador autorizado, sendo o respectivo resultado consignado num relatório, e não num certificado médico, como sucede com os pilotos. Esta distinção tem reflexos diretos na configuração do papel da ANAC. Em sentido oposto ao percebido e testemunhado por MA1 e MA2, e de acordo com o participante ANAC1, a autoridade não profere decisões clínicas nem emite pareceres médicos formais sobre a aptidão, atuando antes como instância de supervisão: “O Departamento de Certificação Médica, portanto, na minha pessoa — neste momento sou o único *Medical Assessor* da ANAC — funciona como um apoio à decisão tomada pelos médicos, pelos examinadores médicos ou pelos centros: um apoio de confirmação, de consolidação da sua decisão ou, eventualmente, de aconselhamento” (Anexos, ANAC1, l. 6). Nesse sentido, e segundo o mesmo testemunho, uma decisão de um AeMC não é passível de escalonamento hierárquico para a autoridade, porquanto a ANAC não realiza JM a tripulantes de cabine, conclusão que, todavia, se revela controversa face às percepções dos diversos intervenientes, cf. Tabela 26.

Tabela 26 - Papéis institucionais na avaliação médica de tripulantes de cabine

Fonte: Elaboração própria com consulta a Lei n.º 7/2009, Lei n.º 102/2009, Regulamento (EU) n.º 1178/2011, Regulamento (EU) n.º 290/2012, Regulamento de Execução (EU) n.º 2019/27 e Anexo I ICAO

Entidade	Competência Principal	Decide Aptidão?	Pode Rever Decisão?	Documento	Observações
MT	Aptidão laboral para o posto (SST)	Sim (aptidão/in aptidão funcional)	Não há hierarquia formal; pode reavaliar o próprio parecer	Ficha de (In)Aptidão	Apenas âmbito laboral. Pode declarar inapto para funções específicas mesmo com aptidão aeronáutica.
AME	Avaliação médico-aeronáutica (Classe 2 e CC)	Sim (decisão Part—MED)	Sim; pode rever decisões próprias (outro AME não é instância de recurso)	<i>Medical Report</i>	Instância regulatória; decisões podem ser alteradas por AeMC.
AeMC	Avaliação médico-aeronáutica (Classe 1, 2 e CC)	Sim (decisão Part—MED)	Sim; pode alterar decisão do AME	<i>Medical Report</i>	Referência e recurso sobre AME. Para CC não há instância clínica superior; pode haver nova avaliação noutra AeMC com transferência de processo. ANAC pode

					ser consultada (não vinculativa).
ANAC	Supervisão/ uniformização ; emissão do <i>Cabin Crew Attestation</i>	Não (para tripulantes de cabine)	Não cl clinicamente; apenas consultiva	<i>Cabin Crew Attestation</i>	Apoio técnico a AeMC/AME; não decide clinicamente sobre aptidão de tripulantes de cabine.

Além dessa função de apoio técnico, a ANAC é responsável pela emissão do *Cabin Crew Attestation*, documento que comprova que o tripulante reúne os requisitos exigidos para o exercício da profissão, nos termos da regulamentação europeia. A este respeito, a Alteração ao procedimento de emissão de atestados de tripulantes de cabine, (2021) clarifica que a terminologia correta é “Atestado de tripulante de cabine” e não “certificado”, reforçando o papel da autoridade nacional na uniformização do processo. A supervisão da ANAC incide, assim, sobre a conformidade dos procedimentos e a atuação dos centros de MA e dos examinadores médicos, não sobre o conteúdo específico das avaliações.

4.4.2 LEGISLAÇÃO E AVALIAÇÃO MÉDICO-AERONÁUTICA

LEGISLAÇÃO APLICÁVEL: ESTRUTURA REGULAMENTAR EUROPEIA, ATUALIZAÇÕES TÉCNICAS E IMPLICAÇÕES NA AVALIAÇÃO MÉDICA

O regime jurídico que rege a avaliação médica dos tripulantes de cabine encontra-se atualmente ancorado em fontes normativas de natureza europeia, com destaque para o Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), que estabelece os requisitos técnicos e operacionais relacionados com licenças e qualificações de pessoal da aviação civil. Segundo ANAC1, este é “o regulamento que se aplica às tripulações aéreas — pilotos e tripulantes de cabine — mais especificamente o seu Anexo IV, que é a parte MED” (Anexos, ANAC1, I.8). A Parte MED define os critérios médicos mínimos exigidos, a periodicidade dos exames, as condições de aptidão ou inaptidão, e os procedimentos a adotar em casos clínicos que suscitem dúvidas quanto à capacidade para o exercício da função aérea.

Este regulamento insere-se numa arquitetura normativa mais ampla, que tem como base o Regulamento (EU) n.º 2018/1139, (2018), substituto do anterior Regulamento

(EU) n.º 216/2008⁷³, (2008), no quadro da política de harmonização promovida pela EASA. Tal como refere ANAC1, trata-se do instrumento central que “regulamenta tudo o que tem a ver com a aviação” e que constitui “o quadro da regulamentação europeia relativamente às tripulações aéreas” (Anexos, ANAC1, I.8). Este regulamento estabelece os princípios gerais de segurança, formação, certificação e supervisão no domínio da aviação civil, atribuindo competências às autoridades nacionais, como a ANAC, e obrigando à aplicação uniforme dos seus anexos.

Importa ainda salientar que o Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), embora publicado há mais de uma década, tem vindo a ser sujeito a alterações regulares, quer por via de regulamentos de execução, quer por atos delegados que visam atualizar e adaptar os seus conteúdos técnicos. O participante refere que “desde a sua publicação, tem vindo a ser variavelmente alterado, atualizado. [...] Uma vez interfere na parte MED, outras vezes não”, o que exige vigilância permanente por parte dos profissionais e entidades envolvidas. Uma dessas alterações relevantes ocorreu com a publicação do Regulamento de Execução (EU) n.º 2019/27, (2018), em 19 de dezembro de 2018, que introduziu modificações ao conteúdo da Parte MED e cuja aplicação prática foi incorporada na versão consolidada do regulamento: “Sim. Sim. Portanto, o 27/2019 foi uma alteração ao regulamento que foi publicada em 2019. Depois disso, já houve alterações em 2020” (Anexos, ANAC1, I.10).

Estas atualizações não são apenas formais, têm impacto direto na definição de critérios clínicos de aptidão, no reconhecimento de determinadas patologias como impeditivas, na clarificação dos requisitos de acompanhamento médico e nos mecanismos de supervisão dos centros de MA. A existência de uma base regulatória comum a todos os Estados-Membros da UE visa garantir uniformidade, transparência e segurança operacional, mas também coloca desafios às autoridades nacionais, que devem garantir a correta aplicação das normas e a sua adaptação à realidade local.

⁷³ Regulamento (CE) n.º 216/2008 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 20 de fevereiro de 2008: Estabelece regras comuns no domínio da aviação civil e cria a Agência Europeia para a Segurança da Aviação (Regulamento (EU) n.º 216/2008, 2008).

ARTICULAÇÃO NORMATIVA: RELAÇÃO ENTRE REGULAMENTAÇÃO EUROPEIA, DIREITO NACIONAL E PRÁTICA INSTITUCIONAL

O regime aplicável à aptidão médica dos tripulantes de cabine é marcado por uma articulação complexa entre três níveis normativos e institucionais: o quadro legal europeu, a regulamentação nacional e os requisitos internos definidos por cada companhia aérea. Esta multiplicidade de fontes pode gerar sobreposição, descoordenação ou, pelo contrário, complementaridade regulatória, dependendo da clareza dos limites de cada instância. O testemunho de ANAC1, fornece uma visão detalhada desta estrutura interligada.

Em primeiro lugar, o especialista é claro ao afirmar que “a regulamentação nacional submete-se à regulamentação europeia” (Anexos, ANAC1, I.12), reafirmando o princípio da primazia do direito da UE, conforme consagrado no artigo 288.º do Tratado sobre o funcionamento da União Europeia, (2016), e aplicado de forma direta no setor da aviação civil através dos regulamentos da EASA. Esta subordinação significa que os Estados-Membros, incluindo Portugal, não podem emitir normas ou práticas contrárias ao disposto no Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), ou no Regulamento (EU) n.º 2018/1139, (2018).

A estrutura normativa europeia concretiza-se, no plano funcional, através de dois instrumentos: o *Cabin Crew Attestation* e o *Medical Report*. Como explica ANAC1, “existe uma...uma qualificação geral [...] que é consubstanciada pelo atestado — portanto, o documento em que a autoridade reconhece a legalidade do exercício de funções de tripulante de cabine que cumpriu os planos de formação — portanto, isso decorre da regulamentação europeia” (Anexos, ANAC1, I.12). Já o *Medical Report*, emitido pelo AME ou pelo AeMC, atesta a conformidade do tripulante com os critérios médicos gerais exigidos para a função.

No que respeita à definição de inaptidão definitiva, o sistema jurídico distingue entre pilotos comerciais e restantes tripulantes. A ANAC tem competência formal para declarar a inaptidão dos pilotos, mas, segundo ANAC1, “para todos os restantes pilotos não comerciais e para os tripulantes de cabine, essa incapacidade é atribuída pela Segurança Social, mediante a compilação de um documento”. Esta duplicidade de instâncias pode gerar interpretações divergentes, mas o médico esclarece que, mesmo nesses casos, “a Segurança Social não se pode, ou não pode, contrariar a decisão de

inaptidão dada pela medicina aeronáutica, pelo Examinador Médico Aeronáutico, pelo Centro de Medicina Aeronáutica — mais ou menos apoiado pela opinião da autoridade” (Anexos, ANAC1, I.12).

Por fim, há que considerar a existência de requisitos específicos definidos pelas companhias aéreas, que podem ser “mais ou menos restritivos em relação aos requisitos gerais” (Anexos, ANAC1, I.12). Esta margem de discricionariedade por parte dos empregadores insere-se na lógica de gestão operacional e de segurança, mas levanta questões sobre a uniformidade dos critérios de afastamento dos tripulantes por razões médicas.

REQUISITOS PARA AME E AeMC: EXIGÊNCIA TÉCNICA, FORMAÇÃO ESPECIALIZADA E LIMITES DE JURISDIÇÃO

A estrutura de avaliação médica na aviação civil europeia, tal como aplicada em Portugal, assenta em dois tipos principais de entidades clínicas com competência certificadora: os AME e os AeMC. Ambos são regulados no âmbito da Parte MED do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), mas a sua certificação e funcionamento prático dependem também de exigências nacionais específicas, conforme explicado pelo testemunho do *Medical Assessor* da ANAC.

Em primeiro lugar, para se ser AME no espaço EASA, é obrigatória a realização de um curso de MA. O tipo de curso depende do grupo de tripulantes a avaliar: “para ser um Examinador Médico Aeronáutico no espaço EASA, precisa ter um curso de medicina aeronáutica — que poderá ser a versão básica, se for apenas para emitir certificados médicos de classe 2 (portanto, para pilotos particulares e para a avaliação de tripulantes de cabine) — ou, no caso dos pilotos de classe 1, terá que ter um curso avançado”. Em Portugal, contudo, essa distinção entre versões não é operacionalizada, existindo apenas uma via reconhecida: “o único curso que é reconhecido é o curso de medicina aeronáutica organizado pela Força Aérea Portuguesa, que cumpre logo com os requisitos do avançado” (Anexos, ANAC1, I.14).

Além da formação, há requisitos adicionais de natureza profissional e infraestrutural: “os médicos têm que ser especialistas e têm que ter instalações adequadas”. As instalações, por sua vez, devem estar reconhecidas pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), sendo esta verificação competência daquela entidade e não da ANAC: “a

autoridade não interfere na verificação das instalações — apenas constata que elas existem e que cumprem com os requisitos mínimos para se fazer exames médicos aeronáuticos” (Anexos, ANAC1, I.14).

Importa ainda notar que o exercício da atividade está limitado à jurisdição nacional. A ANAC apenas reconhece AME inscritos na Ordem dos Médicos portuguesa, o que exclui, na prática, médicos estrangeiros sem registo em Portugal: “isso impede, muitas vezes, pedidos de certificação de médicos estrangeiros, ou que pretendem efetuar exames médicos aeronáuticos sob alçada da autoridade portuguesa no estrangeiro, porque não temos jurisdição legal sobre esses aspetos” (Anexos, ANAC1, I.14).

Já os AeMC, ao contrário dos AME isolados, podem realizar exames médicos iniciais de Classe 1, exigidos, por exemplo, para pilotos comerciais. Esta é uma das principais distinções funcionais: “enquanto os Examinadores Médicos Aeronáuticos isolados [...] apenas podem fazer classe 2 iniciais e tripulantes de cabine iniciais, os centros é que podem fazer classe 1 iniciais” (Anexos, ANAC1, I.14).

Os AeMC devem cumprir requisitos adicionais, incluindo a proporcionalidade entre o volume de trabalho e o número de AME integrados, a nomeação de um responsável com experiência acumulada e a implementação de sistemas de gestão e segurança clínica: “um Centro de Medicina Aeronáutica não é apenas um conjunto de Examinadores Médicos Aeronáuticos — é um conjunto de Examinadores Médicos Aeronáuticos, de instalações adequadas para o seu exercício e de um conjunto de requisitos de gestão, e gestão da segurança, etc., para poder funcionar” (Anexos, ANAC1, I.14).

DIFERENÇAS REGULAMENTARES ENTRE PILOTOS E TRIPULANTES DE CABINE: ENQUADRAMENTO MÉDICO E IMPLICAÇÕES OPERACIONAIS

No contexto da certificação médico-aeronáutica, os regulamentos europeus estabelecem diferenciações claras entre os requisitos aplicáveis aos pilotos e aos tripulantes de cabine, ainda que ambos estejam abrangidos pelo mesmo quadro normativo geral, nomeadamente o Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), e a sua Parte MED, cf. evidenciado pela Tabela 27. O testemunho de ANAC1, esclarece estas

diferenças, sublinhando os fundamentos operacionais e de segurança que justificam o grau de exigência diferenciado.

Embora afirme que “as diferenças globais são mínimas, de um modo geral”, o participante reconhece que o regulamento aplicável aos pilotos “é muito mais específico e extenso do que o dos tripulantes de cabine, por questões de segurança”. Esta maior complexidade regulatória prende-se com o risco operacional: uma incapacitação súbita de um piloto tem consequências mais imediatas e graves para a segurança de voo do que a de um tripulante de cabine. O especialista explica: “Portanto, uma incapacitação súbita num piloto é potencialmente mais grave do que uma incapacitação súbita num tripulante de cabine” (Anexos, ANAC1, l.16).

Tabela 27 - Diferenças regulamentares na avaliação médico-aeronáutica entre pilotos e tripulantes de cabine

Fonte: Elaboração própria com consulta a Anexo I ICAO, Regulamento (EU) n.º 1178/2011, Regulamento (EU) n.º 290/2012 e Regulamento de Execução (EU) n.º 2019/27

Tema	Pilotos	Tripulantes de Cabine	Justificação da Diferença
Documento Clínico	Certificado Médico Classe 1 (ou 2, não comerciais)	<i>Medical Report</i> (relatório, não certificado)	A regulamentação europeia distingue entre certificação (pilotos) e avaliação (tripulantes), com valor jurídico distinto.
Exames Iniciais	Sempre em AeMC	AME ou AeMC	Exigência técnica superior nos exames de pilotos.
Risco Operacional	Incapacitação súbita crítica para a segurança de voo	Impacto menos imediato na operação	O risco dos pilotos é direto; o dos tripulantes é relevante, mas menos crítico.
Centralização de Dados	Processos centralizados na ANAC	Processos mantidos em AME/AeMC	A centralização nos pilotos garante rastreabilidade em funções de maior risco.
Via de Recurso	Escalonamento: AME → AeMC → ANAC	Escalonamento: AME → AeMC; ANAC apenas consultiva	O recurso dos pilotos é mais robusto devido à criticidade das suas funções.

Não obstante esta diferença de risco, ambos os grupos profissionais são sujeitos a requisitos médicos ajustados às suas funções específicas. Assim, como sublinha ANAC1, “têm que ser enquadrados os requisitos a avaliar nas funções a desempenhar. Portanto, as funções dos tripulantes de cabine não são as funções do piloto e, portanto, os requisitos podem ser mais ou menos restritivos para cada uma das partes” (Anexos, ANAC1, l.16). Esta observação aponta para o princípio da adequação funcional na

avaliação médica, ou seja, a aptidão é determinada não em termos absolutos, mas em função das tarefas concretas e das exigências psicofísicas do cargo.

Enquanto os pilotos necessitam de um certificado médico de Classe 1, os tripulantes de cabine são apenas sujeitos a uma avaliação médica que resulta num relatório, não num certificado formal. Esta distinção, já clarificada pelo Regulamento de Execução (EU) n.º 2019/27, (2018), tem implicações práticas relevantes, sobretudo em termos de formalização, controlo e possibilidades de revalidação da aptidão. Além disso, a própria estrutura legal europeia, consolidada no Regulamento (EU) n.º 2018/1139, (2018), reforça a uniformidade destes requisitos e a sua aplicação pelas autoridades nacionais competentes, como a ANAC.

4.4.3 AVALIAÇÃO MÉDICA E INAPTIDÃO PERMANENTE

CRITÉRIOS DE INAPTIDÃO: ESTABILIDADE CLÍNICA, PREVISIBILIDADE DE AGRAVAMENTO E REGULAMENTAÇÃO EUROPEIA

A determinação da inaptidão médica de um tripulante de cabine, seja temporária ou definitiva, obedece a critérios técnicos previstos na regulamentação europeia, Parte MED do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), os quais têm como objetivo último a proteção da segurança da operação aérea. O testemunho de ANAC1, clarifica esses fundamentos, sublinhando que a certificação médico-aeronáutica, embora não se traduza na emissão de um “certificado” formal para tripulantes, segue exigências rigorosas de avaliação de risco funcional.

Segundo o especialista, a inaptidão é declarada sempre que o tripulante não cumpre os requisitos mínimos para o exercício das suas funções a bordo: “No âmbito da certificação médico-aeronáutica, o tripulante de cabine tem que cumprir com os requisitos necessários ao exercício das suas funções. Mas, se não cumprir, não pode ser considerado apto” (Anexos, ANAC1, I.20). Trata-se, portanto, de uma avaliação técnica objetiva, baseada na compatibilidade entre o estado de saúde do profissional e as exigências operacionais da função aérea.

A inaptidão pode assumir carácter temporário, quando se prevê recuperação ou reabilitação, ou ser considerada permanente, quando a condição clínica revela prognóstico desfavorável e ausência de reversibilidade funcional. O critério central, explica o participante, é a previsibilidade de agravamento: “Se se trata de uma patologia

que sabemos que não vai melhorar ou que vai agravar, esse é o principal critério, em apoio aos requisitos que vêm mencionados no regulamento” (Anexos, ANAC1, I.20).

Estes critérios não são arbitrários, mas sim definidos com base nas normas da EASA, que têm como objetivo garantir a uniformização das práticas médicas no espaço europeu e maximizar a segurança dos voos comerciais. Como assinala o médico, “os requisitos médicos, quer para pilotos, quer para tripulantes de cabine, se estão submetidos a um regulamento europeu, o que pretende esse regulamento europeu é ser um contributo para um aumento da segurança” (Anexos, ANAC1, I.22).

Importa ainda salientar que os regulamentos da EASA podem ser mais exigentes do que os da ICAO. ANAC1 observa que, “em algumas coisas, [o regulamento europeu] é mais restritivo do que o regulamento global, que é o regulamento da ICAO”, o qual se aplica apenas a pilotos e controladores de tráfego. Já no caso dos tripulantes de cabine, o regulamento internacional relevante é o da IATA, menos uniforme e com variações de país para país: “Existe um outro regulamento da IATA, que se aplica a tripulantes de cabine genérico. E daí, os critérios são muito diferentes de país para país” (Anexos, ANAC1, I.22).

Dentro do espaço europeu, o critério de avaliação é mais homogéneo: “O nosso critério, mais ou menos uniforme dentro daquilo que é possível, aplica-se ao espaço EASA, tanto os países da UE, como os países extra-UE que fazem parte da EASA” (Anexos, ANAC1, I.22).

AValiação Médica dos Tripulantes: Ausência de Lista Fechada e Aplicação do Princípio Individualizado

Ao contrário de outros modelos normativos baseados em listas taxativas de patologias impeditivas, a avaliação da aptidão médica dos tripulantes de cabine no espaço europeu, e particularmente em Portugal, rege-se por uma lógica predominantemente individualizada. Esta abordagem, prevista na Parte MED do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), permite uma maior flexibilidade e adaptação à realidade clínica de cada profissional, mas levanta desafios quanto à uniformidade e previsibilidade das decisões de inaptidão, sobretudo quando comparada com o regime aplicável aos pilotos.

De acordo com ANAC1, *Medical Assessor* da ANAC, “não existe uma lista fechada de patologias” aplicável aos tripulantes de cabine (Anexos, ANAC1, I.24). Esta ausência de uma codificação normativa exaustiva permite ao examinador médico uma margem de interpretação significativa na análise da condição clínica do profissional. Enquanto que no caso dos pilotos existe uma relação mais clara entre patologia e inaptidão, ancorada em regulamentos internacionais e critérios médicos definidos, nos tripulantes o julgamento clínico assume primazia.

O especialista refere ainda que, “mesmo para patologias que, no caso dos pilotos, são... pertencem a uma lista fechada, no caso dos tripulantes de cabine nem sempre pertencem” (Anexos, ANAC1, I.24). Este contraste revela uma assimetria entre categorias profissionais, justificada em parte pelas diferentes exigências funcionais e riscos operacionais. No entanto, tal assimetria pode dar origem a critérios desiguais de acesso, manutenção ou exclusão da profissão, sobretudo quando não existem orientações claras para o avaliador médico.

A abordagem individualizada é defendida como adequada à diversidade de quadros clínicos e à evolução das doenças ao longo do tempo. Segundo ANAC1, essa avaliação depende “da evolução” da condição do tripulante, sendo ponderadas variáveis como a idade, o tempo de serviço, a resposta ao tratamento e o impacto funcional da doença no desempenho das funções a bordo.

Contudo, no que respeita ao exame médico inicial, o médico é perentório quanto à necessidade de adotar uma postura mais cautelosa. Defende que, em determinadas situações, deve prevalecer a inaptidão mesmo quando a patologia, à data da avaliação, ainda não é totalmente incapacitante: “Se bem que, para algumas situações em início de carreira ou num exame médico inicial, por vezes é preferível considerar a patologia existente, mesmo que no momento ainda permita o exercício de funções, é sempre preferível considerá-la como incapacitante. Porque estamos a criar expectativas e estamos a permitir um investimento de formação numa carreira que sabemos que vai ser necessariamente muito curta” (Anexos, ANAC1, I.24).

Esta posição revela a tensão entre o princípio da precaução médica e o direito à autodeterminação profissional, abrindo espaço para discussão ética e jurídica sobre o equilíbrio entre segurança, prognóstico clínico e oportunidades de carreira.

DECISÃO MÉDICA, HIERARQUIA DE ENTIDADES E A NÃO EXISTÊNCIA DE UMA JUNTA MÉDICA CENTRALIZADA

Ao contrário do que sucede noutros sistemas de avaliação clínica, como a segurança social ou os tribunais, o modelo português, apoiado na regulamentação EASA, estabelece um sistema escalonado de decisão e recurso, assente em patamares clínicos funcionais e no princípio da autoridade clínica por níveis.

Segundo o entrevistado, “na medicina, a responsabilidade é sempre de quem assume um diagnóstico ou assume uma determinada decisão”. No contexto da avaliação médica de tripulantes de cabine, este princípio traduz-se num sistema em que a decisão inicial pertence ao AME, podendo ser objeto de recurso para uma instância superior: “nós podemos ter o caso de um tripulante de cabine que vai a um determinado Examinador Médico Aeronáutico e ele considera que deve ficar inapto. Ele tem o direito de recorrer para o patamar acima, que é um Centro de Medicina Aeronáutica” (Anexos, ANAC1, I.28).

Este segundo nível, o AeMC, não atua como mera instância consultiva, mas como entidade com autoridade legal para alterar a decisão do examinador, conforme esclarece o especialista: “se o Centro de Medicina Aeronáutica discordar do outro médico, o Centro tem autoridade legal para alterar a decisão. Não há qualquer impedimento”. Esta possibilidade de reversão decorre diretamente do quadro regulamentar europeu previsto no Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), Parte MED, que regula a certificação dos AME e a competência dos AeMC.

A prática de recurso pode seguir também o sentido inverso, como o ANAC1 assinala: “pode o tripulante de cabine achar que está inapto e o médico aeronáutico dizer que está apto. Não é uma situação frequente, mas pode perfeitamente acontecer”. A eventual consulta à ANAC, nesses casos, é facultativa e serve como forma de legitimar a decisão do AeMC perante o regulador, mas a opinião da ANAC não tem valor vinculativo: “aquilo que é boa prática, embora não seja obrigatório, no fundo, para o centro se defender da decisão que tem, é consultar a autoridade [...]. Mas a opinião da autoridade não é vinculativa, podem manter a decisão” (Anexos, ANAC1, I.32).

Importante notar que não existe um mecanismo europeu centralizado para resolver divergências entre centros de diferentes países. Assim, um tripulante considerado

inapto em Portugal pode legalmente procurar avaliação noutro Estado-Membro da EASA. Como refere ANAC1: “nada impede que o tripulante que discorda da decisão de inaptidão de um centro, em Portugal, vá a Espanha, desde que...quer dizer, desde que não esconda nada, desde que forneça todas as informações acerca do seu processo” (Anexos, ANAC1, I.32). Essa possibilidade implica, contudo, a transferência formal do processo clínico e do atestado de uma autoridade nacional para outra, em conformidade com o quadro previsto no Regulamento (EU) n.º 2018/1139, (2018), que assegura o reconhecimento mútuo das decisões no espaço europeu.

Finalmente, há uma assimetria clara entre pilotos e tripulantes quanto à centralização dos dados clínicos. Nos pilotos, “a autoridade competente centraliza os processos clínicos dos pilotos”, o que não sucede com os tripulantes: “no caso dos tripulantes de cabine, isso não acontece, nem em Portugal, nem noutro Estado. E o próprio documento médico, o relatório médico, também não está submetido à autoridade competente” (Anexos, ANAC1, I.40).

CONTESTAÇÃO E TRANSPARÊNCIA: LIMITES DA REVISÃO CLÍNICA E VIA JUDICIAL COMO ÚLTIMO RECURSO

O sistema europeu de avaliação médico-aeronáutica permite, no plano formal, algum grau de contestação interna das decisões de inaptidão. No entanto, a via judicial permanece, na prática, o único mecanismo de recurso pleno, sobretudo quando estão em causa decisões que resultam numa exclusão definitiva da atividade profissional. O testemunho de ANAC1 esclarece de forma inequívoca os limites das vias clínicas e administrativas, e distingue claramente entre inaptidão médica regulada e decisões empresariais sobre adequação funcional.

O primeiro nível de contestação possível, no caso de discordância com a decisão de um examinador médico, é o recurso a um AeMC. Esta possibilidade, como o especialista já tinha explicado, corresponde a um segundo patamar clínico com autoridade legal para reavaliar a decisão. No entanto, conforme detalha nesta parte do testemunho, “um dos aspetos é recorrer para o Centro de Medicina Aeronáutica, sabendo que, à partida, o centro irá consultar a autoridade” (Anexos, ANAC1, I.42). A consulta à ANAC, embora não vinculativa, serve de apoio técnico ao centro, sobretudo em casos complexos ou controversos, em conformidade com o papel de supervisão previsto na regulamentação EASA.

Contudo, se a decisão de inaptidão for mantida, mesmo após essa reavaliação, o tripulante fica limitado à via judicial: “Pode a autoridade continuar com a mesma opinião de inaptidão e o tripulante considerar que deve...que precisa de contestar. Para isso, tem o recurso às vias judiciais, é o único modo de contestar essa decisão” (Anexos, ANAC1, I.42). Esta afirmação confirma que não existe um mecanismo administrativo independente ou uma instância superior especializada na aviação civil que funcione como terceira instância médica ou de mediação técnica, como acontece noutros sistemas, por exemplo, na segurança social ou na função pública.

Outro aspeto sublinhado pelo especialista é a distinção entre inaptidão clínica e a decisão da companhia aérea sobre o exercício de funções. Afirma: “Estamos a falar de uma decisão de inaptidão em medicina aeronáutica, que não é a mesma coisa que uma decisão de inaptidão para o exercício de funções numa determinada companhia aérea” (Anexos, ANAC1, I.42). Esta diferenciação é essencial: um tripulante pode ser considerado clinicamente apto segundo os critérios regulatórios europeus, mas ser excluído pela companhia aérea por não reunir os requisitos internos específicos de desempenho, saúde ou segurança operacional exigidos naquela empresa.

O médico reforça esta distinção, alertando que a aptidão médica reconhecida por um centro não garante a permanência do tripulante ao serviço da mesma empresa: “O tripulante pode ser considerado pela companhia como inapto para as funções a exercer naquele ambiente específico daquela empresa, e continuar a cumprir com os requisitos gerais de tripulante de cabine para outra empresa” (Anexos, ANAC1, I.42). Esta assimetria entre as exigências clínicas e os critérios operacionais das companhias traduz um espaço de vulnerabilidade para o trabalhador, cuja aptidão médica não é suficiente para garantir a sua estabilidade laboral.

REVERSÃO DA INAPTIDÃO MÉDICA: CONDIÇÕES CLÍNICAS, OBSTÁCULOS JURÍDICOS E CENÁRIOS ALTERNATIVOS

A inaptidão médica definitiva atribuída a tripulantes de cabine não constitui, em todos os casos, um encerramento absoluto e irreversível da carreira aeronáutica. Como salienta ANAC1, “nós, em medicina, a única coisa que é definitiva é a morte. Tudo o resto, embora possamos ter um elevado grau de probabilidade de um determinado desfecho, estamos sempre sujeitos a outros que não os esperados” (Anexos, ANAC1, I.44). Esta afirmação sintetiza a possibilidade real, embora excecional, de reversão da

decisão de inaptidão, desde que apoiada em evolução clínica favorável e no cumprimento rigoroso dos requisitos regulatórios.

Segundo o especialista, após uma decisão de inaptidão, abrem-se três caminhos possíveis para o tripulante: “Uma decisão de inaptidão em medicina aeronáutica, portanto, inaptidão para o exercício das funções de tripulante de cabine, poderá ter três caminhos. Um é o recurso à pensão de invalidez da Segurança Social [...]. Outra é não seguir a via da Segurança Social e, eventualmente, ter um seguro de invalidez [...]. E depois, se houver uma reversão da decisão, suspende essa coisa. Ou a terceira via é um tripulante que não faz nada e arranja outro emprego sem mais” (Anexos, ANAC1, l.44).

A via da Segurança Social, embora legalmente admissível, constitui um dos maiores entraves à reversão prática da inaptidão, como o próprio reconhece: “Se optar pela primeira via, portanto indivíduos já com uma carreira mais avançada, com direito a uma pensão, etc., é muito complicado tentar reverter a decisão de inaptidão, porque isso vai implicar uma reversão da invalidez atribuída pela Segurança Social, com reposição dos montantes recebidos, etc., etc. Isso é complicado” (Anexos, ANAC1, l.44). Neste cenário, a reversão exige não apenas nova avaliação médica, mas também a renúncia aos benefícios sociais já atribuídos, o que, para muitos profissionais, é juridicamente difícil ou economicamente inviável.

No segundo cenário, em que o tripulante tenha um seguro de invalidez, a reversibilidade dependerá das cláusulas contratuais. O médico refere que “dependendo das cláusulas, que eu não tenho conhecimento, mas do ponto de vista teórico, poderá ser possível reverter. Houve uma melhoria, entretanto” (Anexos, ANAC1, l.44). Neste caso, a suspensão do pagamento da cobertura poderá ocorrer sem necessidade de devolução de verbas, desde que o seguro o permita.

A terceira hipótese, frequentemente aplicada a profissionais jovens com carreiras ainda curtas, consiste no abandono da profissão sem ativação de mecanismos de compensação: “Isso pode acontecer, sobretudo, em indivíduos muito jovens, que não têm direito a uma pensão de invalidez, nada disso sequer, são declarados aposentados inválidos para aquela profissão, mas não recebem nada porque não tiveram descontos” (Anexos, ANAC1, l.44).

Do ponto de vista formal, não há impedimento da parte da ANAC à reversão da decisão de inaptidão, desde que a reavaliação médica demonstre o cumprimento dos critérios clínicos exigidos: “Da parte da autoridade não” (Anexos, ANAC1, l.46). Contudo, qualquer tentativa de retomar funções exige também que o tripulante esteja desvinculado de obrigações anteriores junto da segurança social ou de companhias seguradoras. Este enquadramento resulta da articulação entre o regime aeronáutico europeu e o sistema nacional de proteção social, estabelecido no Regulamento (EU) n.º 2018/1139, (2018), em matéria de competência das autoridades nacionais.

4.4.4 DESAFIOS ATUAIS E PROPOSTAS DE MELHORIA

DIFICULDADES ATUAIS E REFORMAS NECESSÁRIAS: CENTRALIZAÇÃO, RECURSOS HUMANOS E HERANÇA INSTITUCIONAL

A atual configuração do sistema de avaliação médica dos tripulantes de cabine, embora funcional, apresenta limitações estruturais e operacionais que dificultam a sua consolidação como um modelo verdadeiramente uniforme e equitativo. O testemunho do *Medical Assessor* da ANAC, identifica com clareza dois grandes desafios: a ausência de centralização dos processos clínicos e a escassez de RH na autoridade nacional para exercer funções de supervisão sistemática.

Segundo o especialista, “existem...eu colocaria dois desafios grandes. Um tem a ver com uma equiparação à certificação médica dos pilotos, nomeadamente uma certa centralização dos processos clínicos, para que seja feita uma supervisão das avaliações médicas e tentar manter uma certa uniformização de critérios” (Anexos, ANAC1, l.48). Esta observação remete para a assimetria existente entre pilotos e tripulantes de cabine: enquanto os processos clínicos dos pilotos são arquivados e revistos de forma centralizada, garantindo rastreabilidade e coerência, os dos tripulantes permanecem dispersos pelas entidades avaliadoras, geralmente, os AeMC ou AME.

Apesar de reconhecer esta lacuna no modelo atual, ANAC1 assinala que, em Portugal, a prática tem mitigado o risco de disparidade de critérios: “Não sei se existe disparidade de critérios ou não...quer dizer, eu sei que não existe, porque nós somos um grupo de Examinadores Médicos Aeronáuticos relativamente pequeno, conheço-os a todos, e temos a prática de, em caso de dúvida, consultar a autoridade. Portanto, temos — neste aspeto, na prática — não temos esse problema” (Anexos, ANAC1, l.48). No entanto,

alerta para o facto de que esta realidade não é necessariamente extensível a outros países, onde o universo de examinadores é maior, mais descentralizado ou menos coordenado.

A possibilidade de centralizar os processos clínicos dos tripulantes, à semelhança do que acontece com os pilotos, esbarra numa dificuldade estrutural: a dimensão do universo a avaliar. O número de tripulantes de cabine é muito superior ao dos pilotos, o que implica uma carga logística e administrativa difícil de suportar por parte das autoridades nacionais: “O universo de tripulantes de cabine é muito superior ao universo dos pilotos e, portanto, isso implicaria uma grande necessidade de recursos humanos ao nível da autoridade para exercer essas funções. Portanto, é difícil” (Anexos, ANAC1, I.48).

Além dessas limitações operacionais, o médico identifica uma razão histórica e institucional para o menor grau de exigência regulamentar atualmente aplicável aos tripulantes. Segundo explica, “penso que grande parte desta aparente displicência regulamentar relativa aos tripulantes de cabine assentou essencialmente no trabalho que era feito, até antes de haver a regulamentação europeia, pelas companhias aéreas, que, no fundo, eram as entidades certificadoras e de avaliação dos requisitos médicos dos tripulantes de cabine” (Anexos, ANAC1, I.48). Ou seja, antes da entrada em vigor do Regulamento (EU) n.º 216/2008, (2008) e, posteriormente, do Regulamento (EU) n.º 2018/1139, (2018), a avaliação médica dos tripulantes estava a cargo das próprias companhias.

Apesar das limitações formais dessa estrutura descentralizada, ANAC1 reconhece que, na prática, “o trabalho médico ao nível das companhias era, e é, de um modo geral, bem conduzido” (Anexos, ANAC1, I.48). Este reconhecimento do profissionalismo clínico não anula, no entanto, a necessidade de dotar o sistema de maior consistência, rastreabilidade e padronização, que só poderá ser assegurada com reforço institucional e eventual revisão normativa.

PROPOSTAS DE MELHORIA: ACESSO CONDICIONADO À FORMAÇÃO, PREVENÇÃO DE SURPRESAS MÉDICAS E INTERVENÇÃO REGULAMENTAR

Uma das principais fragilidades estruturais do sistema de avaliação médica dos tripulantes de cabine, identificada pelo participante, reside no facto de o exame médico

não ser exigido antes do início da formação profissional, permitindo que candidatos invistam em cursos sem saberem se reúnem os requisitos mínimos de aptidão. Esta lacuna regulamentar, resultante da atual redação da Parte MED do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), gera condições propícias a situações de frustração pessoal e de desperdício económico, afetando simultaneamente os formandos e as companhias aéreas.

ANAC1 identifica de forma crítica esta tendência de mercantilização da formação, referindo: “Consigo identificar um problema que nós detetámos empiricamente, no sentido de a formação curricular — formação escolar, chamemos-lhe assim — dos tripulantes de cabine ter passado a ser genérica...e um negócio. É o negócio da formação. [...] baseiam-se na quantidade de clientes que conseguem angariar e, portanto, tentam sempre que os requisitos sejam os mais baixos possíveis” (Anexos, ANAC1, I.50).

Neste contexto, as escolas que oferecem cursos de tripulante de cabine, muitas vezes privadas, não estão obrigadas a verificar previamente se o candidato cumpre os requisitos médicos exigidos à profissão. Como explica o médico, “nada obriga que o curso de formação de um tripulante de cabine, com a consequente emissão do atestado — do *Attestation* —, implique o cumprimento dos requisitos médicos” (Anexos, ANAC1, I.52). O *Cabin Crew Attestation*, previsto no Regulamento (EU) n.º 965/2012, (2012), apenas exige a verificação desses requisitos no momento em que o candidato for contratado por uma companhia aérea.

Esta situação tem levado à ocorrência de casos em que candidatos, após concluírem a formação e mesmo anos depois, são confrontados com a sua inaptidão médica apenas no momento em que surge uma oportunidade de emprego: “Podemos ter casos de indivíduos que fizeram o curso de tripulante de cabine há dois ou três anos e que nunca fizeram o exame médico, e agora surgiu uma hipótese de eventualmente serem contratados por uma companhia aérea e têm que apresentar o documento médico. E, às vezes, há surpresas” (Anexos, ANAC1, I.52).

Entre essas “surpresas”, destacam-se as inaptidões decorrentes de critérios mais objetivos e fechados, como os visuais e auditivos. Ao contrário de outras condições clínicas que podem ser avaliadas caso a caso, o especialista destaca que “há algumas

listas fechadas, nomeadamente nos requisitos visuais e auditivos. Esses aí são relativamente fechados e, portanto, grandes desvios desses requisitos impedem a aptidão médica para o exercício das funções” (Anexos, ANAC1, I.52).

Como solução, o especialista defende uma alteração à regulamentação europeia, no sentido de tornar obrigatória a verificação dos requisitos médicos antes do acesso ao curso de formação, e não apenas no momento da contratação. Ainda que essa proposta já tenha sido sugerida, reconhece que “as regulamentações europeias demoram muito tempo a ser mudadas”, refletindo a rigidez do sistema normativo europeu e a necessidade de pressão institucional para a sua reformulação.

TEMAS EMERGENTES: AVANÇOS TECNOLÓGICOS, SUPERVISÃO MÉDICA DESCENTRALIZADA E DILEMAS PROSPETIVOS

O sistema atual de avaliação médica dos tripulantes de cabine, já de si complexo e multifatorial, enfrenta novos desafios perante tendências tecnológicas, operacionais e regulatórias que começam a despontar no setor da aviação. No seu testemunho, o *Medical Assessor* da ANAC, identifica algumas dessas preocupações emergentes, desde o impacto da automação nas funções da tripulação até à evolução do papel das companhias aéreas na supervisão médica dos seus trabalhadores.

Um dos pontos que se destaca é a eventual introdução de aeronaves operadas por um único piloto, o que poderá alterar significativamente o equilíbrio das responsabilidades a bordo e, por consequência, aumentar a exigência funcional colocada sobre os tripulantes de cabine. Como explica o médico: “Aquilo que se perspectiva de futuro — ou que tentam perspectivar — que são as aeronaves de piloto único. E isso poderá implicar maiores exigências para o pessoal de cabine. Isso poderá...não sei até que ponto, porque estes problemas, quando nos colocam muitas reticências, temos tendência a não pensar muito neles, tentamos que seja um problema para não ser resolvido” (Anexos, ANAC1, I.54). A reflexão, embora prudente, sugere um possível reposicionamento das funções dos tripulantes no futuro, em resposta à redefinição das hierarquias operacionais a bordo.

Outro aspeto identificado como emergente é o regresso do interesse institucional pela verificação sistemática dos atestados médicos, não só por parte da autoridade reguladora como também das companhias aéreas. ANAC1 recorda que, até há pouco

tempo, havia “pouco interesse na verificação da existência dos atestados, por parte da autoridade, por parte das companhias”, mas este cenário está a mudar. E esclarece: “Mesmo os *Medical Reports*, os relatórios médicos, os documentos médicos de aptidão também eram pouco considerados a nível das companhias, porque as próprias companhias faziam a sua seleção e avaliação médica”. A centralização da avaliação na autoridade, embora desejável sob o ponto de vista da uniformidade, esbarra na dificuldade prática de supervisão de um universo tão vasto como o dos tripulantes: “Se os serviços funcionarem bem, penso que não devemos propor grandes alternativas — isso no sentido de centralizar essa avaliação nas autoridades — por um número excessivo de candidatos. Portanto, iria dificultar muito o controlo” (Anexos, ANAC1, I.56).

O entrevistador propõe, a este propósito, que uma eventual centralização da avaliação médica pudesse ter um efeito de valorização do estatuto profissional do tripulante, dando “um pouquinho mais esse...peso [...] certificatório”. Contudo, o médico relativiza essa perspetiva, explicando que a aptidão clínica não garante a permanência operacional, uma vez que os critérios das companhias podem ser mais restritivos, tanto para pilotos como para tripulantes de cabine: “Um piloto pode ser considerado inapto numa companhia aérea por não cumprir com os requisitos necessários. [...] Pode perfeitamente acontecer. E o piloto continua apto, perfeitamente apto, sem qualquer tipo de limitação para o exercício das funções de piloto. Não cabe é ali” (Anexos, ANAC1, I.58).

Esta analogia aplica-se diretamente aos tripulantes de cabine: o atestado médico garante a conformidade com os requisitos mínimos de segurança, mas não assegura compatibilidade com as exigências específicas de uma determinada empresa ou frota.

4.5 A RESPONSABILIDADE SOCIAL CORPORATIVA

4.5.1 IDENTIFICAÇÃO E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

PERCURSO PROFISSIONAL E EXPERIÊNCIA EM RESPONSABILIDADE SOCIAL CORPORATIVA: DA CULTURA DE SEGURANÇA À SUSTENTABILIDADE HUMANA

O percurso profissional de RSC1 oferece uma perspetiva singular sobre a relação entre cultura de segurança aeronáutica e RSC, marcada por uma longa carreira na Força Aérea

norte-americana e, mais recentemente, pela implementação de práticas institucionais na Companhia Aérea B. O seu testemunho evidencia uma abordagem profundamente integrada, onde a segurança operacional, o bem-estar humano e o compromisso organizacional se cruzam como dimensões inseparáveis.

RSC1 descreve uma experiência de 25 anos ao serviço da Base Aérea das Lajes, dos quais 12 foram passados no *Safety Office*, exercendo funções como *Safety Manager*⁷⁴, *Weapons Safety Manager*⁷⁵ e *Occupational and Safety Health Manager*⁷⁶. Assume que foi neste contexto multidisciplinar e operacionalmente exigente que desenvolveu as suas competências de liderança e gestão do risco: “O *Safety* da Força Aérea, onde trabalhei, era um *Safety Office* com várias disciplinas [...] com *Subject Matter Experts* em áreas específicas que tinham um impacto direto na aviação” (Anexos, RSC1, I.4).

É nesse ambiente que tem o primeiro contacto com a lógica da responsabilidade social — embora não como conceito formalizado, mas como prática imersiva e orientada por missão. RSC1 salienta: “nas organizações responsabilidade social não é uma declaração, é uma prática instituída, em que [...] *Mission first, people essential*⁷⁷”. A filosofia da *United States Air Force* (USAF), segundo descreve, dispensava certificados formais e apostava numa cultura organizacional em que a valorização das pessoas era parte integrante da eficácia operacional: “precisava de papel apenas para me organizar no cumprimento do que tinha para com as pessoas, e não para fazer cumprir aquilo que apenas prometi fazer” (Anexos, RSC1, I.4).

Ao transitar para o setor civil, RSC1 é convidado por [...] a implementar na Companhia Aérea B um Gabinete de Impacto Social — missão que ele próprio reinterpreta como “relação social, segurança e saúde”, no âmbito dos três pilares ESG — *Environmental*,

⁷⁴ *Safety Manager*: Função prevista no quadro EASA para operadores aéreos, atuando como ponto focal responsável pelo desenvolvimento, administração e manutenção do Sistema de Gestão da Segurança e pelo suporte à sua implementação; definida em AMC1 ORO.GEN.200(a)(1) e desenvolvida em GM (competências e responsabilidades), em articulação com o Anexo 19 e o Doc 9859 – *Safety Management Manual* da ICAO (Annex 19 to the Convention on International Civil Aviation: Safety Management, 2016; International Air Transport Association, 2018).

⁷⁵ *Weapons Safety Manager*: Responsável, ao nível de instalação/unidade, pela gestão do Weapons Safety Program (segurança de munições/explosivos) - incluindo conformidade com normas, formação de representantes, avaliação de riscos e aconselhamento ao comando - conforme definido no DAFI 91-202 – *The Department of the Air Force Mishap Prevention Program*, no DESR 6055.09 / DAFMAN 91-201 – *Explosives Safety Standards* e em suplementos de comando (United States Department of Defense, 2024).

⁷⁶ *Occupational Health and Safety Manager*: Gestor de saúde e segurança no trabalho, responsável pela coordenação do sistema de gestão de SST (cumprimento legal, avaliação e controlo de riscos, investigação de acidentes, formação, consulta/participação dos trabalhadores, monitorização de desempenho e melhoria contínua) (Lei n.º 102/2009 de 10 de setembro, 2009).

⁷⁷ *Mission first, people essential* (var. consagrada: “*Mission first, people always*”): Máxima de liderança difundida nas Forças Armadas dos EUA, em particular na U.S. Air Force, que afirma a primazia da missão sem descuidar o cuidado pelos efetivos (Hamm, 2005).

*Social and Governance*⁷⁸. Esta reconceptualização da RSC parte de uma abordagem sistêmica e centrada no ser humano, com base em quatro “condicionalismos”: condição física, fisiológica, psicológica e psicossocial. “Se eu não estiver bem fisicamente, por ter uma doença; psicologicamente, por ter um problema de saúde mental; ou se não tiver uma boa relação com os outros, eu não consigo desempenhar as minhas funções” (Anexos, RSC1, I.4).

Para RSC1, o verdadeiro valor da RSC está na capacidade da empresa de dar algo de volta às suas partes interessadas, nomeadamente colaboradores, fornecedores e comunidade, como reconhecimento ético e funcional pela contribuição de cada um para o sucesso organizacional. Essa reciprocidade, a seu ver, “enquadra-se perfeitamente hoje nas empresas” (Anexos, RSC1, I.4).

4.5.2 POLÍTICA DE RESPONSABILIDADE SOCIAL CORPORATIVA

EXISTÊNCIA DE POLÍTICA FORMAL DE RSC: ENTRE A ESTRUTURA INSTITUCIONAL E A FLEXIBILIDADE HUMANA

O testemunho de RSC1, representante da Companhia Aérea B, evidencia a existência de uma política estruturada de resposta aos acidentes de trabalho e à limitação funcional de tripulantes, refletindo um compromisso institucional com os princípios da RSC. A abordagem da empresa assenta numa lógica de prevenção, reintegração e adaptação funcional, embora com limites reconhecidos, sobretudo no que toca à natureza das funções desempenhadas a bordo.

Segundo RSC1, a política da Companhia Aérea B estabelece que “após cada acidente de trabalho, o PNC volta a uma consulta de Medicina do Trabalho”, cuja função é dupla: “garantir que o trabalho não agrava o estado de saúde da pessoa, e que o acidente de trabalho garante a rápida reintegração desse trabalhador em contexto laboral” (Anexos, RSC1, I.6). Esta prática encontra respaldo no artigo 281.º da Lei n.º 7/2009, (2009), que prevê a obrigatoriedade de exames médicos adequados para avaliar a aptidão do

⁷⁸ *Environmental, Social and Governance*: Conceito que traduz a avaliação do desempenho organizacional em três dimensões fundamentais: ambiental (impacto ecológico e sustentabilidade), social (relações laborais, direitos humanos, impacto comunitário) e de governança (transparência, ética e estruturas de decisão). Este enquadramento é amplamente utilizado por investidores, reguladores e *stakeholders* para medir a responsabilidade social e ambiental das empresas, estando alinhado com a (Centro de Informação Regional das Nações Unidas para a Europa Ocidental (UNRIC), 2016; Diretiva 2014/95/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 22 de outubro de 2014, 2014).

trabalhador, bem como na Lei n.º 102/2009, (2009), que consagra os deveres de prevenção e vigilância da saúde laboral.

O testemunho refere ainda um cuidado “muito, muito particular em avaliar o grau de limitação”, sendo este o ponto de partida para um eventual processo de adaptação do posto de trabalho. De facto, a Lei n.º 98/2009, (2009), prevê que, em caso de incapacidade parcial, devem ser asseguradas medidas de reintegração profissional, sempre que possível, conforme artigo 283.º do Código de Trabalho e artigo 15.º da Lei n.º 98/2009, (2009). No entanto, no caso dos tripulantes de cabine, tal adaptação revela-se difícil devido à natureza estritamente regulamentada da função a bordo. Como refere RSC1, “quando essa adaptação não é possível, devido à limitação física do trabalhador, existe um processo paralelo para encontrar outras funções em terra compatíveis com a doença em causa” (Anexos, RSC1, I.6).

Este procedimento encontra-se ainda formalizado em instrumentos de regulamentação coletiva, designadamente nos acordos de empresa celebrados entre as companhias aéreas A e B e o Sindicato A, que preveem mecanismos de afetação a funções terrestres ou administrativas em casos de inaptidão para o voo. Esta formalização confere legitimidade contratual e previsibilidade, reforçando o princípio da segurança no emprego consagrado no artigo 53.º da Constituição da República Portuguesa, (1976).

Paralelamente, RSC1 menciona a existência de “apoios no sentido de mitigar a perda da licença médica e do exercício da atividade”, bem como de “mecanismos próprios, em alguns casos, bem-sucedidos; noutros casos, com algum desconforto, que tentamos corrigir através da aceitação de certos compromissos entre as partes” (Anexos, RSC1, I.6). Estes apoios correspondem, em parte, ao que a Lei n.º 98/2009, (2009), designa como prestações de natureza indemnizatória e de reabilitação profissional, cf. artigos 40.º a 52.º.

Não obstante, também se reconhecem situações-limite, em que a manutenção do vínculo laboral não se concretiza: “há ainda outros casos em que a pessoa deixa de ter qualquer ligação à empresa” (Anexos, RSC1, I.6). Esta realidade evidencia os limites jurídicos e operacionais da reconversão funcional, uma vez que, em sede de processos especiais de acidente de trabalho regulados pelo Decreto-Lei n.º 480/1999, (1999), doravante designado por Código de Processo do Trabalho, segundo os artigos 99.º a

147.º, pode ser fixada uma incapacidade permanente, cuja consequência é frequentemente a cessação do vínculo laboral.

PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA RSC: PACIÊNCIA, CONFIDENCIALIDADE E SOLIDARIEDADE COMO BASES DE CULTURA ORGANIZACIONAL

O testemunho de RSC 1, representante da Companhia Aérea B, revela uma abordagem profundamente humanizada à RSC, sustentada não apenas em normativos legais, mas sobretudo em valores organizacionais internalizados, como a paciência, a solidariedade e a confidencialidade. Estes princípios funcionam como pilares éticos e operacionais, orientando a atuação da companhia em situações de doença prolongada, inaptidão temporária ou reintegração funcional de tripulantes.

Segundo RSC1, a primeira exigência é o cumprimento estrito da legislação laboral, o que corresponde ao princípio constitucional dos direitos dos trabalhadores e ao direito à proteção no trabalho previsto no artigo 59.º da Constituição da República Portuguesa, (1976). Contudo, à letra da lei junta-se uma prática quotidiana de disponibilidade ativa: “sempre que o trabalhador precisar de nós, estamos disponíveis” (Anexos, RSC1, I.8). Esta disponibilidade traduz-se num acompanhamento personalizado à condição clínica de cada trabalhador, seja pela marcação de consultas intermédias, seja por reavaliações periódicas realizadas pela MT, em consonância com as obrigações de vigilância da saúde da Lei n.º 102/2009 de 10 de setembro, (2009), cf. artigos relativos aos exames de saúde e vigilância.

Num momento particularmente ilustrativo, o entrevistado resume o princípio geral da política numa única palavra: “paciência” — uma paciência entendida como presença constante, mesmo quando o tempo de afastamento é prolongado: “Algumas pessoas estão cinco ou dez anos afastadas e, quando regressam, nós estamos cá para as receber” (Anexos, RSC1, I.8). Esta paciência remete para a função social da empresa enquanto garante de continuidade do vínculo e de apoio ao trabalhador em situação de incapacidade, princípios igualmente presentes na Lei n.º 98/2009, (2009), que prevê medidas de assistência, reabilitação e reintegração profissional.

Mais adiante, é o próprio investigador que sugere a palavra “solidariedade”, imediatamente validada por RSC1: “Solidariedade. Muito bem. Solidariedade. [...] a

pessoa não deixa de ser nossa funcionária enquanto está de baixa” (Anexos, RSC1, l.10). Esta conceção contrasta com práticas comuns em outras companhias aéreas, onde a cessação do vínculo tende a ocorrer após a declaração de inaptidão definitiva. Ao invés, aqui a manutenção do vínculo simbólico e institucional é apresentada como extensão natural da cultura de RSC, em linha com o princípio constitucional da segurança no emprego conforme o artigo 53.º da Constituição da Republica Portuguesa, (1976).

Outro princípio invocado é o da confidencialidade, aplicado não apenas em matérias de segurança operacional, mas também nas relações interpessoais. RSC1 explica que, em casos de contacto telefónico com trabalhadores em baixa médica, pode emergir receio ou desconfiança. Por isso, a equipa de RSC atua como mediadora, promovendo diálogo e garantindo sigilo: “A confidencialidade não é uma ferramenta exclusiva do Safety Office — também é da solidariedade social e da responsabilidade social” (Anexos, RSC1, l.12). Tal postura encontra suporte nos artigos 16.º e 17.º do CT (Lei n.º 7/2009, 2009), que tutelam a reserva da vida privada e a proteção de dados pessoais dos trabalhadores, em consonância com o Regulamento (EU) n.º 2016/679, (2016), artigo 9.º (dados de saúde).

Esta visão integradora da RSC, que articula a legislação, os fatores humanos e a cultura organizacional, aponta para um modelo de gestão centrado na dignidade da pessoa humana, artigo 1.º da Constituição da Republica Portuguesa, (1976) e na continuidade da condição profissional, mesmo em períodos de fragilidade prolongada, projetando a RSC como elemento estrutural da identidade empresarial.

APLICAÇÃO PRÁTICA DA RSC: ENTRE A NORMA E O EXEMPLO VIVO

A política de RSC da Companhia Aérea B apresenta uma particularidade que a distingue no setor: a sua efetiva operacionalização no terreno, com base em cláusulas do AE e em experiências concretas de reintegração. O testemunho de RSC 1 revela uma visão normativa e pragmática da RSC, que conjuga regras claras com exemplos vivos de transição profissional após inaptidão para o voo.

Segundo o entrevistado, “a forma de fazer isso é assim: há o AE e está lá escrito. Tudo o que diz respeito à saúde e garantias, obrigações entre as partes, está no AE, e está tudo, tudo bem definido” (Anexos, RSC1, l.14). Esta afirmação demonstra que o AE funciona

como instrumento jurídico-contratual que sustenta a política de RSC da empresa, garantindo legitimidade e previsibilidade. Tal estrutura está em consonância com o carácter imperativo das normas de SST no CT, cf. artigos 281.º a 283.º e com a legislação aplicável à prevenção e reparação de acidentes de trabalho.

RSC1 acrescenta que o AE não é apenas uma referência teórica, mas um documento de aplicação prática, como ilustra: “Temos casos na própria sede — de pessoas que eram tripulantes e deixaram de ser” (Anexos, RSC1, l.16). Esta menção a trabalhadores realocados reforça que a reintegração não constitui mera possibilidade abstrata, mas uma prática institucional efetiva, conforme previsto na Lei n.º 98/2009, (2009), que prevê, nos preceitos sobre assistência, reabilitação e reintegração (v. artigo 25.º e seguintes), medidas para trabalhadores vítimas de acidente de trabalho.

A articulação entre a política formal do AE e os exemplos concretos permite consolidar uma cultura organizacional de proteção, em que o discurso empresarial encontra correspondência em ações visíveis, promovendo coerência entre normas internas e responsabilidade social.

PROTOCOLOS INTERNOS DE RSC: ENTRE O ACORDO DE EMPRESA E A FISCALIZAÇÃO ESTATAL

A política de RSC da Companhia Aérea B baseia-se em protocolos internos que conjugam duas dimensões: (i) a normatividade do AE como instrumento central e (ii) a subordinação à legislação nacional, sujeita à fiscalização por entidades externas, nomeadamente a Autoridade para as Condições do Trabalho⁷⁹ (ACT).

RSC1 reafirma a centralidade do AE: “Sempre para o acordo de empresa. Nós temos um...vamos dizer assim [...] temos sempre de ver o que diz o acordo de empresa” (Anexos, RSC1, l.18). Esta repetição sublinha o papel do AE como referencial interno normativo, orientando decisões sobre reconversão, manutenção de vínculo e adaptação de funções.

Contudo, a responsabilidade da empresa não se esgota na autogestão contratual. O entrevistado refere uma situação concreta, envolvendo um trabalhador de assistência

⁷⁹ Autoridade para as Condições do Trabalho: Criada pelo Decreto-Lei n.º 326-B/2007, de 28 de setembro, é o organismo nacional responsável por promover a melhoria das condições laborais e por fiscalizar o cumprimento da legislação relativa ao trabalho e à segurança e saúde no trabalho, dispondo de competências inspetivas, sancionatórias e de aconselhamento (Lei n.º 102/2009 de 10 de setembro, 2009).

em escala, em que foi chamada a ACT para avaliar a conformidade legal: “A direção do trabalho [ACT] vem à empresa, aplica a lei, faz uma auditoria à empresa e determina se não há outras funções que esse trabalhador incapacitado possa exercer” (Anexos, RSC1, I.18). Este mecanismo remete para o regime jurídico da Lei n.º 102/2009, (2009), que prevê a supervisão inspetiva do cumprimento das normas de saúde e segurança.

Segundo RSC1, esta intervenção cumpre dois objetivos essenciais: “manter o emprego efetivo e, ao mesmo tempo, promover a dignidade do ser humano” (Anexos, RSC1, I.18). Esta afirmação concretiza os princípios constitucionais da segurança no emprego, artigo 53.º, e da dignidade da pessoa humana, artigo 1.º da Constituição da República Portuguesa, (1976), que funcionam como fundamentos últimos da política de RSC.

Ainda que o exemplo mencionado diga respeito a um trabalhador de terra, o princípio é transversal: a Companhia Aérea B mobiliza tanto os seus mecanismos internos como aceita a intervenção de entidades fiscalizadoras externas, assegurando que a RSC não é apenas prática voluntária, mas também obrigação auditável e juridicamente vinculada.

4.5.3 GESTÃO DO ACIDENTE E PROCESSO DE INAPTIDÃO

ETAPAS PÓS-ACIDENTE DE TRABALHO: ORGANIZAÇÃO, RESPONSABILIDADE E CENTRALIZAÇÃO DE PROCESSOS

O testemunho de RSC1 revela que a Companhia Aérea B dispõe de um modelo de gestão pós-acidente altamente estruturado e centralizado, que integra os princípios da RSC em cada etapa: desde os cuidados imediatos até ao reporte e reparação de danos. Este modelo marca uma rutura com práticas informais do passado, assegurando maior fiabilidade processual e proteção do tripulante de cabine, frequentemente em situação de vulnerabilidade após acidente de trabalho.

Segundo o entrevistado, o processo inicia-se com a ativação de uma Linha de Saúde da seguradora, responsável por orientar os procedimentos médicos: “a seguradora assume o acidente de trabalho, sempre ou à partida. Determina para onde a pessoa se deverá deslocar [...] que exames fazer” (Anexos, RSC1, I.20). A tramitação é automatizada através de um portal digital, no qual são registadas todas as despesas, assegurando uma articulação direta com a apólice de seguros. O fluxo pós-acidente de trabalho sintetiza-se na Tabela 28.

Tabela 28 - Fluxo pós-acidente de trabalho

Fonte: Elaboração própria com consulta de Lei n.º 98/2009, Lei n.º 7/2009, Lei n.º 102/2009, Decreto-Lei n.º 480/99 e IRCT

Etapas	Quem Aciona	Responsável Principal	Documento / Sistema	Base Normativa	Saída / Entrega
Acidente	Tripulante ou Chefia	Seguradora (Linha de Saúde)	Linha de ajuda / Registo de ocorrência	Lei n.º 98/2009 (definição de AT)	Encaminhamento clínico inicial / Registo
Participação de AT	Empresa	Gabinete SST / RH	Portal digital / Participação de AT	Lei n.º 98/2009 (deveres de participação)	AT participada e validada
Cuidados e Exames	Seguradora	Rede clínica da seguradora	Pedido / Autorização de exames	Lei n.º 98/2009 (assistência ao sinistrado)	Relatórios clínicos
Avaliação MT	Gabinete SST	Serviço de MT	Ficha de aptidão para o trabalho	Lei n.º 7/2009 (281.º-283.º); Lei n.º 102/2009 (vigilância da saúde)	Apto / Apto condicional (com restrições) / Inapto
Comunicação Interna	Gabinete SST	Chefia e Trabalhador	Notificação interna	Lei n.º 102/2009 (deveres SST)	Planeamento e escalas ajustados
Adaptação / Função Terra	Gabinete SST	RH + Área recetora	Proposta escrita de função	Lei n.º 7/2009 283.º; Lei n.º 98/2009 (reabilitação); AE aplicável	Colocação temporária / Definitiva
Conciliação Info / Direitos	RH / Relações Laborais	Chefia e Trabalhador	Ata de conciliação	Decreto-Lei n.º 480/99 (fase conciliatória)	Plano e compromissos
Ativação de Seguros	RH / Dep. Financeiro	Broker / Seguradora	Apólice / Pedido de cobertura	IRCT (seguros complementares)	Coberturas / Indemnizações

A empresa, por seu turno, é notificada automaticamente, assumindo a responsabilidade integral pelo reporte: “a participação de um acidente de trabalho na Companhia Aérea B é exclusivamente da nossa responsabilidade” (Anexos, RSC1, I.20). Esta centralização contrasta com práticas anteriores em que o próprio trabalhador preenchia a participação, muitas vezes com falhas que punham em risco o direito à reparação. Assim, a companhia protege os seus tripulantes de erros formais que poderiam comprometer a elegibilidade ao regime de reparação previsto na Lei n.º 98/2009, (2009), incluindo as disposições sobre assistência clínica e reabilitação (v. artigo 25.º e seguintes).

Ao assumir diretamente a participação do sinistro e transferir o risco financeiro para a seguradora, a empresa promove segurança jurídica, mantendo intactos os direitos do trabalhador. Este procedimento cumpre ainda a exigência da referida lei, que obriga à

existência de mecanismos organizacionais para garantir a proteção da saúde e segurança no trabalho.

Um aspeto particularmente relevante do modelo corporativo é a proteção ampliada conferida aos tripulantes: “todas as doenças, todos os acidentes de trabalho fora da base [...] a responsabilidade da reparação do acidente é da exclusiva responsabilidade da Companhia Aérea B” (Anexos, RSC1, I.20). Esta disposição, consagrada no AE, assegura cobertura em situações de deslocação ou pernoita fora do local de residência, reconhecendo a especificidade do trabalho aéreo. Tal garantia alinha com as disposições da Lei n.º 98/2009, (2009), que abrangem acidentes ocorridos no trajeto/deslocações de serviço.

Deste modo, e segundo o testemunho do participante, a política corporativa da Companhia Aérea B conjuga normatividade legal e contratual com mecanismos internos de gestão, oferecendo uma resposta integrada e protetora que reforça o princípio constitucional da segurança no emprego e proteção da saúde do trabalhador (Constituição da República Portuguesa, 1976), artigos 53.º e 59.º.

COMUNICAÇÃO COM O TRIPULANTE APÓS ACIDENTE: PROXIMIDADE IMEDIATA E ORIENTAÇÃO PERSONALIZADA

A comunicação imediata e direta com o tripulante após um acidente de trabalho constitui uma dimensão central da política de RSC da Companhia Aérea B. O testemunho recolhido junto do Gabinete de SST mostra uma estrutura organizacional que privilegia o contacto humano, a prontidão e a orientação personalizada, em momentos de particular vulnerabilidade do trabalhador.

De acordo com RSC1, a primeira linha de comunicação formal envolve o Gabinete de Planeamento e Gestão de Tripulações (PGT), sobretudo para assegurar a continuidade operacional, seguindo-se a intervenção do Gabinete SST: “A instrução que foi dada [...] é que a primeira comunicação é com as Escalas [...]. E logo a seguir somos nós (Gabinete SST)” (Anexos, RSC1, I.22). Este procedimento traduz uma articulação equilibrada entre proteção do trabalhador e exigências da operação aérea, em conformidade com os deveres do empregador previstos no CT (v. artigos 281.º e segs.) e com a Lei n.º 102/2009 de 10 de setembro, (2009) (vigilância da saúde).

O contacto com o tripulante ocorre, na maioria das vezes, no próprio momento do acidente, independentemente da localização: “Recebe uma chamada telefónica de um dos técnicos, a qualquer hora, em qualquer sítio — pode ser nos Estados Unidos, no Canadá, na Horta, no Pico...” (Anexos, RSC1, I.24). Esta prontidão confirma uma política de acompanhamento ativo e imediato, assegurando o direito à assistência previsto no artigo 8.º da Lei n.º 98/2009, (2009).

Além da proximidade, o Gabinete SST fornece orientação prática imediata, nomeadamente sobre ativação de recursos de saúde e seguros: “Estou aqui no hospital... o que é que eu faço?”, ao que a resposta inclui a disponibilização do “número da apólice, número da linha de ajuda” (Anexos, RSC1, I.24). A existência de três apólices distintas, para acidentes em Portugal, no estrangeiro e de carácter geral, assegura uma cobertura adaptada aos diferentes contextos da aviação, coerente com o regime de proteção extraterritorial e em deslocações de serviço da Lei n.º 98/2009, (2009), (acidente *in itinere*⁸⁰ e em deslocações de serviço).

ARTICULAÇÃO INTERDEPARTAMENTAL: CENTRALIZAÇÃO FUNCIONAL E COMUNICAÇÃO OPERACIONAL EFICAZ

O testemunho prestado pelo responsável do Gabinete SST da Companhia Aérea B revela um modelo de centralização funcional e articulação ativa entre departamentos, orientado para garantir a continuidade laboral e o respeito pelas limitações funcionais dos tripulantes após acidente de trabalho. Esta estrutura permite uma resposta integrada e ajustada aos casos de inaptidão, evitando ruturas institucionais ou abandono funcional.

O ponto de partida é a centralização da gestão do acidente no gabinete SST: “tudo está concentrado [...] no nosso gabinete” (Anexos, RSC1, I.28). A ficha de inaptidão, quando emitida, é automaticamente partilhada com a chefia direta, com o próprio trabalhador e disponibilizada no portal digital da empresa. Esta lógica de automatização garante transparência e rastreabilidade.

No caso de inaptidão condicionada, cabe ao SST avaliar se as condições de trabalho “são adequadas e adaptáveis àquela situação” (Anexos, RSC1, I.28). Esta avaliação decorre

⁸⁰ *in itinere*: Designa os acidentes de trabalho que ocorrem no trajeto habitual e direto entre a residência do trabalhador e o local de trabalho, bem como em percursos relacionados com refeições, formação ou assistência médica, conforme previsto no artigo 9.º da (Lei n.º 98/2009 de 4 de setembro, 2009).

dos princípios legais de prevenção e readaptação funcional consagrados no CT, cf. artigo 283.º e nas disposições de reabilitação da Lei n.º 98/2009, (2009), cf. artigos 25.º e segs..

O testemunho inclui um exemplo prático de reintegração gradual: “uma colega que é tripulante de cabine [...] esteve a trabalhar em terra durante algum tempo [...]. Chegou ao ponto de gostar e de ser aceite, e fazia duas coisas: trabalhava em terra alguns dias e no ar outros dias” (Anexos, RSC1, l.30). Este caso demonstra flexibilidade organizacional e abertura a soluções híbridas, em conformidade com o artigo 283.º da Lei n.º 7/2009, (2009), que prevê a reconversão ou adaptação de funções em caso de incapacidade parcial.

Por fim, a articulação com o departamento de RH é descrita como direta e funcional: “as soluções são apresentadas por nós, de acordo com a Lei do Trabalho [...]. O serviço de Segurança e Saúde no Trabalho tem obrigatoriamente de ser informado” (Anexos, RSC1, l.34). Este dever encontra suporte na Lei n.º 102/2009, (2009), que impõe a comunicação obrigatória de situações de inaptidão ao serviço de SST, segundo os artigos 18.º e 19.º, reforçando a prática efetiva de partilha de responsabilidades.

ACOMPANHAMENTO CLÍNICO PÓS-ACIDENTE: LIMITES ÉTICOS E FOCO FUNCIONAL

O acompanhamento clínico de tripulantes em contexto de pós-acidente, na Companhia Aérea B, é balizado por limites éticos, legais e institucionais, que conferem ao processo uma abordagem centrada na aptidão para o exercício da função e não na monitorização da condição de saúde em si. O testemunho do responsável do Gabinete SST esclarece que não há qualquer envolvimento do gabinete na avaliação clínica direta, em respeito à confidencialidade médica.

Como sublinha o entrevistado: “Não. Nós não podemos, porque, dada a confidencialidade e o sigilo profissional médico, nós não acompanhamos. Nós acompanhamos a situação de aptidão para o exercício da função” (Anexos, RSC1, l.36). Este princípio respeita a confidencialidade médica consagrada no CT (artigos 16.º e 17.º) e no RGPD (artigo 9.º).

O conhecimento da condição de saúde depende exclusivamente da vontade do trabalhador em partilhar essa informação. O entrevistado exemplifica: “sabemos se o trabalhador partilhar isso connosco” (Anexos, RSC1, l.36). Esta política preserva a

privacidade do trabalhador e impede a interferência institucional indevida no foro médico, mesmo quando a ausência se prolonga.

Contudo, o modelo admite uma adaptação funcional com base na informação facultada voluntariamente pelo próprio tripulante. O caso citado — de uma tripulante que, após acidente pessoal, solicitou manter-se apenas como formadora, sendo inibida de voar — demonstra que o sistema é capaz de responder de forma flexível e proporcional à situação individual: “sugerindo, assim, ficar apenas afeta à formação” (Anexos, RSC1, I.36).

Este equilíbrio entre proteção da privacidade e flexibilidade funcional traduz um modelo de RSC que valoriza o diálogo com o trabalhador e a responsabilização institucional, dependente da abertura comunicacional de ambas as partes.

RELAÇÃO COM OS SINDICATOS: DIÁLOGO CONTÍNUO E COCRIAÇÃO DE POLÍTICAS

Segundo o participante, a política de responsabilidade social da Companhia Aérea B assenta numa lógica de diálogo permanente com as estruturas sindicais, numa abordagem que combina legitimidade prática, participação ativa e reconhecimento mútuo. O testemunho do responsável RSC 1 revela uma visão da relação com os sindicatos como parceria estruturante e crítica, essencial para a eficácia e aceitação das políticas implementadas.

Como afirma o entrevistado, “a responsabilidade social faz-se sempre no diálogo com os nossos parceiros” e, nesse sentido, a Companhia Aérea B sente-se “obrigada — no bom sentido da prática — a trocar ideias com os nossos sindicatos” (Anexos, RSC1, I.40). Ainda que não decorra de imposição legal, esta prática materializa o direito de participação dos trabalhadores e a concertação social, princípios reconhecidos no artigo 56.º da Constituição da República Portuguesa, (1976).

O responsável sublinha que esta prática não é retórica, mas sim aplicada: “Aquilo que estou a dizer é prática efetiva, é mesmo aplicado em contexto de trabalho” (Anexos, RSC1, I.44). Esta afirmação é reforçada pela menção a casos concretos, como a receção recente de um “parecer técnico dos sindicatos sobre a referenciação de acidentes de trabalho”, demonstrando que o contributo sindical é considerado no desenvolvimento e avaliação das políticas de segurança e apoio ao trabalhador (Anexos, RSC1, I.40).

Importa, no entanto, a clarificação feita pelo responsável: “A gente não faz aquilo que os sindicatos mandam fazer; a gente faz aquilo que acha correto e aquilo que somos obrigados a fazer” (Anexos, RSC1, l.44). Aqui, “obrigados” significa agir em conformidade com a lei, artigos 281.º e 282.º da Lei n.º 7/2009, (2009), sobre segurança e saúde no trabalho, mas também por uma ética organizacional que valoriza a responsabilidade social.

Ainda é referido que este modelo de colaboração é transversal a todas as classes profissionais, pilotos, tripulantes e pessoal de terra, evidenciando a aplicação horizontal da política de RSC e reforçando o princípio da universalidade da proteção laboral, conforme artigo 59.º da Constituição da Republica Portuguesa, (1976).

4.5.4 ACOMPANHAMENTO E APOIO AO TRIPULANTE

APOIO PSICOLÓGICO: DISPONIBILIDADE CONTÍDUA E MODELO POR INICIATIVA DO TRABALHADOR

O apoio psicológico na Companhia Aérea B inscreve-se numa lógica de disponibilidade institucional sob solicitação individual, refletindo uma política de respeito pela autonomia do trabalhador, mas que, na prática, pode limitar o acesso efetivo a este tipo de ajuda. O testemunho do responsável do Gabinete SST confirma que a empresa dispõe de meios para oferecer suporte emocional, embora esse apoio esteja dependente do pedido expresso do próprio tripulante.

Segundo o entrevistado, “nós acompanhamos durante, se o trabalhador assim o solicitar. Nós temos, sim, temos” (Anexos, RSC1, l.46). Esta declaração confirma a existência de um recurso formalizado, mas também expõe um modelo reativo, onde não há um protocolo automático de acompanhamento psicológico após um evento crítico como um acidente de trabalho ou uma decisão de inaptidão.

O apoio continua disponível mesmo após a decisão de inaptidão, desde que o trabalhador permaneça vinculado à empresa: “se o trabalhador estiver ainda afeto à Companhia Aérea B, claro que sim. Claro que sim” (Anexos, RSC1, l.48). Este critério — a manutenção do vínculo contratual — pode, no entanto, excluir precisamente aqueles que mais necessitam de acompanhamento no momento da desvinculação, em contradição com os princípios de proteção integral previstos no artigo 59.º da Constituição da Republica Portuguesa, (1976).

A abordagem adotada consiste numa comunicação de disponibilidade, não intrusiva, como descrito pelo próprio entrevistado: “entramos em contacto com a pessoa e dizemos — ‘o número é este, se precisar, contacte este número; se não precisar, significa que está tudo OK’” (Anexos, RSC1, l.48). Embora respeite a autodeterminação do trabalhador, esta abordagem pode reduzir o alcance do apoio em contextos de estigma ou negação do sofrimento emocional, sendo recomendável ancorar na promoção ativa de saúde da Lei n.º 102/2009, (2009), (deveres de prevenção e promoção; vigilância da saúde).

Importa ainda referir que o apoio não é exclusivo aos tripulantes, mas “é para toda a gente” (Anexos, RSC1, l.50), o que evidencia um modelo inclusivo e transversal dentro da companhia, embora não necessariamente especializado nas exigências psicossociais específicas da atividade aérea.

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: DEPENDÊNCIA DO VÍNCULO LABORAL E LIMITES DA PROTEÇÃO

Em matéria de acompanhamento médico, a política da Companhia Aérea B assenta no vínculo contratual ativo como condição de acesso. Segundo o responsável do Gabinete SST: “se está afeto à empresa ou não. Se continua afeto à empresa, sim. Se há um desvínculo laboral, temporário ou por baixa médica ou por outros problemas de saúde, aí, sempre que a pessoa precisar, estamos disponíveis” (Anexos, RSC1, l.52).

Esta formulação revela uma postura de abertura institucional, mas dependente da manutenção do vínculo. Quando este se perde, por término de contrato, reforma ou saída por mútuo acordo, “certamente não irá recorrer, não irá recorrer à Companhia Aérea B” (Anexos, RSC1, l.52). Assim, a proteção oferecida pela empresa termina com a cessação do vínculo laboral, remetendo o trabalhador exclusivamente para o sistema público ou privado de saúde.

Do ponto de vista legal, esta prática está em conformidade com o regime jurídico português: a Lei n.º 98/2009, (2009), prevê que a responsabilidade pela reparação seja assegurada nos termos da lei durante a vigência do vínculo e do estatuto de sinistrado, cabendo ao sistema nacional de saúde assumir os cuidados clínicos futuros consoante o enquadramento legal aplicável. Contudo, do ponto de vista da RSC, a ausência de

protocolos de seguimento pós-saída demonstra os limites da política empresarial, deixando por preencher uma área crítica de vulnerabilidade.

A fronteira funcional estabelecida entre “trabalhador ativo” e “ex-trabalhador” reflete uma conceção administrativa de responsabilidade, mas revela-se insuficiente para responder às expectativas de continuidade de cuidado associadas ao paradigma contemporâneo da responsabilidade social empresarial, que enfatiza apoio integral e prolongado em contextos de fragilidade profissional.

INFORMAÇÃO SOBRE DIREITOS: CONCILIAÇÃO E MEDIAÇÃO COMO PONTOS DE PARTIDA

A Companhia Aérea B adota uma política estruturada para assegurar que os tripulantes de cabine em situação de acidente de trabalho ou inaptidão recebam informação clara sobre os seus direitos e deveres, recorrendo a reuniões de conciliação e a uma prática de apoio interdepartamental. O testemunho do responsável do Gabinete SST mostra uma abordagem centrada no diálogo técnico e institucional, assente numa lógica de partilha de responsabilidades com o departamento de Relações Laborais.

De acordo com o entrevistado: “o que se faz normalmente é uma reunião de conciliação, muitas vezes com as chefias, muitas vezes connosco” (Anexos, RSC1, l.54). Estas reuniões têm uma função pedagógica e orientadora, permitindo ao tripulante colocar questões sobre os passos seguintes, o enquadramento jurídico da sua situação ou as opções disponíveis. Esta prática encontra respaldo no Código de Processo do Trabalho, artigos 99.º a 116.º (fase conciliatória nos processos emergentes de acidente de trabalho).

É neste contexto que se ativa o papel do departamento de Relações Laborais, cuja missão é “analisar ao pormenor os direitos e deveres de ambas as partes” (Anexos, RSC1, l.54). A intervenção desta estrutura assegura que a informação transmitida não é apenas circunstancial, mas tecnicamente sustentada e alinhada com o quadro legal (Lei n.º 98/2009, 2009) e contratual (Acordo SATA–SNPVAC (BTE 31/2024), 2024) aplicável.

A conciliação, assim concebida, ultrapassa a mera negociação de reintegração ou saída, funcionando como mecanismo formal de esclarecimento e empoderamento do trabalhador. Embora não haja referência direta a guias escritos ou manuais informativos, a descrição apresentada aponta para uma prática institucionalizada de

mediação, baseada na escuta ativa e no esclarecimento, em conformidade com o princípio constitucional do direito à informação e à assistência em caso de acidente de trabalho, conforme artigos 59.º, n.º 1, al. f) da Constituição da República Portuguesa, (1976).

APOIO JURÍDICO: ENTRE A PREVENÇÃO LABORAL E A DEFESA INSTITUCIONAL

A Companhia Aérea B dispõe de uma estrutura formal de apoio jurídico organizada em dois níveis: o Gabinete de Relações Laborais, orientado para a mediação e prevenção de conflitos, e o Gabinete Jurídico, com atuação estritamente institucional. Esta divisão traduz uma clara separação entre a função de apoio técnico-preventivo ao trabalhador e a de defesa da companhia em contencioso, evitando sobreposição de interesses.

Segundo o entrevistado: “Claro que sim, claro que sim. Temos o nosso Gabinete de Relações Laborais e temos o Gabinete Jurídico para essas situações. Mais depressa será o Gabinete de Relações Laborais, que funciona de forma preventiva” (Anexos, RSC1, I.56). A ênfase na prevenção reflete um papel pedagógico e conciliador, procurando resolver situações de inaptidão, reintegração ou desacordo antes de escalarem para litígio formal. Este modelo encontra paralelo no Código de Processo do Trabalho, artigos 99.º a 116.º, que privilegia a conciliação como primeira fase dos processos emergentes de acidente de trabalho.

O entrevistado esclarece ainda que o papel do Gabinete Jurídico é diferenciado, assumindo a representação exclusiva da empresa: “Se for o Gabinete Jurídico, está ali para a empresa. Se for Relações Laborais, está ali para estabelecer e fortalecer a relação entre o trabalhador e a empresa” (Anexos, RSC1, I.58). Esta distinção é crucial para evitar conflitos de interesse, uma vez que o mesmo gabinete não pode simultaneamente defender a companhia e prestar apoio jurídico direto ao trabalhador.

Deste modo, a proteção jurídica individual do tripulante em caso de litígio depende de estruturas externas, como sindicatos ou advogados particulares, em conformidade com o princípio da liberdade sindical e do patrocínio forense consagrado nos artigos 55.º e 208.º da Constituição da República Portuguesa, (1976).

O modelo adotado pela Companhia Aérea B revela, assim, um compromisso com a mediação institucional e o diálogo interno, através de canais formais de escuta e

conciliação. Porém, não prevê um patrocínio jurídico direto ao trabalhador em sede contenciosa, transferindo essa responsabilidade para os mecanismos externos de representação coletiva ou individual.

4.5.5 REQUALIFICAÇÃO E REINTEGRAÇÃO PROFISSIONAL

PROPOSTAS INTERNAS DE REINTEGRAÇÃO: MODELO CONTRATUALIZADO E LIMITE DE VÍNCULO

A política de reintegração pós-inaptidão da Companhia Aérea B assenta num modelo padronizado, regulado pelo AE como principal instrumento jurídico e operacional. De acordo com o testemunho de RSC1, a companhia segue uma sequência estruturada: avaliação do grau de inaptidão, verificação da existência de funções em terra e formulação de proposta ao trabalhador.

O entrevistado sublinha que a lógica seguida não é arbitrária, mas definida em normas pré-existentes: “não é caso a caso, mas sempre com base no que está definido no acordo de empresa para cada situação” (Anexos, RSC1, l.60). Esta abordagem garante previsibilidade e transparência, em conformidade com o princípio da segurança no emprego consagrado no artigo 53.º da Constituição da Republica Portuguesa, (1976), e com o dever patronal de ocupação efetiva previsto no artigo 122.º da Lei n.º 7/2009, (2009).

Nos acordos de empresa do setor, este princípio encontra concretização: no AE TAP e SNPVAC, (2024), a matéria consta da Cl. 11ª do AE SATA e SNPVAC, (2024), e Cl. 21ª com remissão para Cl. 25ª do AE TAP e SNPVAC, (2024).

Contudo, o modelo encontra limites no vínculo contratual. Como refere RSC1: “deixa de haver uma relação entre as pessoas e a organização” (Anexos, RSC1, l.60), uma vez cessado o contrato por mútuo acordo, reforma ou decisão unilateral. Este aspeto reflete a natureza funcional da responsabilidade social assumida pela companhia: enquanto existe vínculo, a empresa apresenta propostas e mantém diálogo; após o desligamento, a relação institucional termina.

Apesar dessa limitação, o testemunho confirma a aplicação prática do modelo: “temos tido casos...alguns ficam na Companhia Aérea B e vão para posições em terra, outros decidem ir embora” (Anexos, RSC1, l.60). A existência de trabalhadores reintegrados em funções terrestres demonstra a efetividade das cláusulas do AE e a sua utilização como

ferramenta real de gestão de inaptidão, ainda que nem todos os tripulantes optem por permanecer, seja por decisão pessoal ou por outras circunstâncias não detalhadas.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS PÓS-RECONVERSÃO: PROTEÇÃO JURÍDICA E PERDA FUNCIONAL

O enquadramento jurídico dos tripulantes inaptos para o voo na Companhia Aérea B baseia-se no AE, que regula a passagem para uma nova carreira em caso de limitação funcional, preservando determinadas condições laborais essenciais. Esta proteção visa assegurar estabilidade mínima ao trabalhador, mas não elimina a possibilidade de perdas remuneratórias quando a nova função implica uma responsabilidade distinta.

Segundo o testemunho do Gabinete SST: “no caso dos tripulantes, há o AE, que determina uma nova carreira, mantendo as diuturnidades, mantendo — como hei de dizer — o seu nível salarial” (Anexos, RSC1, l.62). Esta previsão corresponde ao princípio de manutenção de direitos contratuais e de antiguidade, sem prejuízo do enquadramento remuneratório compatível com a nova função, conforme o CT.

O entrevistado reconhece, contudo, que esta proteção tem limites, particularmente visíveis no caso dos pilotos: “um piloto que é piloto, logicamente, se vem para o chão, não é piloto. Pode exercer uma função administrativa. Tudo aquilo que ele ganhou durante a sua carreira — em termos de tempo e remunerações — mantém-se. Mas não consigo dizer muito bem como isso funciona sem ir ao AE” (Anexos, RSC1, l.64). Aqui evidencia-se o problema da responsabilidade técnica e operacional: quando a nova função não exige o mesmo grau de qualificação, podem ocorrer ajustes salariais que, embora juridicamente enquadrados, resultam em perdas reais de rendimento.

Este regime encontra fundamento também no artigo 283.º da Lei n.º 7/2009, (2009), que prevê a readaptação funcional do trabalhador em caso de incapacidade, mas admite a possibilidade de enquadramento em funções com condições diferentes, desde que compatíveis com a sua situação clínica.

Por fim, o testemunho evidencia um elemento subjetivo e vocacional que condiciona a reconversão: “não querem vir para o chão. Sei lá...como um bailarino que deixa de bailar. Não quer. E vão sempre até às últimas” (Anexos, RSC1, l.66). Esta metáfora traduz a forte identidade profissional dos tripulantes e pilotos, para os quais a transição para

funções não operacionais representa uma perda simbólica de estatuto, além da eventual perda material.

REQUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL: PERSONALIZAÇÃO SEM ESTRUTURA FORMAL

O testemunho do responsável do Gabinete SST da Companhia Aérea B evidencia que não existem programas formais e sistematizados de requalificação profissional para tripulantes inaptos. A prática seguida é antes de carácter personalizado, procurando alocar os trabalhadores a funções em terra, próximas da operação, quando disponível.

Segundo o entrevistado: “Não. O que há é, normalmente, trabalho em terra” (Anexos, RSC1, l.70). Esta afirmação demonstra a ausência de um plano estruturado de reconversão, em contraste com o que seria expectável num modelo de RSC robusto.

Apesar disso, segundo o testemunho, existe uma preocupação em articular a nova função com as preferências do trabalhador: “Há esse cuidado porque se pergunta: ‘Onde é que tu queres ir?’ E depois vê-se o que há disponível” (Anexos, RSC1, l.72). Tal prática revela escuta ativa e adaptação individualizada, mas também um elevado grau de informalidade, que pode originar desigualdade de tratamento entre trabalhadores.

A requalificação, quando ocorre, é direccionada para áreas de proximidade com a atividade aérea, como a Direção de Operações de Voo (DOV), os Manuais ou o Centro de Controlo Operacional (CCO). Contudo, como refere o entrevistado, “não é prática [...] porque somos uma empresa pequena” (Anexos, RSC1, l.70). Esta limitação estrutural reduz a capacidade de garantir soluções diversificadas ou um portefólio estável de funções alternativas, revelando a dependência da dimensão organizacional.

Ainda assim, o próprio responsável reconhece a obrigação empresarial de requalificação: “a empresa é obrigada a requalificar essa pessoa para as suas novas funções” (Anexos, RSC1, l.72). Este dever decorre do artigo 283.º da Lei n.º 7/2009, (2009), que impõe ao empregador a readaptação funcional sempre que possível, e do regime da Lei n.º 98/2009, (2009), nos artigos 40.º e segs., que prevê medidas de reabilitação e reconversão profissional em caso de incapacidade.

Nos acordos de empresa, esta obrigação encontra expressão concreta na Cl. 21ª com remissão para a Cl. 25ª do AE TAP e SNPVAC, (2024), que prevê a reafetação dos tripulantes a funções em terra, assegurando o direito a formação e requalificação

sempre que o trabalhador seja considerado inapto para o voo. De igual modo, a Cl. 11ª do AE SATA e SNPVAC, (2024), estabelece um regime paralelo, garantindo a reconversão profissional e o apoio formativo, reforçando assim a responsabilidade patronal na readaptação e assegurando a continuidade de direitos laborais mínimos em situações de inaptidão. Ambas as cláusulas concretizam, em sede contratual coletiva, o dever de readaptação funcional previsto no artigo 283.º da Lei n.º 7/2009, (2009), e nas disposições da Lei n.º 98/2009, (2009), relativas à reabilitação profissional, traduzindo em norma convencional aquilo que a lei impõe como princípio geral.

Assim, ainda que na prática da Companhia Aérea B a requalificação surja como processo *ad hoc* e dependente de vagas disponíveis, o enquadramento legal e contratual aponta para uma obrigação clara de assegurar requalificação e readaptação, conferindo suporte jurídico àquilo que, no discurso institucional, surge descrito de forma menos estruturada.

FORMAÇÃO INTERNA: INSTRUMENTO FUNCIONAL DE REINTEGRAÇÃO

A Companhia Aérea B assume a responsabilidade pela formação interna dos trabalhadores que transitem para funções alternativas em terra após um episódio de inaptidão para o voo, numa lógica de reconversão profissional apoiada em critérios objetivos e operacionais. O testemunho do representante do Gabinete SST revela um sistema pragmático, orientado pelos manuais de funções existentes e com encargos suportados integralmente pela companhia.

Quando questionado sobre a formação associada à reconversão, o entrevistado responde de forma afirmativa e direta: “Sim. Sim, claro que sim. Para uma função de apoio à aviação, tem de ter esses cursos todos” (Anexos, RSC1, l.74). Esta declaração evidencia que, embora não exista um programa de requalificação estruturado, a formação específica para a nova função é obrigatória e efetivamente proporcionada.

A atribuição das formações decorre dos requisitos definidos para cada posto: “A cada função está atribuído um manual de funções, e o manual determina o que a pessoa precisa. E é cumprido o manual de funções daquela função” (Anexos, RSC1, l.74). Esta abordagem permite uma transição funcional regulamentada, com base em competências objetivas e não em avaliações subjetivas de perfil.

O exemplo fornecido, de um tripulante que transita para o departamento de *Safety* ou *Security*, reforça a lógica de adequação técnica: “Quais são as condições que a pessoa precisa para exercer aquela função? E a Companhia Aérea B responsabiliza-se pelos custos associados à requalificação” (Anexos, RSC1, I.74). A responsabilidade financeira da empresa garante acesso equitativo à formação, independentemente da condição económica do trabalhador, o que representa um elemento fundamental da RSC.

DESFECHO SEM REINTEGRAÇÃO: PROCEDIMENTOS FORMAIS E ALTERNATIVAS À MARGEM DA RECOLOCAÇÃO

Embora a política da Companhia Aérea B privilegie, sempre que possível, a reintegração dos tripulantes em funções alternativas, o testemunho do responsável do Gabinete SST reconhece que existem situações em que tal não é viável. Nestes casos, a empresa recorre a mecanismos legais de cessação do vínculo laboral, orientados por critérios técnicos e sujeitos a auditoria externa. Trata-se de um desfecho formalizado e monitorizado, que visa garantir a legalidade e legitimidade da decisão, ainda que não assegure a continuidade do vínculo funcional.

Segundo o entrevistado, “o que a Companhia Aérea B pode fazer [...] é a rescisão do contrato por inaptidão para as novas funções ou impossibilidade para o exercício de novas funções. Mas aí existe um processo”. Esta rescisão, que só ocorre na ausência de alternativas viáveis de colocação, é acompanhada pela ACT, que procede à auditoria da conduta da empresa: “vem auditar se a empresa está ou não a comportar-se de forma responsável” (Anexos, RSC1, I.77).

Antes de chegar à rescisão, a empresa avalia outras vias, como a reforma por invalidez derivada de acidente de trabalho ou a atribuição de uma incapacidade parcial ou total para a função habitual, que pode gerar indemnização pela seguradora. Estas soluções decorrem do regime da Lei n.º 98/2009, (2009), nas disposições sobre prestações e incapacidade.

O Contrato de Rescisão por Mútuo Acordo (RMA), surge como último recurso, normalmente associada a processos de reestruturação ou de racionalização de quadros: “é do interesse da empresa que certa pessoa vá embora, para aliviar quadros” (Anexos, RSC1, I.79). Esta opção, embora voluntária na aparência, pode decorrer de pressões institucionais ou da inexistência de alternativas reais para a reintegração.

Assim, quando a recolocação não é possível, a cessação do vínculo é juridicamente enquadrada e fiscalizada, em contraste com outras companhias aéreas que, segundo o entrevistado, não adotavam procedimentos tão formais: “a Companhia Aérea A nunca adotou” este modelo (Anexos, RSC1, l.77). Este contraste sugere que a Companhia Aérea B adota uma política mais cautelosa e juridicamente balizada, alinhando-se com os princípios constitucionais da segurança no emprego, artigo 53.º e da proteção da dignidade do trabalhador, artigo 59.º da Constituição da Republica Portuguesa, (1976).

4.5.6 COMPENSAÇÕES, SEGUROS E GARANTIAS

O PAPEL DA SEGURADORA: ENTRE A REPARAÇÃO LEGAL E A LIMITAÇÃO FUNCIONAL

Como evidenciado a gestão dos casos de inaptidão por acidente de trabalho na Companhia Aérea B está fortemente condicionada pela Lei n.º 98/2009, (2009), que regula o regime de reparação dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais. Conforme explica o responsável RSC 1, esta legislação impõe obrigações específicas à empresa, impedindo-a de se desresponsabilizar perante o trabalhador lesionado.

O entrevistado é categórico ao distinguir entre doença natural e acidente de trabalho: “se a pessoa sofre de uma doença natural, a empresa poderá dizer ‘não temos nada a ver com isso’ e encaminhá-la para uma reforma por invalidez. Se for acidente de trabalho, a empresa não pode fazer isso. Nunca pode fazer isso. A lei não permite” (Anexos, RSC1, l.83). Esta afirmação confirma que, em acidentes de trabalho, a empresa está vinculada às soluções previstas nos artigos 40.º a 52.º da Lei n.º 98/2009, (2009): (i) adaptação do posto de trabalho; (ii) requalificação do trabalhador para nova função; (iii) adaptação do posto de trabalho à pessoa.

Contudo, o testemunho evidencia também as limitações práticas na aplicação destas soluções, sobretudo em profissões como a de tripulante de cabine. Como explica: “há profissões em que não se consegue adaptar. É o caso de um piloto, de um tripulante de cabine...” (Anexos, RSC1, l.83). A especificidade funcional e os elevados requisitos médicos dificultam, ou impossibilitam, a manutenção do posto de trabalho original.

Face à impossibilidade de adaptação do posto, a Companhia Aérea B propõe a requalificação para funções alternativas em terra, assumindo a responsabilidade pela formação e iniciando um novo processo de admissão funcional: “a pessoa é colocada

nessa nova função como se fosse uma admissão” (Anexos, RSC1, l.83). Esta transição é mediada por um novo exame de MT, destinado a verificar a capacidade do trabalhador para a nova função, seja ou não ela decorrente do acidente.

Importa destacar que o papel da seguradora não surge no testemunho como entidade ativa no processo de reintegração, mas sim como instrumento de cobertura de custos e reparação material, enquanto a empresa assume diretamente a condução da requalificação e das decisões administrativas associadas à nova função.

SEGURO COMPLEMENTAR: PRESENTE NO ACORDO DE EMPRESA, AUSENTE NA PRÁTICA OPERACIONAL

O testemunho recolhido junto do responsável RSC 1 da Companhia Aérea B revela que a empresa dispõe de um seguro complementar para cobertura de situações de perda de capacidade funcional, previsto no AE. No entanto, a ausência de envolvimento direto deste gabinete no acompanhamento da sua aplicação prática aponta para uma fragmentação da informação e da responsabilidade institucional neste domínio.

Segundo o entrevistado: “está no acordo de empresa. Acho que são 5% ou 10% do salário [...] Mas está no AE” (Anexos, RSC1, l.85). Esta referência confirma que o seguro existe em sede contratual coletiva, com percentagens de compensação associadas à perda de rendimento, mas a formulação imprecisa (“acho que são”) sugere falta de clareza operacional.

Nos acordos de empresa, estas disposições encontram-se consagradas: A Cl. 30ª, do Regulamento de Retribuições, Reformas e Garantias Sociais, do AE TAP e SNPVC, (2024), prevê expressamente a existência de um seguro complementar de incapacidade, que cobre situações de perda de aptidão médica para o voo e garante uma compensação percentual sobre o salário base. De forma semelhante, o AE SATA e SNPVC, (2024), assegura a atribuição de um seguro adicional, destinado a compensar trabalhadores em caso de inaptidão definitiva, com disposições sobre seguros com remissão para informação operacional.

O entrevistado acrescenta que “normalmente, essa parte dos seguros está fora de nós — vai para o gabinete dos nossos agentes de seguros” (Anexos, RSC1, l.85). Esta delegação externa da gestão do seguro implica que o Gabinete SST, responsável pela reintegração e acompanhamento funcional, não detenha domínio direto sobre o

processo de ativação da cobertura. Tal situação compromete a integração informativa e a transparência na disponibilização dos direitos, dificultando que o trabalhador inapto aceda de forma célere e informada às compensações.

A lacuna torna-se mais evidente na afirmação: “não sei exatamente o que acontece quando a pessoa perde a sua capacidade para o exercício da sua função permanente” (Anexos, RSC1, l.85). A ausência de conhecimento institucional sistematizado demonstra que a existência formal do seguro não é acompanhada por um regime claro de operacionalização, o que pode traduzir-se em entraves burocráticos ou até em falta de mobilização deste direito contratual.

Do ponto de vista jurídico, esta falha contrasta com os princípios previstos no artigo 59.º, nº 1, al. f) da Constituição da República Portuguesa, (1976), que garante o direito dos trabalhadores à assistência material em caso de incapacidade para o trabalho, e com o artigo 127.º/1, c) da Lei n.º 7/2009, (2009), que impõe ao empregador a obrigação de informar os trabalhadores sobre os riscos e os instrumentos de proteção aplicáveis.

QUALIDADE DO PROCESSO: TRANSPARÊNCIA, CÓDIGOS PARTILHADOS E CULTURA DE APOIO SINDICAL

O testemunho do responsável RSC 1 da Companhia Aérea B oferece uma perspetiva clara sobre a transparência e robustez do processo de compensação e transição funcional nos casos de inaptidão definitiva. Segundo o responsável, a estrutura institucional da companhia, articulada com os sindicatos, garante que está “tudo regulamentado” e que “não se deixa nada, nada por esclarecer” (Anexos, RSC1, l.87).

Esta confiança na qualidade do processo assenta, em primeiro lugar, numa regulamentação contratual bem definida, assente no AE, que determina os passos a seguir em casos de limitação funcional. Em segundo lugar, destaca-se a colaboração entre os departamentos da empresa e os sindicatos: “as contas são feitas pelas Relações Laborais e pelos próprios sindicatos” (Anexos, RSC1, l.87). Esta partilha de responsabilidades evita assimetrias de informação e confere maior legitimidade ao desfecho de cada processo.

O representante da Companhia Aérea B sublinha que o tripulante, “muitas vezes — ou quase sempre — antes de recorrer à empresa, já recorreu ao sindicato”. Este facto não é encarado como um sinal de desconfiança institucional, mas como parte de uma cultura

profissional fortemente enraizada, em que o apoio sindical é uma constante: “O sindicato não deixa nada na escuridão ou na incerteza” (Anexos, RSC1, l.89).

Segundo o entrevistado, esta lógica é transversal a todas as classes profissionais da aviação: “O Sindicato dos Pilotos, o Sindicato dos Tripulantes e o Sindicato dos Técnicos de Manutenção de Aeronaves dão seguimento ao apoio administrativo e legal em caso de qualquer dúvida” (Anexos, RSC1, l.91). A articulação descrita é, assim, horizontal e rotinizada, garantindo acompanhamento sindical em todas as etapas da transição funcional ou da cessação do vínculo, em conformidade com o dever de informação e consulta previstos no artigo 127.º/1, al. j) da Lei n.º 7/2009, (2009).

INTERVENÇÃO DA EMPRESA: MEDIAÇÃO ESPECIALIZADA E TERCEIRIZAÇÃO TÉCNICA

A política de acompanhamento de acidentes de trabalho e inaptidões na Companhia Aérea B integra uma estrutura de mediação técnica especializada, em que a empresa não comunica diretamente com as seguradoras, mas atua através de um *broker* intermediário, responsável por assegurar a conformidade dos processos e a defesa técnica dos interesses da companhia. Esta abordagem permite à Companhia Aérea B manter um controlo eficaz e juridicamente sustentado das ocorrências, embora possa distanciar os trabalhadores da informação direta sobre os seus direitos assegurados por apólices.

Segundo o responsável RSC 1, “nós não trabalhamos diretamente com as seguradoras. Temos um *broker*, e o *broker* é que intervém com as seguradoras” (Anexos, RSC1, l.93). Esta prática indica uma externalização parcial da gestão do risco, concentrando a comunicação e a resolução de litígios ou dúvidas na figura do mediador de seguros.

A relação contratual com o *broker* é sujeita a avaliação anual, incluindo análise de “prémios, participações e do trabalho” realizado pelas seguradoras (Anexos, RSC1, l.93). Este sistema de revisão contínua garante que as condições das apólices estão atualizadas e adaptadas às necessidades da companhia e dos trabalhadores, em conformidade com o princípio de boa gestão e responsabilidade social previsto no artigo 127.º/1, c) da Lei n.º 7/2009, (2009), (dever de assegurar condições de segurança e saúde no trabalho).

O recurso ao *broker* assume especial importância em “situações diferentes da habitual”, como esclarece o entrevistado: “num acidente de trabalho, nós não telefonamos para a seguradora. Telefonamos para o nosso *broker*, que tem os seus advogados e técnicos” (Anexos, RSC1, l.93). Este modelo permite à empresa contar com apoio jurídico e técnico qualificado, fundamental em casos de divergência sobre coberturas ou na necessidade de interpretação contratual.

Nos acordos de empresa, embora a gestão via *broker* não seja expressamente mencionada, existem disposições que reforçam o dever da empresa de assegurar uma cobertura adequada em situações de incapacidade. A Cl. 3ª, alínea x) com remissão para o Regulamento de Retribuições, Reformas e Garantias Sociais do AE TAP e SNPVAC, (2024) e a Cl. 5ª, alínea k) do AE SATA e SNPVAC, (2024) consagram a obrigatoriedade de seguros complementares, vinculando a entidade empregadora à garantia de uma proteção adicional dos trabalhadores em caso de perda de aptidão ou incapacidade definitiva. Estas cláusulas reforçam a lógica de que, ainda que a gestão técnica e administrativa das apólices seja terceirizada para *brokers* ou mediadores, a responsabilidade última permanece na empresa, que deve assegurar a efetiva concretização da proteção contratual dos tripulantes.

4.5.7 AVALIAÇÃO COMPARATIVA E PROPOSTAS DE MELHORIA

COMPARAÇÃO COM O SETOR: *BENCHMARKING* ATIVO E LIMITAÇÕES DE ESCALA

O testemunho do responsável RSC1 da Companhia Aérea B revela que a empresa adota uma prática regular de *benchmarking* com outras operadoras, em particular com a Companhia Aérea A. Esta comparação é relevante em matérias emergentes, como a exposição a *fumes*, mas também serve de referência para a definição de práticas institucionais no acompanhamento de acidentes de trabalho. Segundo o entrevistado: “A primeira coisa que a gente faz é: ‘O que é que faz a Companhia Aérea A?’ ‘O que faz a Companhia Aérea B?’” (Anexos, RSC1, l.97), revelando abertura à aprendizagem externa, essencial num setor regulado e em constante evolução.

Um exemplo citado refere-se ao tratamento dos casos de exposição a *fumes*, já considerados acidentes de trabalho: “Analisa-se a condição, fazem-se uns exames, determina-se...estou a falar da parte da reparação de danos” (Anexos, RSC1, l.97). Este

procedimento inclui exames médicos, avaliações clínicas e eventual atribuição de baixa laboral, como sucedeu recentemente com um piloto: “Esteve de baixa durante um mês, um mês e pouco” (Anexos, RSC1, l.97). A prática encontra suporte no regime da Lei n.º 98/2009, (2009), no seu artigo 8.º, que considera acidente de trabalho todo o evento súbito ocorrido no exercício ou por causa da atividade profissional.

Apesar da adesão a padrões da indústria, o entrevistado reconhece limitações estruturais decorrentes da dimensão da companhia: “Temos um mini gabinete de medicina — não temos a dimensão do Gabinete de Medicina A” (Anexos, RSC1, l.99). A empresa recorre a serviços externos de MT e MA, prática legítima ao abrigo da Lei n.º 102/2009, (2009), organização de serviços externos de SST. No entanto, esta solução pode limitar a resposta imediata e a personalização do acompanhamento.

SUGESTÕES DE MELHORIA: COMUNICAÇÃO, PRAZOS E VALIDAÇÃO CONTÍNUA

Apesar do reconhecimento generalizado da robustez dos procedimentos internos da Companhia Aérea B no acompanhamento de acidentes de trabalho e inaptidões, o testemunho do responsável RSC 1 identifica uma lacuna crítica no tempo de resposta e na fluidez da comunicação entre trabalhador e empresa. A ausência de prazos formalizados para cada etapa do processo surge como o principal obstáculo à eficácia prática da política de responsabilidade social.

Como afirma o entrevistado, “o mais complicado é o tempo de comunicação de ambas as partes. [...] Leva muito tempo, muito tempo a decidir. Porquê? Porque não se comunica. E se se comunica, não se reage prontamente” (Anexos, RSC1, l.101). Esta constatação aponta para um problema sistémico na gestão dos fluxos de informação, que compromete a celeridade da resposta institucional e, consequentemente, o bem-estar e a segurança jurídica do trabalhador.

A proposta de melhoria centra-se na criação de um *timeline* com *guidance* operacional claro, inspirado nos sistemas de reporte de *safety* da aviação: “O trabalhador tem tanto tempo para comunicar; a empresa tem tanto tempo para responder; a empresa tem tanto tempo para implementar as recomendações e os compromissos entre as partes” (Anexos, RSC1, l.101). Este paralelismo com os *safety reports* visa assegurar

previsibilidade, rastreabilidade e responsabilização, tornando os processos menos subjetivos e mais auditáveis.

O entrevistado reforça que, no domínio da segurança operacional, a cultura da resposta rápida já está enraizada, e que seria lógico alargar esse rigor aos processos médico-laborais: “Temos tanto tempo para enviar, tanto tempo para averiguar, tanto tempo para implementar, e depois tanto tempo para validar a eficácia...isto tem de estar tudo muito bem feito, muito bem ensaiado, e acima de tudo, muito bem validado” referência à validação final revela uma visão sistémica da melhoria contínua, não se limitando à reação inicial (Anexos, RSC1, l.103).

4.6 A REPRESENTAÇÃO SINDICAL

4.6.1 ATUAÇÃO SINDICAL NA DEFESA DOS TRIPULANTES INAPTOS

UM SINDICATO COMO PARCEIRO SOCIAL: ENTRE A DEFESA DOS TRABALHADORES E A SUSTENTABILIDADE DO SETOR

A perspetiva do Sindicato A sobre o seu papel institucional revela uma tentativa consciente de se afirmar como parceiro social ativo, conciliando a defesa dos trabalhadores com a estabilidade do setor da aviação civil. RS2 destaca esta abordagem ao rejeitar uma visão sindical “do 25 de abril”, em que “os sindicatos tinham que ser contra só porque sim”. Em alternativa, defende um modelo de cooperação, no qual se reconheça que “uns possam trabalhar e outros possam lucrar com o nosso trabalho e continuar a produzir” (Anexos, RS2, l.6).

Este modelo posiciona o sindicato não apenas como contrapoder, mas como agente construtivo, com capacidade para dialogar com as entidades empregadoras e contribuir para o equilíbrio social e económico do setor. Essa visão encontra respaldo nos Estatutos SNPAC, (2023), que consagram como atribuições centrais a defesa e promoção dos direitos e interesses profissionais, sociais e morais dos associados, a sua representação perante entidades patronais e a negociação de instrumentos de regulamentação coletiva de trabalho.

RS2 sublinha ainda que “a maior preocupação do sindicato tem que ser social”, dando como exemplos concretos o esforço por criar “melhores condições de trabalho” e a disponibilização de apoio psicológico, físico e jurídico aos associados, nomeadamente através de um plano de saúde próprio (Anexos, RS2, l.6). Esta prática encontra

correspondência estatutária, já que o Sindicato A prevê expressamente a prestação de apoio jurídico gratuito e contempla a existência de um Plano de Saúde, segundo artigo 71.º. No AE SATA e SNPVAC, (2024) e AE TAP e SNPVAC, (2024), também se preveem seguros de saúde e de acidentes de trabalho, o que reforça a proteção coletiva nesta dimensão.

Contudo, no que respeita aos processos de inaptidão médica, os dirigentes do Sindicato A reconhecem limitações claras na sua capacidade de intervenção. RS1 explica que o sindicato acompanha os tripulantes até ao momento da formalização do processo junto da empresa ou entidade competente, mas, a partir daí, “não tendo qualquer intervenção ativa no processo”, torna-se um interveniente periférico, sem influência nas fases decisivas da avaliação (Anexos, RS1, I.4).

Esta limitação é particularmente relevante, uma vez que o AE TAP e SNPVAC, (2024) e o AE SATA e SNPVAC, (2024), embora contemplem deveres das companhias na prevenção de riscos e doenças profissionais, na indemnização por acidentes de trabalho e na adoção de medidas de saúde e segurança, não conferem ao sindicato papel formal nos procedimentos de avaliação de inaptidão. Estes são regulados pelo Regulamento 1178/2011, (2011), que estabelece os requisitos para a certificação e avaliação médica dos tripulantes, incluindo a obrigação de não exercer funções em caso de diminuição da aptidão médica (MED.A.020, Parte MED).

De forma a sintetizar os principais instrumentos normativos e contratuais aplicáveis aos tripulantes inaptos, a Tabela 29, apresenta uma comparação entre as disposições constantes do AE SATA e SNPVAC, (2024) e AE TAP e SNPVAC, (2024), permitindo identificar convergências, diferenças e lacunas.

Assim, a análise evidencia um paradoxo: por um lado, o sindicato dispõe de instrumentos estatutários e contratuais para assegurar proteção social e laboral abrangente; por outro, a sua margem de atuação nas fases críticas da inaptidão médico-legal dos tripulantes de cabine permanece restrita, sendo esta conduzida no quadro normativo europeu.

Tabela 29 - Mapa normativo e contratual

Fonte: Elaboração própria com consulta Lei n.º 98/2009, Lei n.º 102/2009, Lei n.º 7/2009 e IRCT

Tema	AE Companhia Aérea A	AE Companhia Aérea B	Garantia Prevista	Observações e Lacunas
Prevenção de Riscos e SST	Cl. 3.ª, als. j) e k)	Cl. 13.ª, als. i) e j)	Prevenção de riscos, doenças profissionais e adoção de medidas de SST	Sem papel formal do sindicato nos processos de avaliação de inaptidão
Acidentes Fora da Base	Cl. 3.ª, al. x) + Regulamento de Retribuições	Cl. 13.ª, al. i) + Cl. 5.ª, al. k)	Equiparação a acidente de trabalho sempre que o tripulante esteja ao serviço	Companhia Aérea A remete para regulamento; Companhia Aérea B explicita na cláusula → risco de interpretações distintas
Reconversão Funcional	Cl. 21.ª, n.º 3 + Cl. 25.ª (Reg. Retribuições)	Cl. 11.ª, n.º 2	Recolocação em funções compatíveis com manutenção do vencimento	Prática mitigada pela margem de decisão da empresa; sindicato sem poder vinculativo
Indemnização por Acidente	Cl. 3.ª, al. j)	Cl. 13.ª, al. i)	Indemnização em caso de acidente de trabalho	Reconhecimento muitas vezes moroso, dependente de seguradoras

DIFICULDADES SINDICAIS NA PROTEÇÃO DOS TRIPULANTES INAPTOS

Apesar da missão declarada de proteção dos tripulantes, os representantes do Sindicato A reconhecem constrangimentos significativos na sua atuação ao longo dos processos de inaptidão médica. RS1 afirma que o sindicato enfrenta “dificuldades em intervir”, sobretudo porque “em muitos casos, só é informado da situação no momento da inaptidão”, o que inviabiliza um acompanhamento atempado e eficaz (Anexos, RS1, I.6). Esta limitação contrasta com o princípio estatutário de representação ativa dos associados, previsto nos Estatutos SNPAC, (2023).

A insuficiência de informação atempada e o afastamento institucional do sindicato criam um ambiente de desproteção para o trabalhador. RS1 sublinha que “o tripulante não está devidamente informado nem sustentado ao longo de todo o processo”, sendo frequentemente exposto a contextos onde predominam “interesses alheios ao que seria desejável” (Anexos, RS1, l.6). Esta assimetria de poder entre tripulante, companhia aérea e seguradora é agravada pelo facto de o Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), impor exames periódicos e decisões médicas vinculativas, em que o sindicato não tem intervenção direta.

RS2 reforça esta análise, descrevendo o percurso até à declaração de incapacidade permanente como “muito, muito penoso”, sobretudo nos casos de doenças psicológicas ou lesões músculo-esqueléticas. Durante esse processo, afirma que “a empresa, enquanto for a Segurança Social a pagar, ou a seguradora, vai-se descartando um bocado”, numa lógica de desresponsabilização progressiva (Anexos, RS2, l.8). Tal postura contraria as obrigações previstas no AE TAP e SNPVAC, (2024), Cl. 3.ª, als. j) e k), e no AE SATA e SNPVAC, (2024) , Cl. 13.ª, als. i) e j).

Ambos os dirigentes denunciam também a resistência das companhias aéreas em formalizar a cessação contratual, mesmo quando já existe inaptidão funcional evidente. Pimpão assinala que “é raríssimo – raríssimo — passar essa carta”, referindo-se ao documento que permitiria ao trabalhador aceder ao subsídio de desemprego, “que, aliás, é um direito deles” (Anexos, RS2, l.8). Tal direito decorre do Decreto-Lei n.º 220/2006, (2006), que assegura o acesso ao subsídio de desemprego em situações de cessação do contrato por motivo não imputável ao trabalhador, incluindo inaptidão médica (artigos 8.º e 9.º, conjugados com o artigo 75.º, que regula a declaração a emitir pelo empregador ou pela Inspeção-Geral do Trabalho).

Por fim, RS2 chama a atenção para práticas que podem configurar discriminação etária e financeira, observando que algumas companhias “têm maior facilidade em atribuir incapacidades permanentes” a tripulantes mais velhos ou com salários mais elevados, o que sugere uma gestão estratégica da inaptidão como instrumento de controlo de custos (Anexos, RS2, l.12). Estas práticas são suscetíveis de violar o artigo 21.º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, (2016), que proíbe discriminação, incluindo por idade.

ESTRATÉGIAS SINDICAIS PARA A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DOS TRIPULANTES INAPTOS

Perante os constrangimentos identificados na proteção dos tripulantes em situação de inaptidão, o Sindicato A tem procurado desenvolver estratégias de mitigação que incluem o reforço do acompanhamento individualizado, a ação jurídico-laboral e a negociação coletiva. RS1 destaca a importância de “estar mais próximos de alguns tripulantes que nos têm contactado”, reconhecendo que “o sindicato é uma entidade externa ao processo” e que as companhias “não têm qualquer obrigatoriedade de informar o sindicato sobre a situação do tripulante A, B, C ou D” (Anexos, RS1, l.8).

Na vertente preventiva, o sindicato tem insistido na melhoria das condições de trabalho como forma de reduzir o risco de acidentes e doenças com impacto permanente. RS1 refere que esse esforço é “fundamental” e menciona como exemplo concreto a pressão exercida para que episódios de exposição a fumos tóxicos a bordo fossem reconhecidos como acidentes de trabalho, o que culminou na criação de “um protocolo específico, já em vigor, que assegure proteção e um encaminhamento adequado para os tripulantes afetados” (Anexos, RS1, l.8).

No plano jurídico, destaca-se a inclusão, nos acordos coletivos de empresa, de mecanismos de compensação para trabalhadores, vítimas de acidente. RS2 explica que “quem sofre acidentes de trabalho [...] está protegido por um regime especial”, onde a remuneração é assegurada “com base numa fórmula” que permite manter o rendimento habitual. Além disso, foi criado “um complemento extra” com o mesmo objetivo (Anexos, RS2, l.14).

Contudo, um dos maiores obstáculos continua a ser a resistência das seguradoras em reconhecer a origem profissional das lesões. RS2 denuncia que estas entidades “tentam sempre ‘sacudir a água do capote’ e evitar pagar seja o que for” alegando frequentemente lesões pré-existentes para se desresponsabilizarem (Anexos, RS2, l.14). Dada a complexidade destas situações, o sindicato tem recorrido com frequência à via judicial para defender os seus associados, prática compatível com o artigo 28.º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, (2016), que garante o direito de ação coletiva e judicial para defesa dos interesses laborais.

Mesmo nos casos em que são atribuídas IPP, os valores reconhecidos são geralmente muito baixos, “percentagens dentro de 1 a 10%”, e resolvidos através de indemnizações únicas. RS2 sublinha que estas conquistas ocorrem “sempre com a grande insistência da parte do sindicato” e, quase invariavelmente, exigem recurso aos tribunais (Anexos, RS2, I.16).

Outra linha estratégica prende-se com a reivindicação do reconhecimento da profissão de tripulante de cabine como profissão de desgaste rápido. RS2 defende que estas funções “deviam ter uma reforma antecipada”, tendo em conta “a agressão que é voar, em todos os aspetos: do ar, das radiações, das microvibrações” (Anexos, RS2, I.14). Esta proposta está alinhada com o artigo 35.º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, (2016), que consagra a proteção da saúde no trabalho, e com regimes especiais de antecipação da idade da reforma já existentes em outras profissões de risco.

CUMPRIMENTO DOS ACORDOS COLETIVOS: CONQUISTAS E LIMITES

Os acordos coletivos de trabalho representam um dos principais instrumentos de proteção dos tripulantes, consagrando direitos em matéria de acidentes de trabalho, recolocação profissional e compensações em caso de inaptidão. No entanto, os representantes do Sindicato A sublinham que a efetivação destes direitos enfrenta obstáculos significativos na prática.

RS2 assume que a aplicação dos acordos coletivos é constantemente desafiada: “É com muita luta. Sempre com muita luta. É sempre difícil” (Anexos, RS2, I.18). Esta resistência por parte das companhias aéreas obriga a uma atuação permanente do sindicato para garantir o cumprimento do que está legalmente estipulado, em linha com o artigo 28.º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, (2016), que assegura o direito de negociação coletiva e de recurso a ações coletivas.

Uma das cláusulas destacadas é a que equipara a acidente de trabalho qualquer incidente ocorrido fora da base, desde que o tripulante se encontre ao serviço da companhia. RS1 explica: “nós criámos um artigo [...] que refere que qualquer acidente ocorrido fora da base será equiparado a acidente de trabalho” (Anexos, RS2, I.18). Esta medida visa colmatar lacunas em situações de estadia prolongada no estrangeiro, em

que os trabalhadores se mantêm ao serviço, mas sem cobertura adequada. Essa proteção encontra-se refletida no AE TAP e SNPVAC, (2024), Cl. 21.^a (acidente de trabalho) e Cl. 22.^a (acidente fora da base), com remissão para a obrigação de seguros prevista no Regulamento de Retribuições, Reformas e Garantias Sociais, e no AE SATA e SNPVAC, (2024), Cl. 13.^a, al. i), que abrange expressamente acidentes ocorridos na base ou fora dela, e Cl. 5.^a, al. k), assegurando a equiparação a acidente de trabalho e a respetiva cobertura/seguros sempre que o tripulante se encontre ao serviço da empresa, incluindo em escalas no estrangeiro.

Contudo, a implementação desta cláusula está longe de ser automática. RS2 relata casos em que, apesar do direito formal estar garantido, o reconhecimento efetivo por parte da empresa é moroso e exige múltiplas diligências: “um tripulante partiu uma perna numa estadia e ainda está à espera de receber os valores da fisioterapia. [...] São muitas reuniões, muito trabalho de bastidores para que a empresa pague” (Anexos, RS2, l.18). Situações como esta revelam a dificuldade em assegurar o cumprimento de disposições contratuais que, na prática, acabam por depender de negociação caso a caso.

Relativamente à inaptidão definitiva, os acordos preveem a possibilidade de recolocação em funções em terra, sempre que clinicamente possível. RS1 reforça: “caso o tripulante seja considerado inapto para voar, deverá ser recolocado noutra área da empresa” (Anexos, RS1, l.10). Esta previsão está expressa no AE TAP e SNPVAC, (2024), Cl. 21.^a com remissão para a Cl. 25.^a do Regulamento de Retribuições, Reformas e Garantias Sociais, e no AE SATA e SNPVAC, (2024), Cl. 11.^a, visando atenuar o impacto da cessação da atividade aérea através da continuidade laboral em funções compatíveis.

No entanto, RS1 reconhece que nem sempre é viável proceder a essa recolocação. Existem situações em que o trabalhador é considerado inapto não só para voar, mas também “para qualquer outra função” dentro da empresa. Nesses casos, aplica-se o RMA, que formaliza a desvinculação com base na inaptidão reconhecida por ambas as partes (Anexos, RS1, l.10).

Apesar do valor dos acordos coletivos, ambos os representantes sindicais admitem que as soluções neles previstas são insuficientes para dar resposta a todas as situações. RS1 é claro: “reconheço a insuficiência que ainda existe na atuação do sindicato nesta

matéria” (Anexos, RS1, I.10), sublinhando a necessidade de uma revisão periódica dos acordos e de uma fiscalização mais rigorosa do seu cumprimento pelas companhias.

REPRESENTAÇÃO LEGAL: LIMITES E SUSTENTABILIDADE DO APOIO SINDICAL

A representação legal constitui um eixo fundamental da ação sindical, particularmente relevante nos contextos de conflito laboral e reconhecimento de inaptidão. No entanto, os testemunhos dos dirigentes do Sindicato A revelam tensões entre a intenção de garantir apoio gratuito e as limitações financeiras e operacionais que esse objetivo implica.

RS2 salienta que o sindicato assegura apoio jurídico sem custos diretos para os associados: “os honorários dos nossos advogados são suportados pelo Sindicato A e, nesse sentido, são oferecidos” (Anexos, RS2, I.22). Esta prática corresponde ao disposto nos Estatutos SNPVAC, (2023), que preveem a assistência judiciária gratuita aos associados em conflitos emergentes da relação laboral. Sublinha ainda que, face ao elevado custo dos serviços jurídicos externos, esta medida representa um apoio relevante e valorizado pelos tripulantes.

Contudo, o aumento acentuado de processos judiciais contra companhias aéreas colocou uma pressão significativa sobre os recursos do sindicato. “Temos centenas, mas mesmo centenas, de processos em tribunal”, refere RS2, acrescentando que num dos casos em curso “estávamos a falar de valores aproximados de um milhão e qualquer coisa de euros” só em custas judiciais (Anexos, RS2, I.22). Tal realidade expõe o dilema entre o dever de representação coletiva e a sustentabilidade financeira da estrutura sindical, em contraste com o artigo 28.^º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, (2016), que consagra o direito de recurso a ações coletivas

Perante esta realidade, o Sindicato A introduziu novos critérios de acesso ao apoio jurídico: um período de carência de 12 meses de filiação e a exigência de cofinanciamento das despesas legais, com um valor médio de 300 euros por processo. Estes critérios aparentemente resultam de deliberações internas e não estão formalmente previstos nos Estatutos ou Acordos de Empresa. Apesar disso, RS2 reconhece que existe flexibilidade na aplicação destas regras e que, por vezes, “nem cobramos depois essas taxas de processo”, sobretudo em ações com impacto direto na

massa salarial dos associados e que, em caso de vitória, resultam em aumento da cotização (Anexos, RS2, I.22).

O papel do sindicato torna-se particularmente relevante nos momentos de impasse, quando há desacordo entre a empresa, a seguradora ou a MT. Nesses casos, como refere RS1, “o sindicato entra e tenta resolver a situação”. No entanto, admite também as limitações internas para lidar com os aspetos médicos e sociais destes processos: “temos uma vertente mais laboral, mas isto é mais do que laboral, é social, é humano” (Anexos, RS1, I.14). Esta limitação decorre do facto de a intervenção sindical estar essencialmente vinculada à negociação coletiva e ao enquadramento contratual, como previsto no artigo 3.º, n.º 1, al. c) dos Estatutos SNPVAC, (2023), que atribui ao sindicato competência para negociar convenções coletivas de trabalho, não abrangendo as dimensões médico-legais de forma direta.

Esta limitação obriga muitos tripulantes a recorrer a advogados externos, sobretudo quando os processos exigem pareceres médico-legais complexos ou ultrapassam o âmbito da negociação contratual. O apoio jurídico sindical, embora robusto no plano laboral, mostra-se insuficiente para lidar com toda a complexidade das situações de inaptidão.

4.6.2 SUPORTE JURÍDICO E ADMINISTRATIVO PRESTADO PELO SINDICATO

ASSISTÊNCIA JURÍDICA E EXCLUSÃO PÓS-INAPTIDÃO: BARREIRAS ESTATUTÁRIAS

Apesar do reconhecimento da importância da representação legal nos processos de inaptidão, os testemunhos dos dirigentes sindicais evidenciam a existência de barreiras estatutárias que limitam o apoio jurídico precisamente no momento em que os tripulantes mais dele necessitam, após a cessação da atividade profissional por incapacidade.

RS1 esclarece que, segundo os estatutos do Sindicato A, “se um tripulante de cabine, por qualquer razão — saída do voo, inaptidão, mudança de emprego ou outra — deixa de exercer funções, [...] ao fim de quatro meses, deixa de ser associado e perde qualquer apoio jurídico por parte do sindicato” (Anexos, RS1, I.18). Em termos normativos, o apoio jurídico é reservado aos associados, cf. art. 6.º, e a cessação da atividade profissional implica a perda da qualidade de associado, com exceções, nomeadamente

pré-reforma e reforma, o que exclui o acesso à assistência jurídica após a saída da profissão, cf. regulamento do associado, arts. 4.º e 9.º. Apesar de não expressamente manifestado no documento, acredita-se que a menção aos “quatro meses” decorre ainda do regime de quotas: a perda da qualidade de associado verifica-se por três meses de incumprimento e falta de regularização nos 30 dias subsequentes, perfazendo, na prática, cerca de quatro meses (Estatutos SNPVAC, 2023).

Durante a pandemia, foi criada uma figura híbrida de associado por deliberação interna, destinada a tripulantes que cessaram funções por mútuo acordo e que, não estando reformados, continuavam a pagar uma quota semelhante à dos reformados. Contudo, esta figura não abrange automaticamente os casos de inaptidão definitiva. RS1 reconhece essa lacuna, explicando que “tecnicamente e estatutariamente, o tripulante que sai por incapacidade [...] perde automaticamente o estatuto de associado” (Anexos, RS1, l.18).

Na perspetiva de RS2, esta situação exige uma revisão urgente. Defende que “quem foi tripulante devia poder continuar sindicalizado [...] para o resto da vida, se assim o entendesse” (Anexos, RS2, l.26), através da criação de uma nova categoria de sócio que garantisse o acesso a apoios essenciais, como assistência jurídica e plano de saúde, em linha com o artigo 5.º, n.º 3 dos Estatutos SNPVAC, (2023), que já prevê categorias especiais de associados (reformados, honorários ou beneméritos).

Reconhece que, após a inaptidão, o acompanhamento é “fraco” ou mesmo “nulo”, e que os próprios estatutos acabam por funcionar como um entrave: “basicamente, não posso dizer isso dessa maneira, mas é um bocado descartado também” (Anexos, RS2, l.28). Assume ainda que esta exclusão “nunca tinha sido pensada dessa forma” e identifica o tema como “um ponto a melhorar bastante” (Anexos, RS2, l.30).

Este conjunto de testemunhos revela um vazio institucional relevante, que compromete a continuidade da proteção sindical num dos momentos mais críticos da trajetória profissional dos tripulantes, a transição forçada para fora da profissão por motivos de saúde. Tal lacuna colide com o espírito do artigo 34.º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, (2016), que garante a assistência em situações de perda de emprego por motivo de doença ou incapacidade, ainda que não estabeleça um direito automático à manutenção da filiação sindical.

REIVINDICAÇÃO DE DIREITOS E LIMITES DE ACOMPANHAMENTO SINDICAL

Os representantes do Sindicato A reconhecem que os tripulantes estão hoje mais informados sobre os seus direitos em caso de acidente de trabalho. Segundo RS2, “as pessoas estão cada vez mais conscientes dos seus direitos, dos procedimentos, de como é que são pagos” e há atualmente “uma percepção bastante clara por parte dos tripulantes sobre o que é um acidente de trabalho” (Anexos, RS2, l.32).

Esta evolução resulta, em parte, da própria ação do sindicato, que disponibiliza linhas de contacto acessíveis “quase 24 horas”, permitindo que os tripulantes peçam apoio de forma imediata. No entanto, a eficácia deste modelo depende quase exclusivamente da iniciativa individual dos trabalhadores. Como salienta RS2, “é muito difícil termos conhecimento de todos os acidentes de trabalho que acontecem nas empresas. As pessoas também têm que entrar em contacto connosco” (Anexos, RS2, l.32). Esta realidade evidencia os limites práticos da representação coletiva previstos no artigo 3.º, n.º 1, al. a) dos Estatutos SNPAC, (2023), que impõe ao sindicato a defesa dos associados, mas não prevê mecanismos automáticos de reporte obrigatório.

Na prática, o padrão mais comum é o de uma intervenção reativa, ativada apenas quando surgem entraves administrativos ou jurídicos. “Os acidentes de trabalho só se tornam mais visíveis para nós quando existe um problema”, explica RS2, referindo-se a situações em que “a seguradora deixa de considerar que aquela lesão advém do acidente de trabalho” ou quando a Segurança Social considera o trabalhador apto sem validação clínica adequada (Anexos, RS2, l.36). Este desfasamento contrasta com a proteção garantida pela Lei n.º 98/2009, (2009), que reconhece o direito a reparação integral em caso de acidente laboral (artigos 7.º e 8.º), incluindo não apenas as indemnizações, mas também todas as prestações em espécie, como assistência médica, cirúrgica, hospitalar e de reabilitação necessárias à recuperação do trabalhador.

Este tipo de atuação, centrada na fase de litígio, compromete a possibilidade de um acompanhamento processual contínuo e deixa os tripulantes expostos a atrasos e incertezas, sobretudo quando não existe reconhecimento imediato do nexo causal entre a lesão e o exercício da atividade aérea.

Casos como os episódios de *fumes*⁸¹, associados a intoxicação por vapores na cabine, ilustram bem esta dinâmica. O sindicato conseguiu que esses incidentes fossem reconhecidos como acidentes de trabalho em várias companhias, em consonância com a obrigação das transportadoras de garantir a segurança operacional, prevista no Regulamento (EU) n.º 965/2012, (2012), ORO.GEN.200, que impõe às companhias a obrigação de conduzir todas as suas atividades de forma a identificar perigos e gerir riscos para a segurança operacional. Ainda assim, o apoio prestado é geralmente solicitado “quando há problema”, o que revela, mais uma vez, uma atuação reativa: “explicamos todos os contornos: como é que se vai processar o regresso ao trabalho, como é que se mantém o estatuto de acidente de trabalho”, mas quase sempre a posteriori (Anexos, RS2, l.36).

RS1 confirma este padrão, afirmando que o sindicato intervém para “salvaguardar os interesses dos tripulantes”, inclusive em casos concretos como o de uma tripulante da Companhia Aérea B, vítima de acidente de trabalho. Contudo, reconhece que tal atuação depende do alerta do próprio trabalhador: “essas situações chegam-nos pelas pessoas” (Anexos, RS1, l.25).

Esta constatação revela a distância entre as garantias legais e contratuais e a sua efetiva aplicação prática. Para melhor evidenciar esta discrepância, a Tabela 30 apresenta uma análise comparativa entre os direitos previstos nos diplomas legais e instrumentos coletivos e a forma como são efetivamente vividos pelos tripulantes, segundo os testemunhos recolhidos.

Tabela 30 - Direitos previstos vs. prática sindical

Fonte: Elaboração própria com consulta Lei n.º 7/2009, Lei n.º 98/2009, Decreto Lei n.º 220/2006, Estatutos SNPVC e IRCT

Direito e Garantia	Fonte Legal e Contratual	Como Deveria Funcionar	Como Funciona	Causa do Desvio	Proposta de Mitigação
Subsídio de Desemprego por Inaptidão	DL 220/2006, arts. 8.º, 9.º, 75.º	Empresa emite declaração permitindo acesso ao subsídio de desemprego	Empresas raramente entregam a declaração; tripulantes ficam sem	Resistência patronal e burocracia	Reforçar obrigação via ACT/IGT; cláusula em AE

⁸¹ *Fumes*: Na terminologia da ICAO, compostos gasosos, odoríferos e não visíveis presentes no ar de cabine; a expressão é usada operacionalmente para designar eventos de contaminação do ar, via *bleed air* com óleo do motor ou fluido hidráulico, com procedimentos clínico-operacionais específicos. (European Cockpit Association (ECA), 2017).

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

			acesso imediato		
Reconversão Funcional	AE TAP Cl. 21.º/3; AE SATA Cl. 11.º/2	Recolocação em funções compatíveis, com manutenção de vencimento	Alguns casos; sindicatos desconhecem situações de recusa, mas tripulantes relatam dificuldades	Falta de reporte formal; decisão final da empresa	Negociar protocolos de recolocação vinculativos
Acidente em Escala	AE TAP Cl. 3.º x); AE SATA Cl. 5.º k), Cl. 13.º i)	Equiparação a acidente de trabalho sempre que o tripulante esteja ao serviço, incluindo fora da base	Reconhecimento moroso; seguradoras resistem; só resolvido após insistência sindical e via judicial	Resistência das seguradoras	Acordos específicos com seguradoras; protocolos automáticos
Apoio Jurídico Gratuito	Estatutos SNPVAC, art. 6.º	Assistência jurídica gratuita em conflitos emergentes da relação laboral para todos os associados ativos	Apoio limitado a associados ativos; inaptos perdem direito após saída da profissão	Perda de estatuto de associado	Criar categoria de sócio “inapto” com direitos parciais

NEGAÇÃO DE BENEFÍCIOS E RECONVERSÃO FUNCIONAL: PERCEÇÕES SINDICAIS E REALIDADES OCULTAS

A passagem dos tripulantes para fora da função de voo, por motivo de inaptidão definitiva, deveria acionar mecanismos de proteção social, como a reconversão funcional ou o acesso a subsídios. No entanto, os testemunhos sindicais revelam uma dissociação entre os direitos previstos e a sua efetiva aplicação, assim como uma perceção parcial por parte dos próprios dirigentes sindicais sobre a realidade vivida pelos trabalhadores.

RS1 afirma que o Sindicato A garante apoio jurídico “enquanto for tripulante, até à fase em que deixa de estar ligado à profissão”, evidenciando, mais uma vez, a interrupção do apoio no momento crítico da transição (Anexos, RS1, l.29). Segundo o participante, esta limitação decorre dos Estatutos do SNPVAC (2023), porquanto o apoio jurídico é reservado aos associados, cf. art. 6.º, e a cessação da atividade profissional implica a perda da qualidade de associado, com as exceções previstas, tais como pré-reforma e

reforma, o que, por consequência, exclui o acesso à assistência jurídica sindical após a saída da profissão (Estatutos SNPVAC, 2023).

Quanto à reconversão funcional, RS2 expressa uma visão positiva, contrariando os relatos de vários tripulantes: “pela experiência que eu tenho tido, por norma são os tripulantes que não desejam essa colocação em terra” (Anexos, RS2, l.38). Acrescenta que os casos que conhece foram “até de relativo sucesso”, com reintegração satisfatória em funções compatíveis (Anexos, RS2, l.42).

Contudo, quando confrontado com os casos da Companhia Aérea A ou da Companhia Aérea B, admite desconhecimento de situações concretas em que essa recolocação tenha sido negada: “Acredito que os haja. E até acredito que haja pessoas que queiram ir para outras funções, mas pessoalmente, não tenho conhecimento, não. A sério que não tenho mesmo” (Anexos, RS2, l.42). Esta lacuna revela um desfazamento entre a realidade dos trabalhadores e a percepção institucional do sindicato.

Igualmente, a inexistência de um sistema estruturado de reporte entre empresas e sindicato impede o acompanhamento adequado destes casos, tornando a atuação dependente da visibilidade individual de cada situação.

SEGUROS OCUPACIONAIS: LACUNA SINDICAL NA PROTEÇÃO PÓS-INCAPACIDADE

A análise dos testemunhos dos representantes sindicais evidencia uma lacuna relevante na proteção dos tripulantes inaptos, relacionada com a ausência de mecanismos de seguro ocupacional promovidos ou mediados pelo Sindicato A. Apesar da relevância crescente dos seguros de trabalho noutros setores profissionais de risco, o sindicato não oferece, nem intermedeia, qualquer cobertura adicional em caso de incapacidade laboral.

Confrontado diretamente com a questão, RS2 é taxativo: “Não. Nada.” (Anexos, RS2, l.46), deixando claro que o sindicato não tem protocolos, parcerias ou propostas nesse domínio. RS1 distingue entre plano de saúde e seguro de trabalho, esclarecendo que “temos um plano de saúde para despesas médicas”, mas que “a nível de seguro de trabalho, nós não temos” (Anexos, RS1, l.35). Essa clarificação confirma que a proteção existente se limita ao acesso a cuidados de saúde, prevista no artigo 71.º dos Estatutos SNPVAC, (2023), através do plano de saúde sindical, sem qualquer cobertura para

perdas de rendimento, reclassificação profissional ou compensações por incapacidade definitiva, garantias habitualmente associadas a seguros ocupacionais.

Esta lacuna torna-se ainda mais significativa perante o contexto já descrito de judicialização frequente dos acidentes de trabalho, de resistência das seguradoras em reconhecer a origem profissional das lesões, e da fragilidade do acompanhamento pós-inaptidão. A inexistência de uma solução complementar promovida pelo sindicato agrava a vulnerabilidade financeira dos tripulantes e evidencia uma área estrutural ainda não integrada nas prioridades do Sindicato A.

PRESSÃO SOBRE AS COMPANHIAS AÉREAS: LIMITES DA AÇÃO SINDICAL NA RECONVERSÃO FUNCIONAL

A reconversão profissional dos tripulantes considerados inaptos para o voo constitui uma obrigação prevista nos AE, que determina que, antes de qualquer dispensa, deve ser avaliada a possibilidade de recolocação noutra função.

Segundo RS1, o acordo coletivo estabelece que a companhia aérea “deve avaliar a possibilidade de permanência na empresa”, incluindo a recolocação do tripulante noutra área, com manutenção do salário anterior, mesmo que este seja superior ao vencimento típico da nova função (Anexos, RS1, l.37). Esta garantia encontra-se prevista no AE TAP e SNPVAC, (2024), Cl. 21ª n.º 3 (manutenção do vencimento base e do vencimento de senioridade, salvo se a nova função tiver vencimento base superior), e no AE SATA e SNPVAC, (2024), Cl. 11ª n.º 2 (manutenção do vencimento base e das diuturnidades vencidas, salvo retribuição superior na nova função), regulando a recolocação em funções compatíveis com preservação remuneratória.

Contudo, essa obrigatoriedade é mitigada por uma margem de manobra concedida às empresas: “a companhia terá de comprovar porque é que esse tripulante não pode ser colocado noutra área da empresa” (Anexos, RS1, l.41). Na prática, esta exigência de justificação não garante a efetiva recolocação, permitindo que a decisão final permaneça na esfera da empresa e limitando a intervenção vinculativa do sindicato, cuja atuação se restringe a acompanhar e aconselhar individualmente os tripulantes.

O próprio RS1 reconhece que o sindicato “não tem um papel negocial direto ou de pressão sobre a empresa nessa decisão”, limitando-se a acompanhar e aconselhar os tripulantes de forma individualizada (Anexos, RS1, l.43). A atuação sindical traduz-se

muitas vezes numa mediação informal com os RH e não numa imposição contratual clara.

O apoio do sindicato pode assumir dois sentidos: facilitar a recolocação em áreas onde o tripulante “se sinta confortável” e possa “ser uma mais-valia”, ou, alternativamente, pressionar para a emissão da “cartinha” de cessação do contrato, que permita o acesso aos subsídios sociais. Contudo, RS2 sublinha que, no caso da Companhia Aérea A, essa carta “é muito difícil de sair” (Anexos, RS2, l.48). O problema reflete-se na articulação dos artigos 8.º e 9.º do Decreto-Lei n.º 220/2006, (2006), que, em conjunto, preveem o direito ao subsídio de desemprego em situações de cessação do contrato por inaptidão definitiva, desde que esta configure desemprego involuntário.

Adicionalmente, embora RS1 reconheça que o posto oferecido deveria ser “adequado às competências e qualificações” do trabalhador, admite que essa preocupação “nem sempre foi central nas negociações anteriores”, ficando ao critério da empresa a decisão final sobre o local de reintegração (Anexos, RS1, l.40).

4.6.3 APOIO SOCIAL, PSICOLÓGICO E REQUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

APOIO PSICOLÓGICO: RELEVÂNCIA RECONHECIDA, IMPLEMENTAÇÃO FRÁGIL

O reconhecimento da importância do apoio psicológico aos tripulantes tem vindo a crescer, em particular nos contextos de crise, doença e inaptidão. No entanto, os testemunhos recolhidos junto dos representantes do Sindicato A revelam uma resposta ainda incipiente e marcada pela descontinuidade, refletindo mais uma atuação reativa do que uma política estruturada.

RS1 recorda que o serviço de apoio psicológico foi implementado na sequência da pandemia de COVID-19, como resposta ao aumento de situações de vulnerabilidade emocional: “foi implementado pelo sindicato devido às diversas situações que surgiram” naquele período crítico. Reconhece, no entanto, que “as consequências da COVID não se limitaram ao período da pandemia” (Anexos, RS1, l.45).

O serviço criado era acessível diretamente pelos tripulantes, sem mediação, e destinado a todos os associados, independentemente da situação profissional. No entanto, como refere RS1, “foi desenvolvido por outra necessidade”, não foi concebido especificamente para responder a situações de inaptidão definitiva (Anexos, RS1, l.45).

Apesar da sua abrangência, a adesão foi reduzida. Segundo o mesmo dirigente, “é difícil para um tripulante pedir ajuda” e, na prática, “é um apoio que, neste momento, é muito pouco utilizado”. A baixa procura levou à sua suspensão por razões financeiras: “por uma questão de contenção de custos, terminou-se com esse apoio psicológico” (Anexos, RS1, l.45). Esta interrupção evidencia a ausência de uma estratégia sindical consistente de promoção da saúde mental, em contraste com o artigo 31.º, n.º 1 da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, (2016), que garante condições de trabalho saudáveis e seguras, e com a secção 4.10 do *Cabin Operations Safety Guide* da IATA, (2017), compatível com as recomendações internacionais de integração de programas de apoio psicológico e PSP em companhias aéreas.

RS2 manifesta reservas em relação à decisão de descontinuar o serviço: “sinceramente, não me agrada essa decisão. É uma coisa que, se calhar, temos de repensar” (Anexos, RS2, l.50). Esta ambivalência evidencia a ausência de um compromisso claro e sustentado com a saúde mental dos associados, apesar da crescente valorização internacional desta dimensão, especialmente no setor aeronáutico.

REINSERÇÃO PROFISSIONAL PÓS-INAPTIDÃO: FALHA ESTRUTURAL DO APOIO SINDICAL

A fase de transição para fora da atividade aérea, por motivo de inaptidão definitiva, constitui um dos momentos de maior fragilidade para os tripulantes. No entanto, os testemunhos dos representantes do Sindicato A confirmam a inexistência de políticas estruturadas de reinserção profissional por parte do sindicato, revelando uma falha institucional profunda nesse domínio.

Questionado diretamente sobre a existência de mecanismos de apoio à reintegração ou reconversão profissional, RS1 é perentório: “Nenhum. Nenhum” (Anexos, RS1, l.47). Esta resposta evidencia a ausência de planos formais, programas de requalificação ou acompanhamento sistemático, mesmo para os tripulantes que manifestam interesse em manter-se no mercado de trabalho dentro da indústria aeronáutica.

RS2 corrobora esta visão crítica. Reconhece que, após os primeiros meses da inaptidão, o sindicato “descarta um bocado essas pessoas”. Explica que, por força das regras estatutárias e de contenção de custos, os tripulantes deixam rapidamente de ser associados: “é quando as pessoas mais necessitam, é nessa fase — quando são

despedidas ou quando ficam incapacitadas” (Anexos, RS2, l.52). Esta limitação decorre dos Estatutos SNPVAC, (2023) e, que determina a perda da qualidade de associado após cessação da atividade profissional, mesmo em caso de incapacidade, como referido anteriormente.

Essa exclusão institucional compromete o papel do sindicato como agente de proteção contínua. RS1 admite que o apoio, quando existe, é prestado pela via informal: “muitas vezes, ele não é prestado pela via institucional, mas sim pela via pessoal”, através de dirigentes ou colegas com ligação direta ao tripulante afetado (Anexos, RS1, l.49). Embora essa solidariedade pontual tenha valor humano, é estruturalmente insuficiente e desigual.

Apesar do diagnóstico crítico, existe vontade de mudança. RS1 revela que, no novo mandato sindical, pretende criar “um apoio pós-saída, pós-incapacidade”, defendendo que “seria importante haver esse acompanhamento nos primeiros tempos para o tripulante que vê a sua vida mudar radicalmente” (Anexos, RS1, l.49). Esta intenção marca um possível ponto de viragem na forma como o sindicato encara as suas responsabilidades perante os ex-associados.

REQUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL: A FALTA RECONHECIDA DE UM PILAR ESTRUTURAL

A ausência de programas de requalificação profissional para tripulantes inaptos para o voo é unanimemente reconhecida pelos representantes do Sindicato A como uma das falhas mais graves da estrutura sindical. Os testemunhos revelam não apenas a inexistência de medidas concretas, mas também uma consciência crescente da necessidade de transformação cultural e organizacional.

Confrontado com a pergunta sobre a existência de programas de reconversão profissional, RS2 é categórico: “Gostaria de dizer que sim, mas a resposta é não” (Anexos, RS2, l.54). Esta declaração, apesar de breve, é reveladora do vazio institucional que afeta os tripulantes após a cessação forçada da atividade aérea.

Por seu lado, RS1 reconhece que, mesmo após décadas de contribuição e filiação, o tripulante perde o vínculo ao sindicato assim que termina a sua atividade: “o tripulante deixa de ser tripulante e, mesmo com 10, 15 ou 30 anos de associado e de profissão, a

partir do momento em que deixou de ser associado, deixou de ter direito, deixou de ter esse acompanhamento” (Anexos, RS1, l.51).

Considera que “nós deveríamos ter esse acompanhamento mais preciso, sabendo das lacunas e fragilidades que temos no processo em si” (Anexos, RS1, l.51), reconhecendo que a atuação atual não responde às necessidades reais dos tripulantes em situação de inaptidão.

Ambos os dirigentes refletem sobre a contradição entre o discurso sindical e as práticas institucionais. Como observa RS1, “às vezes, de facto, nós dizemos que, para as empresas, somos números, não temos nome, e muitas vezes, infelizmente, acabamos por ser nós próprios a cometer o mesmo erro” (Anexos, RS1, l.51). Esta autocrítica evidencia a necessidade urgente de repensar o papel do sindicato enquanto estrutura de proteção não apenas laboral, mas também social, incluindo a fase pós-carreira, em consonância com o artigo 34.º, n.º 2 da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, (2016), que consagra o direito à assistência social em situações de perda de emprego.

APOIO FINANCEIRO: UM VAZIO NÃO ENFRENTADO

Apesar das graves consequências económicas associadas à inaptidão definitiva para o voo, o Sindicato A não dispõe de qualquer mecanismo específico de apoio financeiro para os tripulantes afetados. Esta ausência é assumida de forma clara pelos seus representantes e constitui mais uma evidência da fragilidade do apoio sindical na fase de maior vulnerabilidade dos associados.

RS1 é direto ao afirmar: “apoio nós não temos. Especificamente com empresas para tripulantes inaptos, o sindicato não tem” (Anexos, RS1, l.53). A sua declaração traduz a inexistência de fundos de emergência, subsídios extraordinários, parcerias com entidades de apoio social ou qualquer outro instrumento compensatório para perdas de rendimento resultantes da cessação da atividade.

RS2 confirma a mesma realidade, de forma ainda mais sucinta: “Não” (Anexos, RS2, l.56). Esta resposta evidencia a ausência de medidas concretas num domínio essencial da proteção social.

A falta de apoio financeiro sindical torna-se ainda mais problemática quando articulada com o regime estatutário que leva à cessação da qualidade de associado pouco tempo após a inaptidão. Esta combinação — perda de filiação, ausência de acompanhamento e inexistência de compensação financeira — coloca os trabalhadores num ciclo de desproteção crítica, frequentemente agravado pela morosidade dos processos de reconhecimento da incapacidade por parte das seguradoras e entidades oficiais, apesar das garantias previstas nos artigos 7.º e 8.º da Lei n.º 98/2009, (2009).

Neste contexto, a inexistência de uma estratégia financeira de apoio aos inaptos compromete seriamente a função do sindicato enquanto garante da estabilidade socioeconómica dos seus membros em situações de fragilidade.

RELAÇÕES INTERINSTITUCIONAIS: O VAZIO DA COORDENAÇÃO E A DESRESPONSABILIZAÇÃO MÚTUA

Os testemunhos dos representantes do Sindicato A revelam uma ausência estrutural de articulação entre os vários intervenientes nos processos de inaptidão — companhias aéreas, seguradoras, Segurança Social, entidades reguladoras e sindicatos. Esta falta de coordenação institucional origina um ciclo de desresponsabilização, em que cada entidade transfere o ónus da resolução para outra, deixando os tripulantes num limbo funcional, social e financeiro.

RS2 é particularmente incisivo nesta crítica: “ainda está tudo por fazer” e “as pessoas são descartadas simplesmente, quer pelas empresas, quer pelos sindicatos, quer pelas entidades” (Anexos, RS2, l.58). Esta afirmação reflete uma visão crítica não só sobre o comportamento patronal, mas também sobre a insuficiência da resposta sindical e do próprio sistema de proteção social.

RS1 partilha do diagnóstico, sublinhando que “é essencial existir um esforço conjunto” entre todos os atores institucionais envolvidos. Aponta como exemplo positivo o protocolo criado para os casos de exposição a *fumes*, defendendo que “situações desta natureza devem ser tratadas automaticamente”, com critérios clínicos pré-definidos e sem necessidade de recorrer a processos judiciais (Anexos, RS1, l.57).

No entanto, RS1 reconhece que o sindicato não dispõe do peso institucional necessário para impor ou negociar diretamente esses protocolos. Refere que “não foi o sindicato que impôs ou negociou com a seguradora [...] foi a empresa que, junto da seguradora,

estabeleceu um protocolo” (Anexos, RS1, I.57). Esta constatação revela a posição subalterna do sindicato nos processos de mediação com impacto coletivo, e a dependência da vontade da entidade patronal.

A incoerência na atribuição de inaptidões também é apontada como sintoma de desarticulação institucional. RS1 denuncia que “o indivíduo A é considerado inapto, mas o indivíduo B, com exatamente o mesmo problema, não o é”, defendendo a necessidade de critérios uniformes entre sindicatos, empresas e seguradoras, com “pressupostos claros” que permitam decisões justas e verificáveis (Anexos, RS1, I.57).

Apesar da clareza das propostas, ambos os dirigentes reconhecem a ausência de vontade política para implementar mudanças estruturais. RS1 conclui: “as três partes deveriam unificar esforços, mas, como digo, o sindicato não tem esse peso. Quem tem esse peso é a empresa” (Anexos, RS1, I.57), consolidando a ideia de uma arquitetura institucional assimétrica, que perpetua desigualdades e expõe os tripulantes a decisões opacas e fragmentadas, em contradição com o artigo 27.º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, (2016), que consagra o direito dos trabalhadores à informação e consulta.

4.7 A REPRESENTAÇÃO LEGAL

4.7.1 ENQUADRAMENTO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO E PERCURSO PROFISSIONAL

O percurso profissional das juristas DL1 e DL2 reflete uma atuação jurídica consolidada, especializada e sustentada num compromisso claro com a defesa dos direitos dos tripulantes, sobretudo em situações de fragilidade laboral decorrentes da inaptidão definitiva para o exercício da função. As suas trajetórias revelam não apenas uma experiência acumulada significativa, mas também uma leitura crítica e informada das debilidades estruturais do sistema jurídico e das especificidades do setor da aviação civil.

DL1, assessora jurídica do Sindicato A, exerce funções há 38 anos, coordenando o Departamento Jurídico da organização. O seu trabalho estende-se ao apoio jurídico de cerca de 4000 associados, provenientes de companhias aéreas como a Companhia Aérea A e Companhia Aérea B, entre outras. A sua carreira tem-se centrado maioritariamente no patrocínio de ações laborais, com forte incidência na defesa dos

interesses dos tripulantes, sendo significativa a sua experiência no acompanhamento de “múltiplos casos de inaptidão/incapacidade permanente para as respectivas funções” (Anexos, DL1, I.2). A longevidade e amplitude da sua intervenção conferem à sua perspectiva uma autoridade técnica e histórica relevante, sobretudo no que se refere à evolução das práticas sindicais e jurídicas neste domínio.

DL2, por sua vez, desenvolve há cerca de uma década uma prática centrada em litígios laborais, incluindo processos de cessação do contrato por inaptidão definitiva. Relatando a sua experiência com companhias como a Companhia Aérea A e a Companhia Aérea B, sublinha a variabilidade dos desfechos: “alguns foram mais satisfatórios do que outros, porque não só a jurisprudência não é muito uniforme em relação a estes casos em concreto — da inaptidão permanente e definitiva — como a própria sustentabilidade da legislação também não nos deixa muito confortáveis” (Anexos, DL2, I.4). Esta observação evidencia a existência de zonas cinzentas na legislação laboral aplicável, e a instabilidade jurisprudencial que compromete a previsibilidade das decisões judiciais, dificultando a consolidação de uma doutrina protetora e coerente para os tripulantes.

DL2 sublinha ainda a singularidade da profissão, salientando que “este tipo de profissão [...] tem uma série de particularidades — como deve saber — que fazem destacar esta atividade dos assistentes de bordo” (Anexos, DL2, I.4). Esta referência à especificidade funcional da atividade remete para a exigência de reconhecimento jurídico diferenciado, atento à carga física, cognitiva e emocional da função associada. A sua afinidade com o ramo do direito do trabalho é reforçada pelo interesse declarado na promoção da igualdade e na defesa dos direitos fundamentais dos trabalhadores, nomeadamente no que diz respeito à subsistência e dignidade profissional: “porque gosto de combater pelos direitos dos trabalhadores, dessa problemática, e da igualdade, que envolve muito os direitos fundamentais, porque se trata da subsistência das pessoas também” (Anexos, DL2, I.4).

Os testemunhos de DL1 e DL2 confirmam a existência de um núcleo de prática jurídica profundamente enraizado no setor da aviação comercial, direcionado para a proteção dos tripulantes em contextos de vulnerabilidade laboral. A análise crítica das lacunas legislativas e jurisprudenciais, aliada à sensibilidade social que caracteriza as suas

atuações, sublinha a necessidade urgente de uma resposta normativa mais clara, estável e ajustada às especificidades desta profissão, de forma a garantir uma tutela efetiva dos direitos em situações de inaptidão definitiva para o voo.

4.7.2 ENQUADRAMENTO LEGAL DA INAPTIDÃO DEFINITIVA

ENQUADRAMENTO JURÍDICO DA INAPTIDÃO DEFINITIVA

As juristas DL2 e DL1 evidenciam, nos seus depoimentos, as fragilidades e incongruências do atual enquadramento jurídico aplicável à inaptidão definitiva dos tripulantes, em particular quando esta resulta de acidente de trabalho. Ambas reconhecem que a legislação nacional e internacional aplicável é dispersa, genérica e insuficientemente adaptada à especificidade da profissão, o que acarreta dificuldades adicionais para os profissionais envolvidos e os seus representantes legais.

DL1 salienta que a base legal continua a ser a Lei n.º 98/2009, (2009), que, cujo artigo 8.º define o conceito de acidente de trabalho, integrando-se num regime abrangente que regula a reparação de acidentes de trabalho e doenças profissionais. No entanto, sublinha que este quadro jurídico não contempla as especificidades operacionais e funcionais dos tripulantes, sendo necessário complementar a análise com os acordos de empresa e convenções coletivas de trabalho, em articulação com o CT aprovado pela Lei n.º 7/2009, (2009), que remete para o regime especial de acidentes de trabalho e doenças profissionais. “Temos que atender a cada companhia — se têm acordos de empresa também [...]. E depois, nunca esquecer que podem ser violados os direitos fundamentais. E claro, temos a Constituição aqui também envolvida” (Anexos, DL2, I.6).

DL2 reforça esta crítica ao sistema legal, indicando que, apesar das exigências próprias da profissão, o legislador nunca tratou o acidente de trabalho do tripulante de forma diferenciada: “A verdade é que o legislador nacional nunca se debruçou sobre esta matéria, sendo os AT tratados como em qualquer outra profissão” (Anexos, DL2, I.6). Esta lacuna normativa gera insegurança jurídica e ausência de critérios específicos para a avaliação da incapacidade.

A participante DL1 destaca o papel da ANAC como entidade certificadora da aptidão dos tripulantes, com base no Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), que prevê requisitos de aptidão médica dos tripulantes e determina que estes não desempenhem funções

quando exista diminuição da aptidão médica. A perda desse requisito implica, de facto, a cessação do exercício profissional, independentemente do grau percentual da incapacidade declarada.

Ambas reconhecem, portanto, que a decisão final sobre a IPATH recai, muitas vezes, sobre os tribunais do trabalho, que carecem de pareceres médicos com competência em MA, o que agrava a disparidade entre a avaliação funcional real e a decisão jurídica. A jurisprudência recente tem, aliás, valorizado o resultado da MA na aferição da IPATH de tripulantes, salientando a sua “relevância decisiva em matéria de aptidão ou inaptidão do trabalhador”, no contexto da segurança aeronáutica (*Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa – Processo n.º 10004/16.7T8LSB.L1-4*, 2023). Como observa DL1: “os médicos arrolados para as Juntas Médicas, de especialidades outras, não têm a mínima formação em medicina aeronáutica, desconhecendo que uma IPP de 1 ou 2% pode na verdade repercutir-se inibitória da capacidade definitiva e total do tripulante” (Anexos, DL1, I.8).

OS CRITÉRIOS DE INAPTIDÃO: ESPECIFICIDADE FUNCIONAL E AVALIAÇÃO MÉDICO-LEGAL TRADICIONAL

O tratamento jurídico da inaptidão permanente dos tripulantes apresenta uma tensão entre os critérios médico-aeronáuticos altamente específicos e o modelo de avaliação médico-legal tradicional aplicado pelos tribunais do trabalho. Esta clivagem é um dos principais obstáculos à justiça material nestes casos, como sublinham ambas as juristas entrevistadas. A exigência de aptidão médico-aeronáutica específica decorre do regime EASA aplicável a tripulantes, Anexo IV — Parte MED, do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), que impõe que o tripulante esteja e permaneça medicamente apto, com avaliações periódicas e relatório médico próprio.

DL1 clarifica que não existe uma correspondência automática entre uma lesão física e a declaração de inaptidão definitiva, sendo essencial uma análise funcional e específica: “Terá de ser analisada medicamente se a afetação determina efetivamente uma incapacidade para as funções específicas que são executadas por um tripulante de cabine” (Anexos, DL1, I.10). Esta leitura alinha com a orientação técnico-operacional EASA, ponto MED.C.005, que lista as capacidades a salvaguardar, entre elas, a aptidão física e mental para o desempenho das funções críticas de segurança operacional.

A jurista enumera um conjunto de funções que exigem plena aptidão física e psicomotora, desde tarefas de serviço (manuseamento de *trolleys*, contentores, refeições de passageiros, abertura e fecho de portas de aeronave, etc.) até procedimentos de emergência (reanimação cardiorrespiratória, manuseamento de equipamento de emergência e de combate a fogos, etc.), muitas delas implicando esforço físico significativo, coordenação motora e simultaneidade de movimentos — exatamente o tipo de exigências funcionais destacadas na orientação EASA para avaliação médico-funcional do “*main cabin crew duties*” (Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa – Processo n.º 10004/16.7T8LSB.L1-4, 2023).

Por sua vez, DL2 foca-se no percurso processual que se segue à avaliação médica inicial, sob responsabilidade da ANAC, enquanto autoridade aeronáutica: “Tem de ser feita a avaliação médica, logo por parte da ANAC, que é a entidade soberana — e depois [...] passa para o tribunal” (Anexos, DL2, I.14).

No tribunal, o processo inicia-se com uma fase conciliatória, apoiada em pareceres técnicos, um do gabinete médico-legal, um segundo solicitado pelo trabalhador e um terceiro apresentado pela seguradora. A decisão depende da maioria das conclusões médicas na JM, podendo o trabalhador discordar e solicitar nova JM, dando início à fase contenciosa. A prática relatada está refletida em decisões recentes da Relação de Lisboa, onde se documenta a sequência: exame em fase conciliatória, não conciliação, requerimento de junta, pareceres especializados e ponderação judicial (Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa – Processo n.º 27397/19.6T8LSB.1.L1-4, 2024).

No mesmo acórdão, a Relação de Lisboa valoriza expressamente o resultado da MA na aferição da (in)aptidão dos comissários/assistentes de bordo, sublinhando a sua “relevância decisiva” para a decisão no quadro da segurança aeronáutica.

Este modelo, ainda que formalmente equilibrado, não garante que os peritos tenham formação específica em MA, o que compromete a fidelidade da avaliação ao contexto funcional real do tripulante. O risco é acentuado quando se tenta compatibilizar percentagens de IPP com requisitos de segurança aeronáutica, podendo uma IPP, bastante reduzida, de 1-2%, como no Acórdão TRL 2582/20.1T8CSC.L1-4, (2024), traduzir-se, na prática, em inaptidão total para o exercício da função.

ENTRE O REGIME GERAL E AS EXIGÊNCIAS AERONÁUTICAS

As juristas DL2 e DL1 são unânimes em reconhecer que a legislação laboral portuguesa não está devidamente ajustada à especificidade da função de tripulante de cabine e à avaliação de incapacidades decorrentes de acidentes de trabalho, hoje regulados em termos gerais pela Lei n.º 98/2009, (2009). Esta insuficiência normativa leva a que a proteção dos trabalhadores dependa, em larga medida, de regulamentos internos das companhias aéreas e de acordos de empresa.

DL1 identifica com clareza esta lacuna: “Há, na verdade, uma lacuna da legislação que regula o acidente de trabalho quanto à avaliação das consequências das incapacidades dele emergentes para o exercício habitual das funções próprias de um tripulante de cabine” (Anexos, DL1, I.14).

A crítica recai não apenas sobre a ausência de critérios funcionais próprios para a profissão, mas também sobre a dificuldade em compatibilizar a lógica do direito do trabalho com os critérios da avaliação médico-aeronáutica, a qual exige aptidão específica e avaliações periódicas para exercício de funções de segurança.

Complementando esta análise, DL2 sublinha que a lei “é um pouco genérica”, não contemplando de forma suficiente os requisitos específicos da profissão. Na sua perspetiva, são os acordos de empresa que vêm colmatar esta ausência, ao detalhar funções, categorias e exigências operacionais próprias: “O que vem complementar é, efetivamente, os regulamentos internos das próprias companhias [...] Por exemplo, a Companhia Aérea B tem o seu próprio acordo de empresa, e que fala justamente no pormenor [...] de tudo o que tem a ver com as categorias [...] dos tripulantes” (Anexos, DL2, I.16).

A partir destes testemunhos, percebe-se que o núcleo de proteção jurídica efetiva dos tripulantes reside mais nos instrumentos de contratação coletiva e regulação interna do que na legislação nacional, o que gera desigualdades na aplicação do direito e dependência da sensibilidade das companhias.

DIREITOS DOS TRIPULANTES INAPTOS: REGIME LEGAL, LIMITES FUNCIONAIS E REALIDADE PSICOLÓGICA

A legislação portuguesa prevê um conjunto de direitos robustos para os trabalhadores que ficam inaptos em virtude de acidente de trabalho, mas, no caso dos tripulantes, a

aplicação destes direitos colide com a natureza específica e altamente funcional da profissão. O regime legal consagrado na Lei n.º 98/2009, (2009), define as modalidades de compensação e proteção em situações de incapacidade, mas a realidade clínica e emocional dos tripulantes impõe desafios adicionais à sua aplicação plena — em tensão com as exigências de aptidão específica e avaliações periódicas previstas na Parte MED, pontos MED.C.001 e MED.C.005 do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011).

Segundo DL2, a inaptidão definitiva dá origem, em regra, ao reconhecimento de uma incapacidade permanente, com direito a uma pensão vitalícia, cujo cálculo depende da TNI e da avaliação médica: “Atribui-lhes uma incapacidade, e essa incapacidade vai traduzir-se numa pensão vitalícia [...] através de uma tabela — e os próprios médicos fazem essas continhas [...] e o tribunal vai, de facto, condenar naquele valor” (Anexos, DL2, I.18).

Este direito encontra respaldo nos artigos 23.º a 48.º da Lei n.º 98/2009, (2009), (prestações em espécie e em dinheiro), sendo que, no caso de IPATH, a pensão vitalícia é “compreendida entre 50% e 70% da retribuição” (artigo 48.º, n.º 3, al. b)).

Contudo, como sublinha DL2, a dificuldade não reside apenas na atribuição da incapacidade, mas na sua compatibilização com qualquer função operacional dentro da companhia aérea. Mesmo a possibilidade de reconversão em terra é limitada nos casos de perturbação psicológica ou psiquiátrica: “Se forem questões psicológicas ou psiquiátricas, é sempre difícil — no ar ou em terra é igual — porque está inapto, porque não consegue trabalhar, não consegue lidar com o que estava habituado a lidar”. A jurista descreve ainda a intensidade da reação emocional de alguns tripulantes: “basta terem contacto com o próprio espaço, ouvirem os aviões a descer e a subir, e saberem que as pessoas estão ligadas àquela atividade...ficam muito, muito stressadas e não conseguem” (Anexos, DL2, I.18).

Face à ausência de funções alternativas viáveis, muitos destes profissionais ficam, segundo a mesma jurista, “entregues a si próprios” e são forçados a “fazer o seu próprio caminho” fora do setor (Anexos, DL2, I.20). Esta realidade ilustra a limitação estrutural das respostas legais e contratuais quando confrontadas com quadros de sofrimento mental profundo e desadaptação ocupacional irreversível.

OBSTÁCULOS JURÍDICOS: INADEQUAÇÃO PERICIAL, AUSÊNCIA DE ENCAMINHAMENTO E VULNERABILIDADE ECONÓMICA

As juristas DL1 e DL2 identificam um conjunto de obstáculos jurídicos persistentes no tratamento dos casos de inaptidão definitiva de tripulantes, em especial quando esta decorre de acidente de trabalho. A sua análise evidencia três grandes dificuldades estruturais: a desadequação do sistema pericial judicial, a inexistência de mecanismos formais de reconversão e apoio pós-saída, e a insuficiência económica das compensações atribuídas.

DL2 destaca que, mesmo após a atribuição de uma pensão, os trabalhadores enfrentam sérias dificuldades de reintegração profissional e sobrevivência autónoma: “Apesar de terem essa pensão — como deve calcular — a pensão não lhes dá possibilidades de se autonomizarem e de viverem só com aquela pensão [...] a pessoa fica entregue a si própria” (Anexos, DL2, l.22).

A jurista sublinha também a fragilidade da resposta institucional no momento em que o tripulante mais precisa de apoio para a reorientação profissional, apontando para a ausência de qualquer mecanismo público ou privado de reintegração estruturada. Embora alguns trabalhadores procurem alternativas “o que não há é ajuda, não há encaminhamento” (Anexos, DL2, l.22).

Do ponto de vista jurídico, a maior dificuldade reside, segundo a mesma jurista, na correta avaliação da inaptidão e da incapacidade laboral: “Os principais desafios jurídicos são conseguirmos que essa inaptidão seja bem avaliada, e que saia com uma incapacidade que seja de acordo, efetivamente, com aquilo que foi prejudicado na sua maneira de trabalhar” (Anexos, DL2, l.24).

DL1 corrobora esta crítica, referindo-se à deficiente legislação sobre inaptidão, que obriga o tripulante a recorrer ao tribunal e a suportar custos elevados com pareceres médicos aeronáuticos especializados. “O tripulante tem de recorrer a médicos da especialidade aeronáutica para melhor fundamentar a sua situação de incapacidade para as funções específicas que exerce, o que lhe acarreta dispendiosos custos” (Anexos, DL1, l.22). Este percurso judicial, assente em exame na fase conciliatória, eventual JM e ponderação de pareceres especializados, encontra eco na jurisprudência recente da Relação de Lisboa, que sublinha ainda a necessidade de ponderar a decisão *Medical*

Report Unfit de um AeMC na aferição da IPATH (*Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa – Processo n.º 27397/19.6T8LSB.1.L1-4*, 2024).

A jurista alerta ainda para a falta de sensibilidade dos peritos judiciais face às exigências técnicas da profissão, o que frequentemente conduz a avaliações inadequadas: “[O tripulante] tem de pugnar por fazer valer essa situação especial perante peritos que, na maior das vezes, mostram pouca sensibilidade aos contornos concretos e objetivos em que a profissão é exercida” (Anexos, DL1, l.22).

4.7.3 RESPONSABILIDADE LEGAL DA COMPANHIA AÉREA

DEVERES DAS COMPANHIAS AÉREAS: ENTRE A RESPONSABILIDADE LEGAL E A PRÁTICA DE DESVINCULAÇÃO

A análise das juristas DL1 e DL2 revela uma clivagem profunda entre os deveres legais das companhias aéreas perante os tripulantes inaptos e a forma como esses deveres são operacionalizados na prática. Em teoria, a legislação portuguesa estabelece a obrigação do empregador de assegurar a reabilitação profissional e a adaptação do posto de trabalho, conforme previsto nos arts. 155.º e 162.º-165.º da Lei n.º 98/2009, (2009): “A obrigação do empregador [é] assegurar a reabilitação profissional do trabalhador e a adaptação do posto de trabalho, necessárias ao exercício das funções, com direito a formação certificada” (Anexos, DL1, l.24).

Contudo, como explica DL1, esta obrigação raramente se traduz em reintegração real, sobretudo na aviação. De acordo com a sua experiência, a maioria das empresas declara simplesmente a impossibilidade de reclassificação por ausência de categorias compatíveis nos seus quadros. A exceção é a Companhia Aérea A, cujo AE prevê expressamente essa obrigação — ainda que, mesmo aí, “na maioria dos casos, tudo faz para que o caminho seja a cessação do contrato de trabalho” (Anexos, DL1, l.25).

No caso da Companhia Aérea B, o AE apenas prevê a reclassificação “se a empresa tiver lugares em terra disponíveis para atribuir”, o que deixa a efetivação do direito dependente da disponibilidade pontual de vagas, e não de uma política institucional de reconversão (Anexos, DL1, l.26). Nas restantes companhias, o que se verifica é o encaminhamento para a caducidade do contrato de trabalho, ao abrigo da alínea b) do artigo 343.º do CT — ou seja, por impossibilidade superveniente, absoluta e definitiva,

de o trabalhador prestar o seu trabalho ou de o empregador o receber (Lei n.º 7/2009, 2009).

Este tipo de caducidade não confere qualquer indemnização adicional ao trabalhador, o que acentua a sua vulnerabilidade económica. Como refere DL1, apenas algumas companhias oferecem seguros de inibição de voo e, quando estes não existem, a única compensação possível resulta do reconhecimento de IPATH e da indemnização correspondente, quando atribuída.

Por sua vez, DL2 destaca a forma como a responsabilidade das empresas é frequentemente transferida para as seguradoras, o que fragiliza ainda mais a proteção dos tripulantes: “Eles têm sempre a responsabilidade transferida para uma seguradora. E quando nós caímos nas mãos de uma seguradora, cujo interesse é mesmo o lucro [...] quanto mais puderem empatar, melhor” (Anexos, DL2, l.28).

A jurista denuncia ainda as estratégias de resistência utilizadas pelas seguradoras para atrasar ou inviabilizar decisões favoráveis aos trabalhadores: “Pedras que são colocadas no caminho para que não consigamos caminhar livremente até ao fim” (Anexos, DL2, l.30).

RECONVERSÃO PROFISSIONAL: TEORIA LEGAL VS. IMPOSSIBILIDADE PRÁTICA

A reconversão funcional dos tripulantes inaptos para o voo surge como uma alternativa teoricamente consagrada no direito do trabalho, nomeadamente na Lei n.º 98/2009, (2009), que prevê a possibilidade de adaptação do posto de trabalho e requalificação do trabalhador. No entanto, o testemunho das juristas revela que, na prática, esta solução raramente se concretiza de forma eficaz, sobretudo devido à estrutura rígida da profissão e à própria lógica operacional das companhias aéreas.

DL2 é categórica ao afirmar que, embora existam mecanismos legais previstos, “efetivamente existem alguns mecanismos que não funcionam na realidade” e que “para conseguir reconverter um inapto, é muito difícil”. A dificuldade está intimamente ligada à perda da certificação técnica, pois “é-lhe retirado o livrete — aquela carteira... o relatório médico... portanto, é-lhe retirado por completo. E reconvertê-lo é muito, muito difícil” (Anexos, DL2, l.32). Este ponto cruza-se com o regime Parte MED, do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), que obriga à emissão de *Medical Report* com

resultado *Fit/Unfit* e respectivas limitações, dependente do *Cabin Crew Attestation*, documento que o operador deve conhecer para a afetação de funções.

A jurista assinala ainda que a colocação em funções em terra não pode ser considerada uma verdadeira reconversão funcional: “A maioria consegue só ficar em terra. [...] Não é. Porque não é mesmo. Não é. Não tem nada a ver” (Anexos, DL2, I.34). Esta distinção é visível no próprio AE, onde se especifica claramente o que é estar “em terra” e o que é estar “no ar”, através de um “manual de funções” que detalha competências, tarefas e contextos operacionais completamente distintos.

DL1 corrobora esta visão, destacando que a reconversão depende da existência de estruturas em terra, o que está longe de ser uma garantia universal no setor. Em companhias com estrutura física localizada no estrangeiro, como acontece com muitas operadoras *low-cost*, “esse enquadramento é impossível”, e por isso o desfecho mais comum é a “caducidade do contrato de trabalho por impossibilidade superveniente, absoluta e definitiva do sinistrado executar as funções para que foi contratado” (Anexos, DL1, I.40).

Este quadro revela que a efetividade do direito à reconversão está fortemente condicionada por fatores externos ao próprio trabalhador, nomeadamente a política de gestão de RH da companhia, a existência de departamentos operacionais nacionais e a natureza contratual dos vínculos.

CLÁUSULAS DE ADAPTAÇÃO FUNCIONAL: REGULAÇÃO CONTRATUAL LIMITADA E APLICAÇÃO RESTRITA

A existência de cláusulas contratuais que prevejam a reconversão funcional de tripulantes inaptos para o voo constitui um elemento central da responsabilidade social laboral no setor da aviação, mas, como apontam as juristas DL2 e DL1, a sua presença nos acordos de empresa é residual e a aplicação prática, ainda mais restrita. Estas cláusulas devem ser lidas à luz das exigências EASA sobre aptidão médica contínua dos tripulantes, Anexo IV — Parte MED, pontos MED.A.005 e MED.C.020 do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011).

DL2 afirma de forma clara que, apesar de existirem múltiplos acordos de empresa no setor, “os que conheço melhor — como disse, em relação à Companhia Aérea A e em relação à Companhia Aérea B, são os que mais trabalhei até agora — não me lembro de

ver esse tipo [de cláusula]” que preveja uma verdadeira reconversão funcional. Admite que “seria bastante útil — mas é muito difícil conseguir fazer essa requalificação” (Anexos, DL2, I.42).

Contudo, as exceções à regra merecem destaque. O AE TAP e SNPVC, (2024), contém a Cl. 25ª do Regulamento de Retribuições, Reformas e Garantias Sociais, que prevê explicitamente duas alternativas para o tripulante em situação de incapacidade permanente: a) ocupação em serviço em terra compatível com as suas aptidões e b) reforma por invalidez. Se o tripulante optar pela reconversão funcional, a retribuição dependerá da causa: quando resulte de acidente de trabalho ou doença profissional, não pode ser inferior à prevista para incapacidade temporária; nas restantes situações, é a correspondente à função em terra acrescida do vencimento de senioridade já vencido.

Já no AE SATA e SNPVC, (2024), a Cl. 53.ª “Incapacidade permanente” permite ao tripulante optar por colocação em terra (se existir), com retribuição correspondente à função exercida e manutenção das diuturnidades vencidas; em alternativa, pode desencadear o processo de reforma por invalidez, ficando a companhia obrigada a assegurar, até ao deferimento da pensão, o pagamento de um montante equivalente ao que vier a ser atribuído pela Segurança Social.

No entanto, mesmo nestes casos, a efetividade da reconversão depende da existência de vagas e da aceitação da empresa. Recorde-se que a Lei n.º 98/2009, (2009), cap. IV, artigo 155.º, impõe ao empregador a ocupação do sinistrado em funções compatíveis e a disponibilização de formação/adaptação do posto, mas, na prática, a concretização deste direito fica frequentemente condicionada por fatores organizacionais e logísticos internos às companhias.

A RESCISÃO COMO SOLUÇÃO PADRÃO: ENTRE A LEGALIDADE E A EVASÃO DAS OBRIGAÇÕES DE RECONVERSÃO

Apesar da existência de mecanismos legais e convencionais que preveem a reconversão funcional de trabalhadores inaptos, a prática institucional das companhias aéreas em Portugal tende a privilegiar a rescisão do contrato de trabalho como via dominante, mesmo quando a legislação e os acordos de empresa apontam noutro sentido. Este

padrão revela uma dissonância entre a norma e a prática, amplamente reconhecida pelas juristas entrevistadas.

DL1 é explícita ao afirmar que, “como já referido, a opção privilegiada, mesmo das empresas que nos seus AE contemplam essa possibilidade de reconversão, é a da cessação do contrato de trabalho” (Anexos, DL1, l.36). Esta constatação revela que, mesmo quando o instrumento contratual oferece alternativas, estas são secundarizadas ou ignoradas, o que fragiliza os direitos do trabalhador e reduz a reconversão a uma possibilidade meramente teórica.

DL2 reforça esta leitura ao sublinhar que, embora a obrigação de reconversão esteja “na lei” e nos acordos de empresa, a sua aplicação é rara, pois “as companhias aéreas têm um problema — que também todos nós sabemos — que é o grande volume de trabalho, são números que também interessam, e as pessoas acabam por se diluir um bocado no meio dos números” (Anexos, DL2, l.46). A jurista denuncia, assim, uma lógica de gestão impessoal e quantitativa que desvaloriza o compromisso social da empresa e normaliza a saída dos trabalhadores em situação de vulnerabilidade.

Essa cultura institucional conduz a uma prática de rescisão quase automatizada, apenas evitada quando a empresa é juridicamente obrigada a manter o trabalhador. Como admite DL2: “é difícil para eles reconverterem. E, em regra, não o fazem. Têm de ser obrigados a fazê-lo” (Anexos, DL2, l.46). Esta afirmação revela a ausência de uma cultura de proteção proativa, baseada em valores de dignidade e reintegração, e o predomínio de uma lógica defensiva, centrada no risco legal e não na responsabilidade social.

CESSAÇÃO CONTRATUAL: ENTRE A OBRIGAÇÃO DE OCUPAÇÃO E O LIMITE DA IMPOSSIBILIDADE

O regime jurídico português admite a cessação do contrato de trabalho nos casos em que se verifique uma impossibilidade superveniente, absoluta e definitiva de o trabalhador prestar a sua atividade, nomeadamente por motivo de acidente de trabalho. Contudo, como sublinham as juristas entrevistadas, esta solução só deve ser aplicada como último recurso, e a empresa está vinculada a procurar ativamente funções compatíveis antes de recorrer à caducidade do contrato.

DL1 recorda que, mesmo nos casos em que existe incapacidade, não se pode optar pela cessação de forma direta: “Se esgotar todas as ofertas ao trabalhador e o trabalhador

for negando, não é? Aí não lhe resta outra hipótese. Agora, fazê-lo diretamente, não me parece que o possam sequer fazer, não é?” (Anexos, DL1, I.48). Este princípio decorre do artigo 343.º, alínea b), do CT, Lei n.º 7/2009, (2009), que exige a verificação de uma impossibilidade absoluta e definitiva para justificar a caducidade.

O acórdão do TR de Lisboa de 13 de janeiro de 2016, citado, esclarece que, embora exista a figura da impossibilidade como fundamento de cessação, o empregador está obrigado a adaptar o posto de trabalho, se tal for legal e funcionalmente viável: “Radicando a impossibilidade do trabalhador prestar trabalho num acidente de trabalho, o objeto do contrato pode modificar-se contra a vontade do empregador na medida em que a lei lhe impõe o dever de assegurar àquele ocupação em funções compatíveis com a sua desvalorização” (Anexos, DL1, I.40).

Contudo, como também explica DL1, este dever de ocupação é limitado por uma condição concreta: “Existe a obrigatoriedade de ocupação, mas, se a empresa não tiver posto compatível para atribuir...” (Anexos, DL1, I.41). Neste caso, e desde que demonstre não dispor de funções adaptadas à nova condição funcional do trabalhador, a companhia aérea pode invocar legalmente a caducidade, sem incorrer em violação do dever de reintegração.

O ónus de prova, segundo o acórdão citado, recai sobre a entidade empregadora, que deve demonstrar a inexistência de qualquer posto compatível com a nova condição do trabalhador: “Compete à empregadora o ónus de alegar e provar a inexistência na empresa de posto de trabalho compatível com a incapacidade do trabalhador” (Anexos, DL1, I.40).

SEGUROS E RESPONSABILIDADE PARTILHADA: ENTRE A OBRIGAÇÃO LEGAL E A DEFICIENTE TRANSFERÊNCIA DE INFORMAÇÃO

A legislação portuguesa impõe, de forma clara, que todas as entidades empregadoras devem transferir para seguradoras legalmente autorizadas a responsabilidade pela reparação de acidentes de trabalho. Esta obrigação encontra-se detalhada na Lei n.º 98/2009, (2009), cf. arts. 79.º e segs. No setor da aviação, esta obrigação assume contornos particularmente relevantes, dada a elevada exposição a riscos ocupacionais por parte dos tripulantes. No entanto, a aplicação prática desta obrigação legal revela

falhas operacionais, sobretudo no que respeita à comunicação entre a empresa e a seguradora.

Como aponta DL2, apesar de ser obrigatório que “todas as companhias — aliás, em todos os locais de trabalho — tenham um seguro, e as companhias aéreas não são exceção”, a transferência da responsabilidade para a seguradora é muitas vezes mal feita. Esta deficiência manifesta-se no momento da avaliação judicial: “Têm que dar ao pormenor os valores remuneratórios dos trabalhadores, e a partir de quando é que começaram e até quando é que terminaram. E por vezes é muito importante, quando é para fazer o cálculo indemnizatório em tribunal” (Anexos, DL2, I.50).

A consequência direta desta falha é a repartição de responsabilidades entre seguradora e companhia aérea. Quando a transferência de dados é incompleta, “aquilo que for transferido é assumido pela seguradora. O que não for, tem que ser assumido pela companhia. Aí é uma responsabilidade repartida” (Anexos, DL2, I.50). Esta partilha de responsabilidades, ainda que legalmente admissível, cria situações de incerteza para o trabalhador sinistrado e potencia litígios laborais e judiciais.

Complementando esta análise, DL1 recorda que o dever da empresa não se esgota na existência do seguro. A entidade empregadora está ainda obrigada a cumprir um conjunto de deveres legais, desde a prevenção até à reintegração: “A empresa tem diversas obrigações legais no âmbito dos acidentes de trabalho, incluindo a prevenção, a comunicação e o pagamento de indemnizações. [...] A empresa deve assegurar a reabilitação profissional do trabalhador e a adaptação do posto de trabalho” (Anexos, DL1, I.43).

No caso de inaptidão definitiva, a obrigação de procurar uma função compatível deve ser seguida ou, em alternativa, deve ser construído um plano de reintegração, conforme previsto no artigo 162.º, n.º 2 da Lei n.º 98/2009, (2009). Ainda assim, como demonstram vários testemunhos ao longo da investigação, estas obrigações são frequentemente substituídas por processos de cessação contratual, sem garantia de compensação adequada nem de reabilitação profissional.

4.7.4 MEDICINA DO TRABALHO E AVALIAÇÃO MÉDICO-AERONÁUTICA

MEDICINA DO TRABALHO: PRIMEIRA INSTÂNCIA AVALIADORA E ARTICULAÇÃO COM A AERONÁUTICA

A MT constitui, por imposição legal e operacional, a primeira instância de avaliação da aptidão dos trabalhadores, incluindo os tripulantes. De acordo com a Lei n.º 102/2009, (2009), com alterações posteriores, cabe a esta especialidade médica a vigilância da saúde dos trabalhadores em função dos riscos profissionais a que estão expostos, bem como a emissão da ficha de aptidão que pode culminar com a declaração de inaptidão temporária ou definitiva.

DL2 é clara ao referir que “é a Medicina do Trabalho. É a primeira a atuar. É a primeira a verificar, é a primeira que vai avaliar” (Anexos, DL2, l.52). Este papel prioritário decorre da obrigatoriedade legal de realização de exames de admissão, periódicos e ocasionais, estando a sua periodicidade, tipo e alcance definidos por lei ou ajustados pelo próprio médico em função do risco profissional e estado de saúde.

Contudo, nos casos que envolvem profissões reguladas como a de tripulante de cabine, a atuação da MT articula-se com uma segunda instância certificadora: a MA. DL2 salienta que, após a primeira avaliação pela MT, “com base nessa primeira avaliação, é que, inclusivamente, os médicos da... da aeronáutica... [...] vão eles avaliar” (Anexos, DL2, l.52). Ainda assim, esta segunda avaliação tem natureza reguladora e decisiva, uma vez que a ANAC, através dos AeMC e AME, emite o *Medical Report* indicando *Fit/Unfit* e eventuais limitações, determinante para o exercício das funções aéreas (Regulamento (EU) n.º 1178/2011, 2011).

A jurista reconhece, porém, uma zona de sobreposição e tensão entre os dois domínios clínicos, explicando que “a medicina aeronáutica [...] sobrepõe-se um pouco em relação à Medicina do Trabalho. Então, elas andam ali próximas, mas quem atua primeiro é, de facto, a Medicina do Trabalho. A primeira avaliação é feita por eles. Mas depois, a que fica a valer — efetivamente, para a inaptidão definitiva — é, sem dúvida, a medicina aeronáutica” (Anexos, DL2, l.58).

Este funcionamento articulado, mas assimétrico, cria situações em que a avaliação ocupacional reconhece restrições ou riscos, mas apenas a autoridade aeronáutica pode declarar a inaptidão definitiva, condição que determina a cessação de funções e, muitas

vezes, do próprio vínculo laboral. A ficha de aptidão emitida pelo médico do trabalho pode classificar o trabalhador, por exemplo, como “apto condicionalmente” ou “inapto temporariamente”, recomendando alterações no posto ou restrições físicas, mas não tem valor jurídico para impedir a certificação aeronáutica, nem para determinar compensações por incapacidade.

CONTESTAÇÃO MÉDICA: DIREITO LEGAL E OBSTÁCULO PRÁTICO

O ordenamento jurídico português reconhece expressamente o direito do trabalhador sinistrado a contestar as decisões médicas com que não concorde. Este direito é garantido pela Lei n.º 98/2009, (2009), que regula o regime de reparação de acidentes de trabalho e doenças profissionais.

DL1 esclarece que “sempre que o trabalhador, seja por acidente de trabalho ou por doença profissional, vir diminuída a sua capacidade de trabalho devido a lesão, tem “direito a ser colocado em funções compatíveis com a sua condição” e que, em caso de discordância com a avaliação médica, “tem o direito de não se conformar e de contestar as resoluções do médico assistente, o que significa que tem o direito em consultar um outro médico por forma a obter uma 2.ª opinião clínica sobre o seu estado de saúde ou necessidades de tratamento” (Anexos, DL1, I.52). Esta possibilidade de obter segunda opinião está refletida no regime legal, que admite a intervenção de outro médico e, em certas situações, o recurso a exame por perito do tribunal (Lei n.º 98/2009, 2009).

DL2 confirma esse entendimento, salientando que “pode sempre fazê-lo. É um direito que lhe assiste — está na Lei do Trabalho — é um direito do trabalhador, como é evidente”. Contudo, reconhece que esse direito, para ser eficaz, tem de ser exercido em tribunal: “pode fazê-lo diretamente, mas, invariavelmente, não vai colher uma boa receção [...]. É mais em tribunal conseguir impugnar judicialmente” (Anexos, DL2, I.60). No plano judicial, a impugnação faz-se através de JM composta por três peritos, tribunal, seguradora e trabalhador, em termos conformes ao Código de Processo do Trabalho, tal como refletido na jurisprudência recente da Relação de Lisboa.

Na prática, a impugnação judicial exige que o trabalhador recorra a um perito particular, o que representa uma barreira económica relevante, sobretudo para quem já se encontra em situação de fragilidade laboral e emocional. Segundo DL2, “[tem que o

fazer] arranjando um especialista particular — alguém que tenha uma opinião completamente diferente — e que consiga, de facto, ver que há ali falhas [...] o que devo dizer, raramente acontece” (Anexos, DL2, l.60).

No plano judicial, a avaliação da incapacidade é confiada a uma JM tripartida, composta por peritos indicados pelo tribunal, pela seguradora e pelo trabalhador. Como recorda DL1, “em tribunal, numa ação de AT, cabe sempre a uma Junta Médica definir a afetação do trabalhador” (Anexos, DL1, l.51).

A Tabela 31 sintetiza as principais etapas do processo judicial de reconhecimento da incapacidade laboral por acidente de trabalho, destacando os intervenientes, atos processuais e os pontos críticos de morosidade identificados pelas juristas entrevistadas.

Tabela 31 - Linha do tempo processual de reconhecimento de incapacidade por acidente de trabalho

Fonte: Elaboração própria por consulta da Lei n.º 98/2009, Lei n.º 7/2009 e Acordãos Tribunal da Relação

Etapa	Quem Intervém	Atos / Meios de Prova	Resultado Possível	Prazo Típico / Criticidades
Acidente de Trabalho	Medicina do Trabalho + Seguradora	Participação do acidente e avaliação inicial	Reconhecimento (ou não) de AT	Deve ser imediato
Fase Conciliatória	Tribunal, seguradora, trabalhador	Exame médico inicial	Acordo ou declaração de não conciliação	Pode demorar vários meses
		Tentativa de acordo		
Junta Médica	3 peritos: tribunal, seguradora, trabalhador	Resposta a quesitos	Laudo colegial (2/3 votos prevalecem)	Demora frequente de meses a anos
		Exames clínicos complementares		
Fase Contenciosa	Juiz + partes + peritos adicionais	Produção de prova pericial e documental	Sentença judicial sobre incapacidade e pensão	3 a 5 anos, segundo relatos empíricos
		Audiência		

O PAPEL DA ANAC: AVALIAÇÃO INICIAL, REAVALIAÇÃO MÉDICA E LIMITAÇÕES LEGISLATIVAS

A ANAC desempenha um papel central na certificação dos tripulantes, desde o momento da admissão até à eventual perda de aptidão definitiva. Esta função resulta da aplicação do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), que fixa requisitos de aptidão médica, emissão do *Medical Report (Fit/Unfit)* e revalidação periódica obrigatória para o exercício das funções. Contudo, como demonstram as juristas entrevistadas, a atuação

da ANAC, embora técnica e essencial, é limitada pela ausência de um enquadramento legal nacional adequado à especificidade funcional do tripulante de cabine.

Em termos estritos, no quadro da Parte MED do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), a intervenção da ANAC assume natureza eminentemente certificativa, materializada através dos AME/AeMC e da emissão do respetivo *Medical Report (Fit/Unfit)*. Tal decisão constitui condição habilitante para o exercício das funções, sem prejuízo dos procedimentos de recrutamento e seleção próprios de cada operador.

DL1 reforça que a função da ANAC é tanto reguladora como certificadora: “cabendo à ANAC emitir os respetivos atestados de tripulante de cabine, sem o qual não tem permissão para o exercício da profissão”. A perda deste atestado, decorrente da emissão de um *Medical Report Unfit*, por motivo de inaptidão médica, conduz automaticamente à cessação das funções, independentemente de o trabalhador manter capacidade para outros tipos de atividade laboral. Daí que, segundo a jurista, o tripulante tenha de “ser considerado e permanecer medicamente apto para o desempenho das funções” (Anexos, DL1, l.8).

No entanto, quando ocorre um acidente de trabalho com impacto na aptidão, a legislação nacional é omissa quanto às particularidades da aviação, remetendo a avaliação final para os tribunais do trabalho, ao abrigo da Lei n.º 98/2009, (2009). Como denuncia DL1, este modelo é problemático, pois “o legislador nacional nunca se debruçou sobre esta matéria sendo os AT tratados como em qualquer outra profissão” (Anexos, DL1, l.6).

Mais grave ainda, nas JM que instruem os processos judiciais, “os médicos arrolados [...] não têm a mínima formação em medicina aeronáutica, desconhecendo que uma IPP de 1 ou 2 % pode na verdade repercutir-se inibitória da capacidade definitiva e total do tripulante executar as suas funções normais” (Anexos, DL1, l.8). Esta lacuna compromete a justiça material dos processos e acentua o desfasamento entre a lógica pericial tradicional e os critérios funcionais específicos da aviação.

O VALOR DA DECISÃO MÉDICA: PROVA TÉCNICA, LIVRE APRECIÇÃO E RELEVÂNCIA PERICIAL

Nos processos de avaliação de incapacidade por acidente de trabalho, as decisões médicas desempenham um papel central enquanto elementos técnico-periciais, mas

não vinculam automaticamente o tribunal, que mantém o poder de livre apreciação da prova (*Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa – Processo n.º 4361/10.5TTLSB.L1-4*, 2017). Esta relação entre o parecer médico e a decisão judicial é particularmente sensível no setor da aviação civil, onde a especialização em MA é muitas vezes ausente no contexto pericial judicial, como demonstram as juristas DL2 e DL1.

DL2 é categórica ao afirmar que, nos tribunais do trabalho, o juiz “vai querer ter com ele o perito dele do tribunal... que não é especialista em medicina aeronáutica” e que, por isso, o parecer emitido pelas entidades aeronáuticas — como a ANAC — “são mais valoradas — não vamos esconder aquilo que é a verdade”. A razão, explica, é que é essa avaliação que retira o *Medical Report* (Anexos, DL2, l.64).

Esta decisão técnica tem, portanto, um impacto prático direto e imediato na continuidade do vínculo laboral, mesmo que não seja vinculativa em sede judicial. Como reforça DL1, enquanto elemento de prova, “é preponderante a sua declaração de aptidão ou inaptidão para o exercício de funções de tripulante”, e por isso tem sido usada em tribunal para provar “que o tripulante se encontra inibido definitivamente para o exercício das funções específicas que desempenha” (Anexos, DL1, l.57).

Contudo, a jurisprudência dominante continua a atribuir ao juiz o poder soberano de decidir sobre a prova pericial, mesmo quando esta é emitida por JM. O Acórdão TRL 4361/10.5TTLSB.L1-4, (2017) é particularmente elucidativo: “As perícias, designadamente as feitas por junta médica, constituindo elementos de prova, estão [...] sujeitas ao princípio basilar da livre apreciação pelo juiz [...], devendo o julgador exercer sobre elas um juízo crítico, segundo a sua experiência, a sua prudência e o seu bom senso, podendo delas divergir desde que o faça fundamentadamente”.

O mesmo acórdão sublinha que o juiz deve considerar todos os elementos relevantes para a causa, incluindo exames complementares e pareceres técnicos externos às JM, mesmo que estas tenham sido colegiais. A decisão judicial, assim, não depende exclusivamente da avaliação clínica, mas da capacidade do tribunal para integrar, valorar e ponderar criticamente todas as provas, incluindo as contradições ou incongruências entre pareceres, como sucedeu no referido processo, que foi devolvido à 1.^a instância para nova perícia.

RECURSOS LEGAIS: DO PEDIDO CONCILIATÓRIO À IMPUGNAÇÃO JUDICIAL

Nos casos em que a decisão de inaptidão definitiva é contestada pelo tripulante de cabine, por não reconhecer a afetação funcional como impeditiva do exercício das suas funções, ou o contrário, o ordenamento jurídico português prevê duas vias principais de reação: uma fase inicial conciliatória e, caso esta se revele infrutífera, o recurso ao tribunal do trabalho, com possibilidade de exame por JM e ponderação de pareceres especializados. Esta tramitação corresponde ao regime processual laboral aplicável (Código de Processo do Trabalho), cuja dinâmica se encontra amplamente espelhada na jurisprudência recente da Relação de Lisboa.

DL2 descreve claramente esse percurso: “Pode fazer das duas maneiras. Primeiramente, pode tentar [...] de uma forma conciliatória, junto da própria entidade. Se receber uma resposta negativa, que vá contra aquilo que, efetivamente, acha que está correto — que é aquilo que ele acha que tem fundamento — então, aí, tem de ir para tribunal. Tem que impugnar essa decisão” (Anexos, DL2, I.68).

A prática revela, contudo, que esta impugnação depende frequentemente da capacidade do trabalhador para reunir prova técnico-médica alternativa, nomeadamente pareceres periciais emitidos por especialistas em MA. DL1 sublinha que o caminho mais eficaz de impugnação exige precisamente esse tipo de prova especializada: “Exatamente pelo mesmo método da prova da inaptidão. Com o recurso a parecer médico (prova de peritagem) da área da aeronáutica em que se defenda que a afetação do tripulante não o inibe do exercício das suas funções habituais” (Anexos, DL1, I.60).

O trabalhador que pretenda manter o seu *Medical Report* com a indicação *Fit* pode, assim, apresentar um relatório técnico que contradiga a decisão da entidade avaliadora ou do médico do trabalho, sustentando que a condição clínica não compromete as exigências funcionais da atividade. Este relatório pode ser junto aos autos e avaliado pela JM, a par da restante prova; no plano substantivo, o juízo sobre a avaliação e graduação da incapacidade decorre da Lei n.º 98/2009, (2009), artigos 21.º e 22.º.

É importante referir que esta via, embora legítima, representa um esforço financeiro e técnico significativo para o trabalhador, que frequentemente se encontra em situação

de fragilidade económica e emocional após o afastamento das funções. A ausência de um mecanismo público e célere de reapreciação por entidade independente torna o processo oneroso e, por vezes, desmotivador.

4.7.5 AVALIAÇÃO MÉDICO-LEGAL E IPATH

IPP VS. IPATH: UM PERCURSO DE AVALIAÇÃO PROGRESSIVA E REPERCUSSÃO DEFINITIVA

A distinção entre IPP e IPATH assume um papel crucial nos processos médico-legais de reparação por acidente de trabalho, sobretudo quando estão em causa profissões de elevado risco funcional como a de tripulante de cabine. A IPP traduz-se numa limitação funcional que afeta, de forma duradoura, a capacidade do trabalhador para o exercício da sua atividade habitual, sem, no entanto, a impedir por completo. Já a IPATH constitui um grau máximo de limitação, que inviabiliza em definitivo o desempenho da função profissional anteriormente exercida, tal como enquadrado na Lei n.º 98/2009, (2009), (natureza, determinação e graduação da incapacidade; pensões por IPATH).

Como explica DL2, a IPATH “é definitiva... não tem como o trabalhador ter qualquer revalidação, enquanto que a permanente temporária é como se fosse, tipo, uma evolução. A IPATH é como se fosse a inaptidão praticada pela própria medicina aeronáutica.” (Anexos, DL2, I.70). Esta formulação revela que, embora a IPP e a IPATH sejam ambas decisões jurídicas, a segunda representa um ponto de não retorno funcional e certificativo, especialmente relevante no setor da aviação.

A jurista confirma que “a IPATH, no fundo, é, portanto, uma decisão jurídica”, atribuída “em sede de junta médica ou decisão do tribunal” (Anexos, DL2, I.76). Este reconhecimento é feito com base em perícia médica e fundamentação legal, segundo os critérios definidos pela TNI, (2008) aplicável, e com referência à Lei n.º 98/2009, (2009).

Do ponto de vista processual, a IPATH não surge de forma automática. DL2 recorda que “antes de se chegar a uma IPATH [...] passa-se por uma incapacidade permanente parcial. Correto?” — ao que DL2 responde afirmativamente: “correto” (Anexos, DL2, I.72). Ou seja, há um percurso sequencial de avaliação clínica e funcional, que começa geralmente pela atribuição de uma incapacidade temporária, podendo evoluir para IPP ou, em casos mais graves e definitivos, para IPATH.

A IPATH implica o reconhecimento de que o trabalhador, embora possa manter capacidade residual para o desempenho de outras funções, não reúne as condições necessárias para exercer a sua atividade habitual, o que, no caso dos tripulantes, equivale, em termos práticos, à impossibilidade de cumprir os requisitos de aptidão médica contínua da Parte MED, no pontos MED.C.020 e MED.C.025, do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), determinantes para o exercício de funções de segurança a bordo.

A síntese dos direitos e benefícios atribuídos em função de cada modalidade de incapacidade encontra-se sistematizada na Tabela 32, permitindo uma visão comparativa imediata das consequências jurídicas e económicas para os tripulantes de cabine.

Tabela 32 - Direitos e benefícios por tipo de incapacidade

Fonte: Elaboração própria e Lei n.º 98/2009

Situação	Base Legal	Fórmula / Resumo Cálculo	Percentagens / Montante	Observações
Incapacidade Temporária Absoluta (ITA)	Arts. 23.º-27.º	Indemnização diária com base na remuneração anual ilíquida ÷ 12 ÷ 30	70% da retribuição nos primeiros 12 meses; 75% após 12 meses	Até 18 meses, prorrogável pelo MP até 30 meses
Incapacidade Temporária Parcial (ITP)	Arts. 28.º-31.º	Retribuição diária × 70% × % de incapacidade	Proporcional ao grau de incapacidade	Mantém vínculo laboral, mas com restrições
Incapacidade Permanente Parcial (IPP)	Art. 22.º; Art. 48.º	Pensão proporcional à % de incapacidade	70% da remuneração anual × % incapacidade	Pode coexistir com trabalho parcial
Incapacidade Permanente Absoluta para o Trabalho Habitual (IPATH)	Art. 48.º, n.º 3, al. b)	Pensão vitalícia baseada na retribuição anual	50% a 70% da retribuição	Implica saída definitiva da função habitual
Incapacidade Permanente Absoluta (IPA)	Art. 48.º, n.º 2	Pensão vitalícia baseada na retribuição anual	80% da retribuição	Impossibilidade total de exercer qualquer atividade laboral

ETAPAS LEGAIS NO RECONHECIMENTO DA INAPTIDÃO: DO PEDIDO INICIAL AO PROCESSO CONTENCIOSO

O processo legal de reconhecimento da IPATH em contexto de acidente de trabalho segue, em Portugal, um modelo bifásico estruturado: a fase conciliatória e a fase

contenciosa, nos termos do Código de Processo do Trabalho aplicável aos processos especiais emergentes de acidente de trabalho.

Segundo DL1, a participação inicial do sinistrado pode surgir através de um advogado ou jurista, antes mesmo da entrada formal em tribunal. Esta fase preliminar, ainda extrajudicial, visa apresentar prova médica especializada — como pareceres de ortopedia, psiquiatria ou outra área clínica relevante — que sustentem a limitação funcional do trabalhador. Como refere: “A primeira fase é a fase conciliatória... mas conciliatória, não judicial: é aí que o sinistrado procura apoio de um jurista ou advogado para que faça essa primeira abordagem junto da própria entidade [...] e fazer essa negociação com a entidade — no caso, a medicina aeronáutica” (Anexos, DL1, l.78).

Contudo, se não houver acordo, segue-se a via judicial, que se inicia com a participação do acidente de trabalho ao tribunal, obrigatória em casos de incapacidade permanente, incapacidades temporárias superiores a 12 meses ou de morte, conforme Lei n.º 98/2009, (2009), nos artigos 88.º, 90.º - n.º 3 - e 91.º.

O exame médico-legal é realizado por peritos do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF), e tem natureza secreta, sendo acompanhado por relatório fundamentado. Se o trabalhador discordar das conclusões, pode requerer uma perícia por JM, composta por três peritos e presidida por juiz. DL2 assinala que este caminho, embora legítimo, pode ser moroso e desgastante: “A maioria das vezes — não quero esconder — só mesmo impugnando essa decisão, não é? O trabalhador não concorda com essa decisão e tem de a impugnar em tribunal, e isso pode levar 3 anos... 4... 5...” (Anexos, DL2, l.78).

A tentativa de conciliação é descrita como uma fase crítica, já que muitas vezes os trabalhadores aceitam acordos desvantajosos por desconhecimento jurídico ou ausência de aconselhamento adequado. Como se lê no depoimento de DL1: “O trabalhador perde quantias muito significativas por não acautelar devidamente a sua posição jurídica (muitas vezes, por não estar aconselhado por advogado/a)” (Anexos, DL1, l.69).

Caso não se obtenha acordo ou apenas um acordo parcial, o processo transita para a fase contenciosa, onde são produzidas provas, apresentadas petições e defesas, e

finalmente proferida sentença. Se a divergência disser apenas respeito à avaliação da incapacidade, o processo pode seguir forma simplificada, com realização de perícia por JM sem necessidade de julgamento.

O PROCESSO DE RECONHECIMENTO DE IPATH: COMPLEXIDADE PERICIAL, LONGEVIDADE PROCESSUAL E RELEVÂNCIA TÉCNICA

O processo de reconhecimento da IPATH por acidente de trabalho envolve, em Portugal, uma sequência formal de avaliações médico-legais, perícias, JM e decisão judicial, cujo objetivo é apurar, se a lesão sofrida pelo trabalhador compromete definitivamente o exercício da sua profissão habitual. No caso dos tripulantes, este processo é particularmente exigente, dada a necessidade de conhecimento técnico em MA e a ausência de critérios funcionais específicos na legislação geral.

DL1 destaca que “é importante que o processo seja instruído com um relatório médico de aeronáutica com a definição de causa-efeito e, para a JM, na fase contenciosa, é fundamental que o sinistrado apresente um perito dessa especialidade” (Anexos, DL1, l.76). Esta exigência reflete a necessidade de enquadrar corretamente a especificidade da função do tripulante na avaliação médico-pericial, o que dificilmente é garantido pelos peritos judiciais generalistas.

DL2 descreve o processo como longo, técnico e complexo, assente em diversas fases de avaliação: “Passa por juntas médicas [...] mas passa tudo, de facto, por avaliações por junta médica, em que, de facto, se vai debater as questões, com a presença de um juiz” (Anexos, DL2, l.80).

Durante a JM, cada parte, seguradora, trabalhador e tribunal, apresenta quesitos, ou seja, perguntas específicas sobre a condição clínica do sinistrado e o seu impacto funcional. Segundo DL2, “tem de se chegar ali a uma unanimidade. Se não houver... se não houver, continuamos em tribunal, até o juiz decidir”. Esta falta de consenso conduz inevitavelmente ao prolongamento do processo, que pode estender-se por anos: “por isso é que eu digo que demora sempre 3, 4 ou 5 anos. O que é lamentável, mas também não há como” (Anexos, DL2, l.80).

O tempo excessivo decorre, em parte, da dependência de entidades públicas para exames adicionais e da necessidade de o juiz obter pareceres técnicos adicionais para fundamentar a sentença. O impacto desta decisão não se resume à atribuição de uma

pensão, pois “vai ter de ser atribuída a pensão... a chamada pensão vitalícia, para além de outras coisas mais... não é só a pensão vitalícia”, referindo-se aqui também a indemnizações, reembolsos e outros direitos acessórios (Anexos, DL2, l.80).

A PERÍCIA MÉDICO-LEGAL: PROVA ESSENCIAL E FUNDAMENTO DA DECISÃO JUDICIAL

A perícia médico-legal constitui, no contexto do reconhecimento de incapacidade por acidente de trabalho, a prova técnica determinante que sustenta a decisão do juiz. No caso dos tripulantes, esta centralidade da perícia é ainda mais crítica, dado que a avaliação da aptidão ou inaptidão exige um conhecimento profundo das exigências funcionais específicas da aviação — conhecimento que o juiz, por regra, não detém.

DL2 sintetiza esta assimetria entre a autoridade do juiz e a sua dependência da prova técnica ao afirmar: “É importante. É muito importante. Porque é com base no conhecimento técnico que qualquer juiz pode decidir. Porque, por si só, ele não tem esse conhecimento... experiência há de ter, mas o conhecimento não tem... não se pode baralhar experiência com conhecimento. Cada um com as suas” (Anexos, DL2, l.82).

Esta observação reforça a ideia de que o julgamento justo depende da qualidade, especialização e clareza da perícia, especialmente em casos com forte componente técnica, como a avaliação médico-aeronáutica. O papel do perito não é apenas subsidiário, mas essencial para garantir que a decisão judicial assenta em critérios clínicos válidos e ajustados ao caso concreto.

DL1 vai mais longe ao afirmar que, tratando-se de um processo com fundamento exclusivamente clínico, “a perícia é a prova por excelência, até porque na sentença o juiz irá adotar a posição que na JM foi defendida por maioria (dois contra um)” (Anexos, DL1, l.78). Esta observação refere-se ao funcionamento da JM, prevista no regime jurídico da reparação por acidente de trabalho, onde três peritos avaliam o sinistrado. Se dois peritos estiverem de acordo, a sua posição prevalece e serve, na prática, de base para a decisão judicial.

Além disso, DL1 relembra que “os fundamentos da inaptidão são médicos e só médicos, perante as circunstâncias objetivas do caso, designadamente as funções que são exercidas pelo trabalhador” (Anexos, DL1, l.78). Este ponto é particularmente relevante no caso dos tripulantes, cujas funções operacionais exigem plena aptidão física,

cognitiva e psicológica, o que significa que pequenas afetações podem ter um impacto desproporcional sobre a sua capacidade de exercer a profissão, algo que os peritos generalistas, muitas vezes, não consideram.

Em termos normativos, a centralidade da JM tripartida e a sua valoração probatória decorrem do regime processual laboral aplicável (Código de Processo do Trabalho), sendo a necessidade de perícia com conhecimento aeronáutico coerente com as exigências da Parte MED do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), cf. pontos MED.C.005 e MED.C.020/MED.C.030.

PARTICIPAÇÃO DO SINISTRADO: EXERCÍCIO DO CONTRADITÓRIO E DIREITO À PROVA TÉCNICA

A participação ativa do sinistrado no processo de reconhecimento da IPATH é um direito fundamental no contexto do processo judicial de reparação por acidente de trabalho. Este direito encontra consagração tanto na Lei n.º 98/2009, (2009), como no regime processual laboral vigente (Código de Processo do Trabalho), que preveem a possibilidade de requerer JM, apresentar quesitos e perito da parte, sob a direção do juiz.

DL2 destaca que o sinistrado tem, de forma plena, o direito de intervir tecnicamente no processo pericial: “Tem. Tem. Sim, é concedida a oportunidade de apresentar o seu próprio perito, os seus próprios quesitos, com certeza que sim, e exercer o contraditório. É um dos princípios mais básicos do nosso direito processual. É, de facto, o contraditório, claro que sim” (Anexos, DL2, I.84).

Este direito é essencial para garantir o equilíbrio entre as partes, sobretudo num contexto onde a seguradora e o tribunal indicam os seus próprios peritos. A possibilidade de o trabalhador apresentar quesitos técnicos — perguntas dirigidas à JM — permite conduzir a avaliação para os aspetos clínico-funcionais mais relevantes, especialmente num setor como o da aviação civil, em que as funções têm requisitos específicos não refletidos nas tabelas gerais de incapacidade.

DL1 reforça esse entendimento, recordando que o sinistrado pode e deve participar ativamente na constituição da JM: “Sim. Deve apresentar um perito na JM (se não puder, o tribunal, oficiosamente, nomeia um) e pode requerer intervenção de médicos do foro da medicina aeronáutica” (Anexos, DL1, I.80).

Este aspeto é crucial, pois evidencia que o trabalhador tem legitimidade para requerer a inclusão de um perito com formação especializada em MA, de modo a assegurar uma avaliação funcional compatível com as exigências reais da sua atividade profissional. A possibilidade de nomeação oficiosa por parte do tribunal em caso de carência financeira ou indisponibilidade técnica do trabalhador constitui uma garantia adicional de acesso à justiça.

4.7.6 PROCESSO JUDICIAL E PROTEÇÃO INSTITUCIONAL

RECURSO AO TRIBUNAL: A ÚLTIMA ETAPA DE RECONHECIMENTO E VALIDAÇÃO DA INCAPACIDADE

O tribunal do trabalho é, no sistema jurídico português, a instância decisória final nos casos em que não há consenso sobre o grau de incapacidade ou sobre o próprio reconhecimento do acidente de trabalho. Esta intervenção é obrigatória nos casos mais graves, como a incapacidade permanente ou absoluta, e constitui uma etapa determinante para garantir a reparação adequada do trabalhador sinistrado. No setor da aviação civil, esta via assume ainda maior relevância, dado que a inaptidão para o voo não implica automaticamente o reconhecimento jurídico de uma incapacidade com efeitos compensatórios.

DL1 explica com clareza que, mesmo quando a seguradora atribui uma incapacidade, o processo deve ser remetido a tribunal: “Se a seguradora atribui uma incapacidade, seja parcial, seja permanente, por lei tem que enviar o processo para tribunal, porque é aqui que é sempre fixada a incapacidade” (Anexos, DL1, I.82). Esta obrigação de participação judicial, designadamente quando da alta clínica resulte incapacidade permanente ou quando a incapacidade temporária exceda 12 meses, decorre do artigo 90.º, n.º 1 e 3, da Lei n.º 98/2009, (2009).

Por outro lado, quando a seguradora não reconhece o acidente como de trabalho, ou não atribui qualquer grau de incapacidade, é o trabalhador que deve pugnar judicialmente pelos seus direitos. Como sublinha a jurista: “Se a seguradora não reconhece o incidente como AT, não atribui qualquer incapacidade ou não reconhece os efeitos do AT sofrido [...] então o trabalhador tem de recorrer ao tribunal para pugnar pelo reconhecimento dos seus direitos” (Anexos, DL1, I.82).

A decisão do juiz baseia-se sobretudo em prova pericial, mas é precedida de uma tentativa de conciliação que, muitas vezes, falha por divergência entre peritos. DL2 descreve esse impasse com precisão: “Quando a fase conciliatória não... vai a bom porto, não sai da fase conciliatória... não há um consenso — sobretudo, lá está, voltamos sempre aos técnicos, à perícia. Quando não há consenso na perícia, tem que haver, necessariamente, uma fase processual, uma fase não conciliatória, e, portanto, só seguindo por aí. Não há outra forma” (Anexos, DL2, l.86). O desencadeamento da fase contenciosa é, assim, quase inevitável quando há divergência técnico-médica ou recusa do reconhecimento do acidente pela seguradora; nestes casos, o trabalhador entra num processo judicial que pode prolongar-se por vários anos, mas que é fundamental para garantir a reparação dos danos sofridos e, quando aplicável, a atribuição de uma pensão vitalícia proporcional à perda da capacidade de trabalho.

DURAÇÃO DO PROCESSO: MOROSIDADE SISTÊMICA E IMPACTO NA PROTEÇÃO DO TRABALHADOR

Embora a Lei n.º 98/2009, (2009), reconheça natureza urgente aos processos de acidente de trabalho, designadamente no âmbito da participação obrigatória ao tribunal, a prática demonstra que essa urgência raramente se traduz em celeridade efetiva. O Código de Processo do Trabalho qualifica estas ações como urgentes, impondo tramitação prioritária; ainda assim, o processo de reconhecimento da IPATH, em particular, é frequentemente marcado por morosidade estrutural, deficiências logísticas e entraves impostos pelas seguradoras, como sublinham as juristas entrevistadas.

DL2 identifica com clareza a multiplicidade de fatores que tornam o sistema lento e ineficiente, mesmo quando está em causa a subsistência de um trabalhador: “Porque a atividade pericial, toda ela, é muito complexa e, sobretudo, os meios que estão ao dispor do tribunal são meios públicos [...]. É muito complicado conseguir-se sempre marcações.” (Anexos, DL2, l.90).

A jurista reforça que os atrasos não se devem apenas à sobrecarga dos serviços médico-legais, mas também à crónica falta de meios humanos: “A engrenagem dos tribunais [...] tem um grande défice de pessoas a trabalhar — inclusivamente de juízes — que são poucos juízes para os juízos que existem”. Além disso, a distribuição desigual de recursos entre comarcas agrava o problema: “Algumas estão melhor servidas, outras estão pior

servidas”, sem que haja uma lógica aparente, mesmo em zonas como Lisboa, onde o volume de processos é mais elevado (Anexos, DL2, l.90).

DL1 complementa este diagnóstico ao elencar os principais entraves: “Morosidade dos tribunais que se encontram ‘entupidos’ sobretudo depois da pandemia e da greve dos funcionários judiciais que perdurou por 1 ano; dificuldade em nomear peritos [...]; obtenção de exames complementares; falta de recursos humanos nos tribunais” (Anexos, DL1, l.84). Apesar de o processo de acidente de trabalho ter natureza urgente, a jurista denuncia o desfasamento entre a norma e a prática: “De registar que o processo de AT tem natureza urgente [...]. Mas, na prática, os tribunais nesses períodos nunca marcam diligências. Até porque a maioria dos juízes e funcionários também se encontram de férias” (Anexos, DL1, l.84).

A esta lentidão sistémica soma-se a atuação estratégica das seguradoras, que, segundo DL2, colocam “pedras na engrenagem” do sistema: “Estamos a falar das seguradoras — chamemos as coisas pelos nomes” (Anexos, DL2, l.92).

IMPACTOS DA DEMORA: SUSPENSÃO EXISTENCIAL, PREJUÍZO ECONÓMICO E SOFRIMENTO PSICOLÓGICO

Embora a Lei n.º 98/2009, (2009), atribua natureza urgente aos processos de reparação por acidente de trabalho, a sua tramitação prática revela-se, frequentemente, lenta e desajustada às necessidades imediatas dos sinistrados. Esta morosidade tem efeitos devastadores sobre a vida dos trabalhadores inaptos, afetando simultaneamente o seu rendimento, o seu bem-estar emocional e a sua estabilidade familiar.

DL2 sintetiza de forma clara essa frustração com a lentidão sistémica do processo judicial, explicando que, mesmo existindo vontade nos magistrados, “essa celeridade, tal como já percebemos, está muito entorpecida por ‘N’ fatores exteriores, que todos juntos levam a que a máquina esteja perra”. Esta “máquina perra” inclui os peritos, os funcionários judiciais, a dificuldade de marcação de perícias e as sucessivas interrupções de calendário judicial: “as férias judiciais, que são mais que umas, não é? Os feriados... Enfim, tudo isto é patente” (Anexos, DL2, l.94).

As consequências desta demora vão muito além da dimensão processual. DL1 descreve os efeitos sociais e emocionais profundos da suspensão prolongada da decisão: “A morosidade de uma decisão implica a ‘suspensão’ da vida do sinistrado, por largos

meses. Assim, pode ver os seus rendimentos afetados porque a Medicina do Trabalho fundamenta a sua incapacidade temporária para o trabalho e resta ao sinistrado, muitas vezes, recorrer ao regime da SS para poder ter um rendimento” (Anexos, DL1, l.86). Acresce que a própria Lei n.º 98/2009, (2009), segundo o artigo 22.º, admite tempos longos ao prever a conversão da incapacidade temporária em permanente após 18 meses, prorrogável pelo MP até 30 meses, o que acentua o impacto da demora na estabilização da situação do trabalhador.

Esta situação agrava a vulnerabilidade económica do trabalhador, que já se encontra afastado das funções e privado do seu rendimento habitual. A jurista acrescenta que a necessidade de obter pareceres médicos adicionais para fundamentar a incapacidade constitui “um peso na sua economia familiar já afetada pela redução de rendimentos” (Anexos, DL1, l.86).

Para além da dimensão financeira, destaca-se o sofrimento psicológico e existencial causado pela incerteza quanto ao futuro profissional e à própria identidade enquanto trabalhador: “Acresce a angústia e o desespero de ficar, eventualmente, sem poder executar a profissão que gostava e as dúvidas sobre o que irá acontecer, futuramente, no seu percurso profissional” (Anexos, DL1, l.86).

Este estado de suspensão prolongada é, portanto, duplamente penalizador: retira ao trabalhador o seu rendimento e nega-lhe, simultaneamente, a validação jurídica da sua condição, impedindo-o de projetar um novo caminho profissional ou de vida.

EFICIÊNCIA JUDICIAL: UM IDEAL NÃO CONCRETIZADO NA PRÁTICA DOS TRIBUNAIS DO TRABALHO

A Constituição da República Portuguesa, (1976) e a Lei n.º 98/2009, (2009) garantem aos trabalhadores o direito de acesso à justiça e a uma decisão em prazo razoável (tutela jurisdicional efetiva) nos processos de reparação por acidente de trabalho. No entanto, como demonstram os testemunhos recolhidos, esse ideal legal não encontra correspondência na prática efetiva dos tribunais, especialmente no que respeita ao reconhecimento da IPATH em profissões como a dos tripulantes.

A jurista DL2 é taxativa na sua avaliação da ineficácia do sistema: “Não, claro que não. Isso não há dúvida” (Anexos, DL2, l.96). A resposta refere-se à questão sobre se o sistema judicial português, tal como está estruturado, garante uma decisão célere e

eficaz nos casos de acidente de trabalho com consequências permanentes. Esta negação absoluta revela a desconexão entre a normatividade e a operacionalidade do sistema, um tema recorrente nas análises anteriores.

DL1, por sua vez, confirma que a ineficiência judicial não resulta de um único fator, mas de um conjunto acumulado de disfunções: “Não. Por todas as razões já indicadas nos números precedentes” (Anexos, DL1, l.88). Estas razões incluem a escassez de meios humanos nos tribunais, a morosidade na realização de perícias médico-legais, os atrasos no agendamento de diligências, e a intervenção estratégica das seguradoras, que muitas vezes protelam o desfecho do processo para pressionar acordos desfavoráveis ao trabalhador.

Além disso, a ausência de especialização funcional, nomeadamente a inexistência de peritos com formação em MA nas juntas médicas judiciais, compromete a qualidade técnica das decisões e reforça a desconfiança dos trabalhadores no sistema de justiça laboral. O resultado é um percurso processual longo, oneroso e desgastante, que compromete a tutela efetiva dos direitos sociais e agrava o sofrimento de quem se vê afastado da sua profissão por motivo de acidente.

JUNTAS MÉDICAS: TÉCNICA, CONFLITOS DE INTERESSE E DESIGUALDADE DE POSIÇÕES

As juntas médicas, previstas no âmbito dos processos de acidente de trabalho, constituem a instância técnico-pericial decisiva na fixação do grau de incapacidade. Compostas por três peritos, um indicado pelo tribunal, outro pela seguradora e outro pelo trabalhador, estas juntas são, em teoria, um mecanismo imparcial de apuramento clínico da condição do sinistrado em concordância com os pressupostos processuais do Código de Processo do Trabalho. No entanto, os testemunhos das juristas entrevistadas revelam graves fragilidades estruturais e suspeitas fundadas de parcialidade, que colocam em causa a equidade do processo.

DL2 denuncia de forma clara a existência de relações promíscuas entre peritos e entidades com interesses no processo: “Peritos que trabalham no tribunal e depois trabalham na seguradora [...] e, portanto, há aqui um conflito de interesses que deveria existir e, no fundo, quando vamos a ver, não existe” (Anexos, DL2, l.100). Esta sobreposição de funções compromete a neutralidade do parecer e cria um campo fértil

para decisões enviesadas, especialmente quando não são controladas ou formalmente impugnadas.

Além da promiscuidade funcional, a jurista aponta a falta de imparcialidade associada ao conhecimento prévio dos casos por parte dos médicos: “Na prática... o que encontro invariavelmente é médicos que já conhecem pessoas, que depois fazem experiências, e há ali uma série de incongruências que não podem acontecer, não é? Tem que haver imparcialidade” (Anexos, DL2, l.98).

Do ponto de vista técnico, a composição das juntas é ainda limitada pela ausência de formação em MA dos peritos, o que compromete a avaliação funcional real dos tripulantes. DL1 assinala que, no exame médico individual, “infelizmente, o que acontece é que o médico é de medicina geral ou de outra especialidade que não aeronáutica”, pelo que “será sempre, com o devido respeito, uma análise superficial do problema” (Anexos, DL1, l.90).

Ainda que o trabalhador possa apresentar o seu próprio perito, o equilíbrio da junta está frequentemente comprometido: “Se da parte do médico do tribunal não houver a mesma sensibilidade, o veredito final será de 2 votos desfavoráveis, o que coloca o sinistrado numa posição quase de impossibilidade de reclamar, já que se trata de prova técnica/pericial”. Acresce que, segundo a prática relatada por DL1, “o médico da seguradora tenta fazer valer a todo o custo o seu parecer, que, obviamente, irá ao encontro dos interesses da sua cliente” (Anexos, DL1, l.90).

IMPUGNAÇÃO DA PERÍCIA: DIREITO GARANTIDO, MAS CONDICIONADO POR OBSTÁCULOS PRÁTICOS

O direito à impugnação da perícia médico-legal está garantido no ordenamento jurídico português, no âmbito do Código de Processo do Trabalho, permitindo ao trabalhador sinistrado contestar uma avaliação desfavorável sobre a sua condição funcional. Na prática, essa impugnação faz-se, desde logo, através da JM e da possibilidade de requerer nova avaliação, nos termos plasmados pela prática jurisprudencial.

DL1 é clara ao reconhecer que a impugnação é um recurso legítimo, mas exigente: “Como já foi dito, trata-se de um processo, todo ele, de foro médico. Só com o apoio de um perito e de exames de diagnóstico que confirmem a incapacidade do sinistrado (prova pericial e técnica) é possível impugnar uma decisão judicial desfavorável, através

de recurso para o tribunal superior” (Anexos, DL1, l.92). Além disso, “Perante um parecer negativo da JM pode sempre ser requerido a avaliação por perito da aeronáutica, mas, como resulta evidente, são tudo meios que são muito dispendiosos para o trabalhador...” (Anexos, DL1, l.92).

Do ponto de vista estratégico, DL2 defende que o recurso à jurisdição comum é o meio mais sólido para garantir a proteção do trabalhador: “Só conheço a melhor, que é de facto a judicial... quanto a mim, o judicial é o melhor para se chegar lá” (Anexos, DL2, l.102).

Este comentário denuncia a fragilidade das instâncias paralelas e reforça a importância da jurisdição comum como espaço de decisão com força vinculativa e possibilidade de recurso para instâncias superiores. Ainda assim, o sistema judicial não oferece mecanismos automáticos de reavaliação pericial com peritos aeronáuticos, o que agrava a desvantagem dos tripulantes em litígios complexos sobre inaptidão.

PERÍCIA E COMPENSAÇÃO: O VALOR DA INCAPACIDADE TRADUZIDO EM INDEMNIZAÇÃO

Nos processos de reconhecimento da incapacidade permanente por acidente de trabalho, a perícia médico-legal desempenha uma dupla função: não apenas determina o grau de incapacidade funcional, como serve de base para o cálculo da compensação financeira devida ao trabalhador. No caso dos tripulantes, cuja atividade exige plena aptidão física, cognitiva e psicológica, essa relação entre perícia e indemnização assume contornos particularmente relevantes, sobretudo quando está em causa a IPATH.

DL2 resume de forma inequívoca esta ligação: “Claro que sim, porque é através da perícia, nomeadamente da junta, que se vai apurar qual é o valor atribuído a essa incapacidade. Tem tudo a ver” (Anexos, DL2, l.104). A afirmação confirma que o parecer pericial, especialmente quando emitido por JM, é o elemento técnico que determina o montante da pensão ou indemnização atribuída, em função do grau de incapacidade reconhecido.

DL1 detalha os critérios de cálculo, com base na legislação em vigor. No caso da ITA, a compensação é calculada a partir da retribuição diária, que resulta da divisão da retribuição anual ilíquida (incluindo subsídios) por 12 e depois por 30. A indemnização

diária corresponde a 70% da retribuição nos primeiros 12 meses, e 75% após esse período (Anexos, DL1, I.95).

Já na ITP, mantém-se o mesmo método de apuramento da retribuição, mas a indemnização é ajustada segundo o grau de incapacidade: “Multiplica-se a retribuição diária por 70% [...] e, em seguida, pelo grau de redução na capacidade geral de ganho (percentagem da incapacidade)” (Anexos, DL1, I.96).

No que respeita à IPA, a compensação assume a forma de pensão vitalícia. DL1 explica que: “A pensão é calculada com base numa percentagem da retribuição anual ilíquida, que pode ser de 80% para incapacidade absoluta para todo o trabalho. Para IPATH, a pensão varia entre 50% e 70% da retribuição” (Anexos, DL1, I.97). No caso da IPP, a pensão corresponde, em regra, a 70% da retribuição anual ilíquida multiplicada pela percentagem da incapacidade.

Estes cálculos demonstram que a fixação da incapacidade, mesmo quando inferior a 10% ou aparentemente residual, pode ter impacto direto nos rendimentos futuros do trabalhador, sendo por isso essencial que a perícia seja tecnicamente rigorosa, especializada e adaptada à função profissional concreta, algo ainda deficitário no caso dos tripulantes.

4.7.7 RECOMENDAÇÕES E BOAS PRÁTICAS

NORMAS EUROPEIAS: DESCONHECIMENTO PRÁTICO E SUBUTILIZAÇÃO DO DIREITO COMUNITÁRIO

A legislação europeia em matéria de aviação civil, nomeadamente os regulamentos da EASA, define os requisitos técnicos e médicos aplicáveis aos profissionais da aviação, incluindo os tripulantes. No entanto, como revelam os testemunhos das juristas entrevistadas, o Direito Comunitário permanece pouco integrado na prática jurídica nacional, mesmo em matérias diretamente reguladas a nível europeu, como é o caso da avaliação médica e da aptidão funcional para voo.

DL2 reconhece abertamente esta lacuna: “Acredito que o Direito Comunitário poderia dar uma grande ajuda, sem dúvida que sim, e não está a ser totalmente integrado. Acredito que não esteja a ser completamente integrado” (Anexos, DL2, I.106). A jurista admite que o seu trabalho forense decorre essencialmente com base na legislação nacional e na jurisprudência portuguesa, o que reflete um padrão comum de

subutilização das fontes normativas europeias nos tribunais do trabalho, mesmo quando estas têm aplicação direta ou efeito vinculativo.

Este défice de integração do direito da UE é particularmente problemático num setor como o da aviação civil, que opera sob regulamentação técnica harmonizada a nível europeu. O Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), e os respetivos anexos, incluindo a Parte MED, estabelecem os critérios de aptidão médica e os procedimentos de certificação para todos os Estados-Membros, sendo a ANAC responsável pela sua aplicação em Portugal.

Em paralelo, a reparação dos acidentes de trabalho e os efeitos indemnizatórios da incapacidade continuam a reger-se por lei nacional, Lei n.º 98/2009, (2009), artigos 1.º e 2.º, o que ajuda a explicar a clivagem entre certificação aeronáutica (direito da UE, aplicação direta) e tutela indemnizatória (direito nacional).

Questionada sobre o papel da ANAC na transposição efetiva destas normas, DL2 admite que: “Pode acontecer. Acredito que sim. Por isso, nestas lides, quando estamos no foro, temos de ter atenção a isso, não é? E ver se de facto também não será um dos fatores por que peca a decisão da autoridade” (Anexos, DL2, l.108). A resposta sugere que falhas na aplicação prática das normas europeias podem comprometer decisões administrativas, incluindo as que dizem respeito à declaração de inaptidão e ao cancelamento de *Medical Reports*.

Por sua vez, DL1 assume não ter conhecimento aprofundado da matéria, afirmando: “Não tenho conhecimento desta matéria para poder responder” (Anexos, DL1, l.100). Este reconhecimento, vindo de uma jurista com experiência em processos de acidente de trabalho, reforça a ideia de que as normas europeias continuam ausentes do núcleo habitual de argumentação forense nos tribunais nacionais, mesmo em setores onde são determinantes.

BOAS PRÁTICAS INTERNACIONAIS: CELERIDADE, ACOMPANHAMENTO E RECUPERAÇÃO FUNCIONAL

A comparação com sistemas internacionais de proteção laboral permite evidenciar as fragilidades do modelo português na gestão de casos de inaptidão definitiva por acidente de trabalho. Como destaca DL2, uma das principais carências do sistema

nacional é a falta de celeridade, que impede não apenas uma decisão justa e atempada, mas também a possibilidade de reabilitação do trabalhador, quando ainda viável.

A jurista sublinha esta dimensão com clareza e preocupação: “Digo, à cabeça: celeridade. Uma coisa que não se consegue alcançar, mas que se deveria alcançar. Porque eu creio que, quanto mais tempo se leva nesse processo, pior fica o trabalhador” (Anexos, DL2, I.110). Este alerta vai ao encontro das boas práticas internacionais promovidas pela OIT, que preconizam respostas rápidas, integradas e orientadas para a recuperação funcional e profissional dos sinistrados.

Segundo DL2, a ausência de atuação precoce tem impactos irreversíveis, sobretudo em casos de natureza psicológica: “Porque há situações — pelo menos as psiquiátricas — se calhar digo eu, que não sou médica... pela experiência e pelo que mais ou menos me apercebi, há situações que poderiam ser convalidadas de alguma forma, se fossem logo acompanhadas” (Anexos, DL2, I.110). A observação evidencia que a lentidão processual agrava quadros clínicos, impedindo não só a recuperação, mas também o redesenho de trajetórias profissionais alternativas.

RECOMENDAÇÕES AO LEGISLADOR: URGÊNCIA PROCESSUAL, RECLASSIFICAÇÃO PROFISSIONAL E PROFISSÕES DE RISCO

Os testemunhos recolhidos junto das juristas DL2 e DL1 evidenciam uma convergência clara quanto à necessidade de reforma legislativa urgente no domínio da proteção dos tripulantes sinistrados, sobretudo no que respeita à IPATH. As propostas dirigem-se tanto ao plano do processo judicial como ao regime substantivo aplicável, com destaque para a introdução de prazos processuais mais curtos, a possibilidade de reclassificação funcional e o reconhecimento da função como profissão de desgaste rápido.

DL2 propõe uma alteração concreta no processo judicial laboral, defendendo que: “Se calhar no próprio processo... no direito processual que se aplica ao direito do trabalho... se calhar tempos mais curtos, prazos mais curtos. Atribuir prazos mais curtos para que fosse mais rápido” (Anexos, DL2, I.112). A jurista reforça que a existência de uma “*timeline* obrigatória” permitiria maior previsibilidade e evitaria a “suspensão” prolongada da vida dos sinistrados — um aspeto já amplamente denunciado nas análises anteriores. Esta proposta está em linha com os princípios da razoabilidade e

celeridade processual previstos na Constituição da Republica Portuguesa, (1976), (tutela jurisdicional efetiva) e no regime processual laboral.

No plano do direito substantivo, DL1 defende que o legislador deve considerar a extensão das medidas protetivas atualmente reservadas a profissões de desgaste rápido, aplicando-as aos tripulantes: “Que considerasse, por exemplo, a extensão das medidas que a legislação já prevê para situações de profissão de desgaste rápido” (Anexos, DL1, l.104).

Esta recomendação implica o reconhecimento legal do risco acrescido e da exigência psicofísica permanente associada à profissão, tal como sucede com os bombeiros, polícias ou mineiros, categorias já beneficiárias de regimes laborais especiais, nomeadamente em matéria de antecipação da reforma e acesso a requalificação.

Complementarmente, DL1 propõe a criação de mecanismos formais de formação para a reconversão profissional dos tripulantes inaptos: “Que acautelasse meios de formação para situações de reclassificação profissional/mudança de categoria” (Anexos, DL1, l.104).

Esta medida visa garantir que os trabalhadores que perdem a sua aptidão para o voo possam, dentro da mesma empresa ou setor, aceder a novas funções compatíveis com as suas capacidades remanescentes, assegurando a continuidade da carreira e a dignidade profissional.

REFORMA DA PERÍCIA: JUSTIÇA TÉCNICA, PERITOS ESPECIALIZADOS E PROTEÇÃO EFETIVA

O sistema pericial atual que sustenta as decisões sobre incapacidade permanente por acidente de trabalho revela fragilidades estruturais significativas, especialmente nos casos em que as funções do trabalhador implicam riscos específicos e exigências funcionais altamente especializadas, como sucede com os tripulantes. As juristas DL2 e DL1, com base na sua experiência prática, defendem uma reforma profunda da lógica de nomeação e atuação dos peritos nos tribunais do trabalho, com o objetivo de garantir decisões justas, céleres e ajustadas à realidade laboral.

DL1 identifica a medida estrutural prioritária: “Medida essencial, a meu ver, era que o tribunal recorresse a um médico da especialidade para fazer a avaliação, libertando o trabalhador desse encargo” (Anexos, DL1, l.106). Este ponto remete diretamente para a

necessidade de assegurar a imparcialidade e a adequação técnica da perícia, ao mesmo tempo que se protege o trabalhador da sobrecarga financeira que a apresentação de prova técnica alternativa frequentemente representa.

A jurista reforça ainda que o perito designado deve conhecer profundamente a realidade funcional do setor em análise, de forma a garantir um juízo tecnicamente válido: “[O perito] está familiarizado com as condições em que é executado o trabalho, com as funções que efetivamente são executadas pelos profissionais da aviação, pelas exigências físicas que a mesma impõe, pelas exigências sensoriais, psicomotoras e cognitivas que, no dia a dia, lhe são pedidas” (Anexos, DL1, l.106).

DL2, por sua vez, identifica não apenas a falta de formação específica, mas também a inexistência de um aparelho institucional coeso e acessível ao trabalhador: “As recomendações seriam de base... ou seja... alteração da lei, basicamente, para que o próprio Estado pudesse ter com ele pessoas que estivessem à altura da própria autoridade, que pudessem acelerar o processo... que não tivéssemos que andar à procura de alguém no exterior — e invariavelmente é o que acontece” (Anexos, DL2, l.116).

A jurista critica ainda o sentimento de desproteção que afeta o trabalhador sinistrado ao longo do processo judicial, especialmente quando este se vê obrigado a procurar, por meios próprios, um perito que legitime a sua condição: “Qualquer trabalhador, ou sinistrado neste caso, que entre no Tribunal do Trabalho, ele não se sente protegido, porque fica na agonia, tem de ir à procura de alguém que diga aquilo que ele efetivamente está a sentir” (Anexos, DL2, l.116).

DL2 destaca, por fim, que o problema da perícia afeta todo o sistema de justiça laboral, mas que no setor da aviação civil assume especial gravidade, dado o carácter intrinsecamente perigoso da profissão: “As companhias aéreas têm um pormenor que é muito importante, que é: o trabalhador está sempre em risco. [...] Esta é uma das principais [profissões de risco], porque está sempre em risco. Não há outra hipótese” (Anexos, DL2, l.116).

5 DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Este capítulo discute criticamente os resultados à luz da questão de partida e dos objetivos específicos definidos para a investigação. A recordar, organiza a análise em torno destes seis objetivos, já anunciados no Capítulo 1:

- O1: Analisar as perceções dos tripulantes de cabine declarados definitivamente inaptos quanto aos processos médico-legais e às práticas de RSC.
- O2: Compreender e avaliar os critérios clínico-funcionais aplicados pela MT na determinação da aptidão para o voo, identificando condições que, pela sua natureza e prognóstico, conduzem mais frequentemente à inaptidão permanente;
- O3: Examinar a aplicação dos requisitos médicos pela MA na certificação de tripulantes de cabine ao abrigo da regulamentação europeia, mapeando assimetrias e identificando oportunidades de harmonização procedimental.
- O4: Avaliar a adequação e aplicabilidade do quadro jurídico europeu e nacional relativo à aptidão e à cessação por inaptidão, clarificando a distribuição de competências entre ANAC e EASA.
- O5: Caracterizar as práticas de RSC adotadas pelas companhias aéreas perante a inaptidão definitiva, analisando o contributo da representação sindical para a sua promoção e efetividade.
- O6: Analisar o percurso jurídico-processual que conduz à atribuição de IPATH, identificando desafios e propondo melhorias procedimentais e indicadores de desempenho.

A discussão parte do *corpus* empírico apresentado no Capítulo 4 e foi desenhada para triangular fontes, métodos e teoria:

- (i) Entrevistas semiestruturadas a um conjunto diversificado de 24 participantes (tripulantes inaptos, médicos especialistas em MT, examinadores médicos aeronáuticos, representantes de gabinetes de RSC, representantes sindicais, juristas e representantes da autoridade aeronáutica);

- (ii) Análise documental (regulamentação EASA, legislação nacional, acordos de empresa, acordos do TR, relatórios institucionais);
- (iii) Enquadramento teórico atualizado. Este desenho qualitativo, de caso múltiplo, permite cruzar a experiência vivida com os enquadramentos normativos e organizacionais, reforçando a consistência interpretativa dos achados.

No plano metodológico, a interpretação apoia-se numa análise temática codificada com apoio do MAXQDA 2024, e é conduzida com critérios de credibilidade e auditabilidade: registo do processo analítico, uso de citações diretas para ilustrar categorias e triangulação sistemática para testar a robustez das inferências.

5.1 DISCUSSÃO POR OBJETIVO ESPECÍFICO

A discussão que se segue organiza-se em torno dos seis objetivos específicos definidos no Capítulo 1, articulando-os com as evidências percecionais apresentadas no Capítulo 4. O propósito é examinar convergências e tensões entre discursos e práticas, identificar mecanismos explicativos e retirar consequências operacionais para os diferentes *stakeholders*.

Conforme detalhado no Cap. 3, as percentagens e frequências aqui apresentadas são descritivas e exploratórias, decorrentes de amostra intencional e qualitativa, pelo que não são extrapoláveis ao universo de tripulantes. A variabilidade interorganizacional introduz heterogeneidade procedimental e condiciona desfechos; reconhecem-se ainda viés de seleção e de recordação, bem como a ausência de séries oficiais que suportem inferência estatística. Para mitigação, adotou-se triangulação de fontes e critérios de coerência interna/transferibilidade. Retomam-se aqui estas cautelas apenas para enquadrar a leitura dos resultados.

5.1.1 01. ANÁLISE DA PERCEÇÃO DOS TRIPULANTES DE CABINE INAPTOS QUANTO AOS PROCESSOS MÉDICO-LEGAIS E ÀS PRÁTICAS DE RESPONSABILIDADE SOCIAL CORPORATIVA

SÍNTESE INTERPRETATIVA: UM PADRÃO DE DESPROTEÇÃO MULTIDIMENSIONAL

A análise transversal das entrevistas revela um padrão de desproteção multidimensional — clínica, organizacional, jurídica e emocional — que estrutura a experiência de inaptidão definitiva para o voo. Entre profissionais com longa antiguidade, a inaptidão é

vivida como rutura identitária, na medida em que o exercício da função sustentava pertença organizacional, reconhecimento social e autoestima. A natureza vocacional da profissão, aliada à cultura operacional da aviação, intensifica o vínculo psicológico entre o indivíduo e a função, tornando o afastamento definitivo uma experiência de perda complexa.

A maior incidência em grupos etários avançados acentua a percepção de vulnerabilidade: nesta fase do ciclo de vida profissional, a reconversão é mais difícil, o capital específico do ofício menos transferível e as trajetórias alternativas tendem a ser desvalorizadas. Assim, a perda de aptidão traduz perda de rendimento, estatuto e pertença, configurando uma descontinuidade abrupta no percurso profissional e na identidade ocupacional.

Esta rutura constitui também um trauma identitário, refletindo uma fragmentação simbólica entre o sujeito e o trabalho que o definia. Os resultados confirmam a centralidade da dimensão emocional da inaptidão, tal como descrita por Dejours, (1991), para quem o trabalho é eixo de reconhecimento e equilíbrio psíquico, sendo o seu rompimento vivido como sofrimento ético e existencial. De modo convergente, Karasek, (1990) e Siegrist, (1996), associam o desequilíbrio entre exigência e recompensa, e a falta de controlo sobre o futuro profissional, ao aumento da vulnerabilidade psicológica — situação particularmente evidente na aviação, onde a identidade do tripulante depende da manutenção da aptidão médica.

Autores como Dekker, (2016) e Reason, (2016), sublinham ainda que a ausência de uma *Just Culture* eficaz fragiliza a confiança institucional e amplifica o sentimento de punição nos processos de inaptidão. A evidência empírica confirma esta percepção: os tripulantes sentem-se desamparados e descrevem o processo como punitivo, mais do que protetor. Tal padrão, identificado também por Sander-Grout, (2021), noutros contextos europeus, revela que a gestão da incapacidade médica permanece marcada por lacunas de comunicação e acompanhamento, exigindo respostas organizacionais centradas na confiança, na transparência e no bem-estar psicossocial dos profissionais afetados.

COMUNICAÇÃO E SUPORTE PSICOSSOCIAL: UM “LIMBO” INSTITUCIONAL

A percepção de injustiça clínica é amplificada por défices de articulação interinstitucional. Os tripulantes descrevem a inexistência de coordenação efetiva entre MT, MA e companhia aérea, gerando um “limbo” administrativo e informacional que dificulta o exercício de direitos, a tomada de decisão informada e o planeamento de vida. A ausência de protocolos claros de encaminhamento e de *case management* reforça a desorientação e produz descontinuidades no percurso assistencial. No plano psicossocial, apenas 20% referem ter tido acompanhamento, sempre por iniciativa própria e fora da estrutura empresarial, evidenciando uma dissonância performativa entre a retórica de RSC e a prática concreta de suporte a um evento profissional com elevado impacto emocional.

RSC E ENQUADRAMENTO LEGAL: RUTURA ENTRE DISCURSO E PRÁTICA

No plano macro, a avaliação das políticas organizacionais e do enquadramento jurídico revela-se marcadamente negativa. 93% dos inquiridos não identificam políticas de RSC aplicadas à sua situação, denunciando um desfasamento entre a retórica institucional e a ação concreta. No plano normativo, 73% entendem que a legislação nacional não assegura proteção adequada aos tripulantes sinistrados. Entre as lacunas mais salientadas avultam: (i) a inexistência de um estatuto profissional específico; (ii) a ausência de mecanismos automáticos de reconhecimento de incapacidade em determinados quadros clínicos; e (iii) a falta de instrumentos equivalentes ao seguro de perda de licença disponível para pilotos. A conjugação de falhas organizacionais e insuficiências legislativas reforça a vulnerabilidade estrutural da profissão e transfere para o indivíduo o ónus de garantir em tribunal direitos que deveriam ser exequíveis em sede administrativa.

REINTEGRAÇÃO PROFISSIONAL: DESPERDÍCIO DE CAPITAL HUMANO E JUSTIÇA ORGANIZACIONAL

No domínio da reintegração, 80% dos participantes receberam propostas para funções em terra; todavia, a maioria percecionou as colocações como desajustadas às competências acumuladas, desmotivadoras e suportadas por formação insuficiente, frequentemente limitada a *on-the-job training* informal. Em cerca de 20% dos casos não foi apresentada qualquer alternativa de recolocação. Mesmo quando a reintegração se

concretiza, os percursos revelam estagnação funcional e ausência de progressão, traduzindo desperdício de capital humano especializado e corroendo a perceção de justiça organizacional nas suas dimensões distributiva, procedimental e interacional. Este padrão sugere uma abordagem instrumental ao trabalhador inapto, na qual a gestão de pessoas não internaliza o valor específico do saber técnico e tácito acumulado em operação, nem o converte em percursos estruturados de requalificação e mobilidade que salvaguardem dignidade, motivação e reconhecimento profissional.

PROCESSOS MÉDICO-LEGAIS: FORMALISMO PROCEDIMENTAL, FRÁGIL LEGITIMIDADE PERICIAL

Os processos médico-legais configuram um nó crítico e controverso. Embora a maioria dos participantes considere os exames realizados globalmente adequados, um contingente expressivo descreve heterogeneidade qualitativa, assinalando lacunas de abrangência e défices de tempestividade, com diagnósticos incompletos e uso parcimonioso de meios complementares. O recurso a segunda opinião médica atinge 87% dos entrevistados, indicador robusto de desconfiança quanto à imparcialidade e ao rigor das avaliações institucionais, em especial quando estas são mediadas por serviços internos ou por clínicos vinculados a seguradoras.

Em sede contenciosa, adensa-se a crítica à aplicação rígida e descontextualizada das tabelas de incapacidade, percecionadas como economicistas e pouco sensíveis às exigências funcionais específicas do trabalho a bordo. Tal opção metodológica fragiliza a correspondência entre “incapacidade medida” e “incapacidade vivida” em contexto aeronáutico. Em síntese, ainda que o procedimento formal exista, a sua legitimidade clínica e pericial é amplamente contestada, catalisando trajetórias de impugnação e potenciando a judicialização.

Estudos de saúde ocupacional (Dekker, 2016; Reason, 2016), confirmam que este desfasamento entre avaliação pericial e experiência vivida é uma falha sistémica também noutros setores.

JUDICIALIZAÇÃO COMO VIA QUASE UNIVERSAL: CUSTOS EMOCIONAIS E SISTÉMICOS

Perante falhas clínicas, comunicacionais e organizacionais, a via judicial emerge como mecanismo quase exclusivo de reconhecimento de direitos, em particular do estatuto de IPATH. Todos os entrevistados recorreram aos tribunais; mais de metade enfrentou

processos com duração igual ou superior a 2 anos e quase metade apenas obteve decisão em sede de recurso. As seguradoras são percecionadas como atores centrais de obstrução, através de estratégias dilatórias, contestação de diagnósticos e retardamento de pareceres. Embora 80% classifiquem as decisões finais como justas, os custos emocionais, económicos e sociais associados a este percurso fragilizam a confiança no sistema e agravam o sofrimento, convertendo um problema de saúde e trabalho num litígio prolongado e de elevada entropia institucional.

PROPOSTAS DE RECONFIGURAÇÃO INSTITUCIONAL: SEIS EIXOS OPERACIONAIS

As propostas dos participantes convergem em seis eixos estratégicos, dotados de elevada coerência interna e exequibilidade realista (Tabela 33):

- Apoio psicológico precoce e protocolado, com critérios de elegibilidade claros e garantia de continuidade de cuidados;
- Governação de caso, por tutor institucional, responsável pela articulação interserviços e pelo cumprimento de prazos;
- Planos de reconversão dignos e participados, com mapeamento de competências, formação certificada e percursos de progressão definidos;
- Apoio jurídico acessível e mediado institucionalmente, mitigando assimetrias de poder e défices de literacia legal;
- Avaliações clínicas e periciais independentes, multidisciplinares e funcionalmente contextualizadas, conduzidas por peritos com competência aeronáutica;
- Reformas legislativas específicas, prevendo prazos máximos decisórios, estatuto protetivo durante transições e instrumentos de cobertura equivalentes a seguro de perda de licença.

Estas linhas de ação não configuram uma mera agenda reivindicativa; materializam conhecimento prático acumulado e oferecem um roteiro operativo para a reconciliação entre segurança operacional, justiça organizacional e bem-estar laboral.

Tabela 33 - Propostas de reconfiguração institucional: seis eixos operacionais

Fonte: Elaboração própria

	Eixo Operacional	Objetivo	Medidas Operacionais	Responsável	Indicadores-Chave	Prazo
1	Apoio psicológico precoce	Suporte emocional imediato	Triagem ≤ 7 dias	RH / SST	% com apoio ≤7 dias	Curto (0–6 m)
			Critérios e referência interna		Satisfação ≥ 80%	
			Rede de terapeutas + <i>peer support groups</i>	Linha hierárquica	# sessões por caso	
2	Governança de caso	Coordenar atores e prazos	Tutor por caso	RH / SST	Tempo total: decisão→recolocação	Curto (0–6 m)
			Plano com marcos	MT	% marcos no prazo	
			Reuniões MT / MA / RH / tripulantes		# reiterações / documentos em falta	
3	Reconversão digna e participada	Reaproveitar capital humano	Mapa de competências	RH/Formação	% com PIR	Médio (6–18 m)
			Formação certificada + estágio		Taxa de recolocação (6/12 m)	
			Percursos e <i>mentoring</i>	Direções operacionais	Retenção (12 m)	
4	Apoio jurídico acessível	Reduzir assimetrias / litigância	Balcão jurídico/convénios	Jurídico interno	% com apoio jurídico	Curto (0–6 m)
			Guias de literacia legal	Sindicato (parceria)	% resolvidos sem recurso	
			Mediação pré-contenciosa		Tempo até acordo	
5	Avaliação clínica / pericial independente	Aumentar legitimidade pericial	Painel multidisciplinar com competência aeronáutica	MT/MA AeMC	% perícias com perito aeronáutico	Médio (6–18 m)
			<i>Checklists</i> por tarefa crítica		Gap 1.ª vs 2.ª opinião	
			2.ª opinião protocolada	IML/Provedoria		
6	Reformas legislativas	Clarificar critérios e prazos	Prazos máximos e atos vinculados	Governo / Parlamento	Tempo médio AT→IPATH	Longo (18–36 m)
			Estatuto protetivo em transição	ANAC	% com recurso	
			Instrumentos tipo “perda de licença”	Ministério Trabalho	Cobertura de instrumentos compensatórios	
				ASF		

CONSIDERAÇÕES CONCLUSIVAS: RESTAURAR LEGITIMIDADE, CONFIANÇA E JUSTIÇA

Os resultados evidenciam um ciclo de vulnerabilidade cumulativa: avaliações médico-legais contestadas, défices de comunicação interinstitucional, propostas de reintegração desajustadas, judicialização sistemática e ausência de políticas organizacionais e legais sensíveis à especificidade do trabalho de cabine. A perda da aptidão para o voo não se reduz à perda de uma competência técnica; traduz-se na perda de um lugar social e profissional cuidadosamente construído ao longo de décadas.

Responder a este diagnóstico requer: (i) densificação pericial com competência aeronáutica, assegurando avaliações independentes, multidisciplinares e funcionalmente contextualizadas; (ii) governação de caso com prazos vinculativos e clara responsabilização de atores; e (iii) operacionalização efetiva de dispositivos de RSC que garantam apoio psicossocial e reconversões qualificadas, com horizontes de progressão definidos.

A criação de indicadores de monitorização (ex.: tempo médio de decisão, taxa de recurso, nível de satisfação com reintegração) acrescentaria transparência e *accountability* ao sistema.

Só assim se recuperam a legitimidade procedimental, a confiança institucional e a justiça organizacional num setor que, pela sua natureza, exige padrões elevados de segurança, ética e cuidado com as pessoas que o sustentam.

5.1.2 02. CRITÉRIOS CLÍNICOS E FUNCIONAIS DA MEDICINA DO TRABALHO NA DETERMINAÇÃO DA APTIDÃO PARA O VOO

ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL E REGULATÓRIO: DUALIDADE DE CIRCUITOS, SOBREPOSIÇÕES E ZONAS CINZENTAS

No setor da aviação comercial, a determinação da aptidão dos tripulantes de cabine processa-se em dois circuitos médico-periciais paralelos com finalidades parcialmente sobrepostas: (i) MT, ancorada na legislação laboral nacional na Lei n.º 102/2009, (2009), orientada para a compatibilidade entre saúde e riscos do posto de trabalho; e (ii) MA, regida pelo Anexo IV — Parte MED do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), centrada na avaliação médico-aeronáutica obrigatória para o exercício de funções de voo. Esta dualidade é funcional do ponto de vista normativo, mas abre margens de

interpretação clínica, introduz diferenças de periodicidade e de escopo avaliativo e, sobretudo, potencia decisões não congruentes entre operadores e serviços de avaliação aeronáutica. Em termos práticos, resulta numa heterogeneidade decisória que fragiliza a previsibilidade dos desfechos e dificulta a gestão de casos complexos.

A fragmentação entre a MT e a MA, identificada neste estudo, reflete um padrão estrutural amplamente documentado em contextos de aviação comercial, tais como Griffiths & Powell, (2012) e Sander-Grout, (2021), segundo o qual estas duas áreas operam com finalidades distintas e, por vezes, divergentes. Enquanto a MT privilegia a prevenção e a vigilância da saúde laboral, a MA subordina-se à segurança operacional e à certificação médica aeronáutica, conforme previsto no Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011) – Parte MED. Essa dualidade institucional cria zonas de sobreposição e vazio decisório, especialmente nos casos de inaptidão definitiva, em que a ausência de critérios de interoperabilidade gera atrasos, incongruências e percepções de injustiça entre os profissionais afetados.

CRITÉRIOS CLÍNICOS E FUNCIONAIS: COERÊNCIA DE PRINCÍPIO, LIMITAÇÕES DE EXECUÇÃO

A MT assenta numa lógica multifatorial, integrando domínios otorrinolaringológico, oftalmológico, audiológico, cardiovascular e metabólico, usualmente suportados por eletrocardiogramas, análises laboratoriais, audiometria e outras provas complementares. Algumas companhias aéreas reforçam a consistência interna mediante *checklists* anuais padronizadas, elevando o patamar de exigência acima do mínimo legal e reduzindo a variabilidade interexaminador; não obstante, tal pode induzir formalismo procedimental se não for acompanhado por critérios de qualidade e auditoria clínica.

Para além da dimensão biomédica, valoriza-se uma avaliação funcional centrada no papel de trabalho, contemplando tarefas críticas em contexto aeronáutico, exemplos disso são, a capacidade de realização de evacuações em contexto de emergência, do manuseamento de equipamento de primeiros socorros e do serviço de bordo em condições de turbulência. Todavia, a validade ecológica destas simulações revela-se desigual e, na prática, as restrições parciais são raramente operacionalizadas, o que dicotomiza os desfechos entre “Apto” ou “Inapto”. A inexistência de vias intermédias robustas, tais como, colocações condicionadas, adaptações estruturadas de posto e

programas de retorno gradual, converte situações potencialmente recuperáveis em trajetórias de inaptidão definitiva, não por imperativo clínico, mas por déficit de alternativas institucionais.

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE MAIS FREQUENTEMENTE DESAGUAM NA INAPTIDÃO PERMANENTE

A triangulação entre dados empíricos e práticas reportadas pelos médicos identifica dois grupos nosológicos como principais determinantes da inaptidão definitiva, pela conjugação de cronicidade, impacto direto nas competências críticas de segurança e prognóstico funcional incerto no contexto operativo:

- **Patologia músculo-esquelética:** O perfil de exigência física, que inclui levantamento de cargas em altura, ortostatismo prolongado, movimentos repetitivos em espaço confinado e exposição à turbulência, predispõe a lombalgias, cervicalgias e lesões do ombro com curso crónico e reagudizações imprevisíveis, particularmente críticas em contextos de emergência operacional. Acresce que as lesões traumáticas associadas a acidentes de trabalho apresentam forte variabilidade casuística. Quando refratárias à reabilitação e acompanhadas de défices persistentes de força, amplitude articular ou coordenação, estas condições tornam-se incompatíveis com requisitos essenciais do desempenho funcional, culminando em inaptidão permanente.
- **Perturbações de saúde mental:** Ansiedade, depressão, fadiga e, em subgrupos expostos a eventos críticos, sintomatologia pós-traumática, comprometem vigilância, julgamento e coordenação, dimensões nucleares do desempenho seguro das funções. A disrupção circadiana associada a horários irregulares e o *stress* organizacional agravam a recorrência e dificultam a estabilização clínica. Acresce a incompatibilidade farmacológica, por ex. a psicotrópicos sedativos, com a atividade de voo. Na ausência de programas estruturados de apoio psicossocial precoce e de protocolos de retorno ao trabalho graduado, o risco de afastamento definitivo aumenta de forma substantiva.

VARIABILIDADE E LIMITAÇÕES SISTÉMICAS: INTEROPERABILIDADE DEFICIENTE E AMBIGUIDADE DE RISCO ACRESCIDO

A heterogeneidade normativa, com um quadro europeu, ao abrigo do chapéu EASA, mais estrito e uma legislação nacional mais flexível, favorece discrepâncias na

periodicidade e no conteúdo das avaliações, bem como leituras divergentes do conceito de “risco acrescido”. A articulação fraca entre MT e MA, traduz-se em partilha limitada de informação, descoordenação temporal das avaliações e ausência de validação colegial para casos limítrofes, abrindo espaço a decisões incongruentes e reduzindo a previsibilidade dos desfechos.

Adicionalmente, a inexistência de estatísticas nacionais padronizadas sobre inaptidão definitiva compromete a vigilância epidemiológica e a prevenção dirigida. No plano organizacional, a carência de programas de requalificação e recolocação com desenho explícito, tais como, mapeamento de competências, formação certificada e indicadores de resultado, condiciona a decisão clínica e reforça a dicotomização dos desfechos, perpetuando um modelo decisório binário em detrimento de soluções graduadas e adaptativas.

SÍNTESE INTERPRETATIVA DO O2: SOLIDEZ CONCEPTUAL, EFICÁCIA CONDICIONADA POR TRÊS ALAVANCAS

Em termos de princípio, os critérios clínicos e funcionais atualmente aplicados pela MT mostram-se alinhados com o perfil de risco do trabalho de cabine. Contudo, a sua efetividade permanece condicionada por três alavancas institucionais:

- Padronização e interoperabilidade com a MA: Estabelecimento de protocolos comuns, listas de verificação harmonizadas, janelas temporais alinhadas para reavaliação e painéis periciais conjuntos em casos complexos, com documentação partilhada e rastreável ao longo do ciclo decisório.
- Integração de métricas funcionais específicas do posto: Implementação de avaliações de capacidade funcional adaptadas ao contexto aeronáutico em condições simuladas de voo, e utilização de limiares objetivos para força, resistência, equilíbrio e coordenação, com reprodutibilidade intercentros.
- Proposta de soluções funcionais de readaptação profissional: Propõe-se a criação de vias intermédias de aptidão condicionada que permitam à MT recomendar, junto das organizações, uma readaptação funcional temporária em funções compatíveis com o estado funcional do tripulante de cabine, evitando a dicotomização “Apto” ou “Inapto em definitivo”.

Na ausência destas alavancas, as patologias músculo-esqueléticas e as perturbações de saúde mental continuarão a constituir os principais vetores de inaptidão permanente, pela combinação de cronicidade, complexidade terapêutica e impacto direto nas competências críticas de segurança. O investimento em interoperabilidade regulatória, métricas funcionais robustas e percursos institucionais de readaptação é, por conseguinte, condição necessária para transformar um quadro de decisões frequentemente dicotómicas num modelo graduado, transparente e previsível de avaliação e gestão da aptidão para o voo.

5.1.3 O3 — APLICAÇÃO DOS REQUISITOS MÉDICOS PELA MEDICINA AERONÁUTICA: ASSIMETRIAS E CAMINHOS DE HARMONIZAÇÃO

ENQUADRAMENTO REGULAMENTAR

A avaliação médico-aeronáutica dos tripulantes de cabine é realizada, em Portugal, pelos AME e AeMC aprovados, sob supervisão da ANAC. Este regime assenta no Regulamento (EU) n.º 2018/1139, (2018) e nos atos de execução do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), nomeadamente o Anexo IV — Parte MED e as Partes ARA/ORA, sendo a emissão e uso do atestado regulados na Parte CC. Este arcabouço integra: (i) requisitos clínicos; (ii) obrigações organizacionais (processos, registos, auditorias); e (iii) poderes de supervisão (inspeção, recurso e escrutínio). As regras determinam que cada tripulante realize uma avaliação inicial antes da primeira afetação a funções a bordo e reavaliações com um intervalo máximo de 60 meses, para verificar a ausência de doença física ou mental suscetível de conduzir a incapacitação ou impedir o desempenho seguro das tarefas atribuídas.

De acordo com a EASA, a avaliação médico-aeronáutica inicial dos tripulantes de cabine (MED.C.025) deve, pelo menos, incluir anamnese dirigida e exame clínico dos sistemas cardiovascular, respiratório, músculo-esquelético, otorrinolaringológico e visual, incluindo avaliação da visão cromática; nas reavaliações subsequentes, exige-se a atualização da história clínica e o exame clínico é realizado quando necessário, segundo a melhor prática médico-aeronáutica, podendo ser solicitados exames, testes ou investigações adicionais em caso de dúvida ou indicação clínica.

A arquitetura de *governance* combina a atuação dos AME e AeMC na avaliação clínica com a supervisão da autoridade nacional, a ANAC, num modelo de gestão e auditoria definido nas Partes ORA/ARA para aprovação e *oversight* dos AeMC. Esta arquitetura, na prática, tem-se mostrado robusta e funcional, com foco em uniformidade, proporcionalidade e segurança operacional.

APLICAÇÃO PRÁTICA: PRINCÍPIOS DECISÓRIOS E INSTRUMENTOS

A decisão de (in)aptidão é, por princípio, funcional e contextual: não é o diagnóstico isolado que determina o resultado, mas sim a capacidade do tripulante para executar, sem risco indevido, todas, e não apenas uma parte, das tarefas críticas de cabine. A flexibilidade clínica regulada materializa-se através de limitações codificadas e/ou redução da validade da avaliação, compatibilizando determinadas condições clínicas com o desempenho seguro da função.

O regime incorpora o princípio de autocontrolo da aptidão, segundo MED.A.020, do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), impondo ao tripulante o dever de, fora dos ciclos regulares e intercalados por limitações decididas por AME ou AeMC, sinalizar alterações de saúde e acionar reavaliações extraordinárias, por iniciativa própria ou por indicação do operador aéreo.

Quanto à etiologia típica da inaptidão ou condicionamento, salientam-se patologias de otorrinolaringologia, músculo-esqueléticas e, em menor proporção, perturbações mentais clinicamente significativas, além de casos cardiovasculares/neurológicos mais graves.

MAPEAMENTO DE ASSIMETRIAS

Apesar da aparente uniformidade do quadro normativo, persistem variações significativas entre os AME e AeMC. Estas discrepâncias resultam, em grande medida, da latitude inerente ao juízo clínico e de heterogeneidades organizacionais observadas nos diferentes contextos:

- Conteúdo e profundidade dos exames complementares: A Parte MED estabelece requisitos mínimos e recomenda a adoção de *best practices* relativamente aos exames adicionais. Tal abertura permite variações assinaláveis entre AME e

AeMC, sobretudo no âmbito das avaliações otorrinolaringológicas e músculo-esqueléticas.

- Saúde mental: Persistem zonas cinzentas quanto à definição de estabilização clínica, aos critérios de monitorização dos efeitos da medicação e ao período de observação necessário antes do regresso ao voo. A integração de programas de apoio psicológico e de seguimento estruturado também podem variar consideravelmente entre centros.
- Aplicação de limitações regulamentares: A possibilidade de impor restrições caso a caso, embora prevista, depende da interpretação operacional e do catálogo de limitações disponível, conduzindo a possíveis decisões heterogêneas entre diferentes AME e AeMC, com impacto direto nas revalidações e nas exigências de acompanhamento.
- Processos colegiais de decisão: A regulamentação não define de forma clara a composição dos painéis, a periodicidade das consultas periciais ou o nível de detalhe documental requerido. Essa ausência compromete a consistência da avaliação médico-aeronáutica e afeta a percepção de confiança por parte dos profissionais avaliados.
- Dados epidemiológicos: Embora a inaptidão definitiva aparenta ser pouco frequente, a inexistência de bases de dados nacionais e europeias, sistemáticas e atualizadas, limita a calibragem precisa do risco e dificulta a verificação da consistência entre avaliações realizadas em diferentes contextos.

OPORTUNIDADES DE HARMONIZAÇÃO PROCEDIMENTAL

Partindo do enquadramento regulamentar da EASA e das práticas observadas, propõem-se as seguintes medidas de uniformização:

- Pacote mínimo de meios complementares de diagnóstico e terapêutica por idade e perfil de risco: Definir, em *Guidance Material*, critérios proporcionais, explícitos e estratificados por faixas etárias e perfis de risco para a solicitação de cada exame, reduzindo a variabilidade entre AME e AeMC.
- Guias clínicos europeus por condições prevalentes: Desenvolver guias temáticos, com ferramentas de apoio à decisão e critérios uniformes para avaliação

funcional, retorno ao serviço e monitorização clínica, assegurando alinhamento transnacional e atualização periódica.

- Limitações com terminologia e catálogo uniformes: Harmonizar a nomenclatura e o repertório de limitações, integrando exemplificação de cenários típicos para funções críticas de cabine e *check-lists* de revalidação, a fim de mitigar interpretações divergentes entre AME e AeMC.
- Circuito MED.A.020 uniformizado: Elaborar fluxogramas operacionais para a gestão de situações de *decrease in medical fitness*, clarificando: (i) prazos de reporte pelo tripulante; (ii) critérios para suspensão temporária da aptidão; (iii) requisitos documentais e clínicos para declaração *fit to resume duties*; e (iv) responsabilidades decisórias e de comunicação atribuídas a AME e/ou AeMC.
- Painéis clínico-regulatórios interpares: Instituir painéis nacionais articulados em rede europeia para apreciação de casos complexos, com *feedback* estruturado aos AME e AeMC e criação de repositório anónimo de precedentes técnico-regulatórios, promovendo calibragem, previsibilidade e transparência decisória.
- Sistema europeu de registo e análise: Implementar plataforma nacional e europeia para registo e análise de decisões de aptidão e respetivas limitações, com dados anonimizados e divulgação de indicadores públicos que suportem *benchmarking* e melhoria contínua.
- *Peer Support Programs* para tripulantes de cabine: Alargar os PSP já existentes para pilotos aos tripulantes de cabine, assegurando confidencialidade e carácter não punitivo; definir critérios de seleção e formação de pares, fluxos de triagem e encaminhamento clínico, integração com o SMS e indicadores agregados de desempenho, com articulação entre AME, AeMC e médico do trabalho, quando aplicável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Anexo IV — Parte MED do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), fornece uma base consistente para a avaliação médico-aeronáutica dos tripulantes de cabine, estabelecendo periodicidades de revalidação até 60 meses e um núcleo clínico mínimo claramente definido. Persistem, todavia, zonas de variabilidade associadas à margem de

apreciação clínica, à tradução prática das limitações e à gestão da saúde mental, num contexto de dados epidemiológicos insuficientes. A harmonização procedimental, assente em instrumentos normativos e operacionais auditáveis, pode reduzir assimetrias sem comprometer a flexibilidade caso a caso que caracteriza a boa prática médico-aeronáutica. Em conjunto, as medidas propostas convertem a variabilidade indesejada em consistência verificável, preservando a discricionariedade clínica justificada. Decorre que o resultado expectável é um processo mais previsível e transparente, com maior legitimidade institucional, confiança profissional reforçada e salvaguarda da segurança operacional.

5.1.4 04 — ADEQUAÇÃO E APLICABILIDADE DO QUADRO JURÍDICO DA APTIDÃO/INAPTIDÃO E DISTRIBUIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ANAC - EASA

ARQUITETURA REGULATÓRIA E CAMPO DE APLICAÇÃO: ROBUSTEZ EUROPEIA, TRADUÇÃO NACIONAL

A avaliação da adequação do regime aplicável aos tripulantes de cabine assenta numa arquitetura europeia harmonizada e de aplicação direta, cuja espinha dorsal combina o Regulamento (EU) n.º 2018/1139, (2018), com o Anexo IV — Parte MED do Regulamento (EU) n.º 1178/2011, (2011), articulada com as Partes ORA e ARA. A dinâmica de atualização — evidenciada, entre outros, pelo Regulamento de Execução (EU) n.º 2019/27, (2018), adotado na sequência das reformas de *safety* motivadas, em larga medida, pelo acidente da *Germanwings* em 2015 — confirma um sistema vivo, sujeito a clarificações terminológicas e a ajustamentos técnicos em linha com a evolução operacional da indústria. Este arcabouço estabelece um referencial comum exigente que, para produzir efeitos práticos consistentes, requer tradução operativa coerente por parte da ANAC e dos AME e AeMC. Esta configuração confirma a primazia do direito da UE, subordinando a regulamentação nacional às normas técnicas e orientações emanadas sob a égide da EASA.

No plano nacional, a ANAC exerce funções de supervisão técnico-regulamentar sobre os AME e os AeMC, assegurando a conformidade com o quadro europeu. Não obstante, no que respeita aos tripulantes de cabine, não lhe compete a emissão de certificados médicos, limitando-se à emissão do *Cabin Crew Attestation*, nos termos aplicáveis — solução que contrasta com o regime de certificação médica dos pilotos. Esta assimetria tem alimentado ambiguidade terminológica entre *Medical Certificate* (associado a

pilotos) e *Medical Report* (aplicável a tripulantes de cabine). A clarificação introduzida pelo Regulamento (EU) n.º 2019/27, (2018), mitigou incertezas de tradução e de aplicação, consolidando a distinção entre relatório — documento clínico que suporta decisões — e certificado — ato administrativo habilitante.

Sob a perspetiva da justiça procedimental, esta diferenciação reforça a necessidade de modelos nacionais padronizados que explicitem o âmbito, os fundamentos e os efeitos do relatório, prevenindo interpretações extensivas em sede jurídico-laboral e assegurando transparência, rastreabilidade e adequado exercício do contraditório.

DISTRIBUIÇÃO DE COMPETÊNCIAS: EASA vs. ANAC

A EASA não decide casos individuais; define o enquadramento técnico-regulamentar através de requisitos técnicos, AMC e GM, conferindo uniformidade e previsibilidade ao sistema. A ANAC, enquanto autoridade nacional competente, implementa e fiscaliza esse quadro, verificando a atuação dos AME e AeMC e alinhando as práticas internas com as normas europeias. Esta repartição assegura a coerência supranacional sem abdicar do controlo estatal sobre a execução e a vigilância.

No plano decisório, o AME decide em primeira instância a aptidão; o AeMC pode reconsiderar ou reverter essa decisão; e a ANAC intervém como assessor técnico, sem proferir decisão vinculativa no caso dos tripulantes de cabine. Ao contrário do regime aplicável aos pilotos, os processos clínicos dos tripulantes de cabine não são centralizados na autoridade, o que preserva alguma flexibilidade, incluindo a possibilidade de avaliação noutro Estado EASA, mas fragiliza a uniformidade prática e a rastreabilidade regulatória.

Em paralelo, a ANAC confere o *Cabin Crew Attestation*, ato jurídico distinto e independente do juízo de aptidão clínica. Este desenho institucional preserva a separação entre normação europeia e execução clínica nacional, reduzindo riscos de captura decisória, mas exige consistência e robustez nos mecanismos de supervisão e auditoria.

A execução nacional evidencia ainda dependências interjurisdicionais: o reconhecimento dos AME pela Ordem dos Médicos e a certificação das instalações pela ERS introduzem variabilidade organizacional entre prestadores. Tal variabilidade deve

ser mitigada por via de critérios de qualificação transparentes, auditorias temáticas e monitorização sistemática orientada para resultados.

ARTICULAÇÃO COM A CESSAÇÃO POR INAPTIDÃO NO ORDENAMENTO NACIONAL

No espaço europeu, os operadores podem adotar critérios internos adicionais, desde que nunca menos exigentes do que os requisitos mínimos harmonizados, o que pode gerar desajustes entre a “aptidão mínima regulatória” e a “compatibilidade com funções específicas” em cada organização (i.e., exigências funcionais próprias do posto e do contexto operacional). A nível nacional, a Segurança Social intervém na formalização da incapacidade para efeitos prestacionais, sem poder contrariar o juízo médico-aeronáutico quanto à aptidão para operar em segurança. Esta dualidade cria uma interface sensível entre segurança aeronáutica e proteção social, com impactos imediatos na cessação por inaptidão e no desenho de políticas de requalificação profissional.

Os resultados evidenciam que, apesar da solidez formal do regime de reparação português, Lei n.º 98/2009, (2009), subsistem dificuldades na sua aplicação ao contexto aeronáutico, nomeadamente na delimitação entre responsabilidade laboral e avaliação médica aeronáutica. Estas fragilidades corroboram análises e evidência setorial do documento *Study on employment and working conditions of aircrews in the EU internal aviation market*, (2019), e da jurisprudência recente dos Tribunais da Relação, que ilustram tensões na articulação entre avaliação médico-aeronáutica e efeitos jurídico-laborais.

Em contraponto, no caso dos pilotos, a autoridade aeronáutica pode declarar a inaptidão definitiva, ao passo que, para tripulantes de cabine, o processo permanece predominantemente na esfera clínica dos diversos AME e AeMC, com menor centralização decisória. Este modelo policêntrico fragmenta centros de decisão e acrescenta etapas administrativas, traduzindo-se em custos de tempo e maior incerteza para trabalhadores e operadores, o que sublinha a necessidade de mecanismos de articulação interinstitucional claros e previsíveis.

Nos casos em que a inaptidão definitiva é declarada, a contestação administrativa é limitada e a tutela jurisdicional assume-se como via de recurso plena. Embora seja

teoricamente possível reverter uma inaptidão definitiva quando há evolução clínica favorável, os constrangimentos jurídico-prestacionais (pensões e seguros ativados), tornam essa reversão improvável na prática.

ADEQUAÇÃO DO QUADRO JURÍDICO: PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES

- Pontos fortes: O modelo europeu oferece consistência regulatória, baseando-se em normas técnicas harmonizadas e em supervisão nacional especializada, o que reforça a segurança operacional. A existência de duas instâncias clínicas — AME e AeMC — com a ANAC como garante do alinhamento normativo, reduz a arbitrariedade e promove decisões proporcionais e fundamentadas.
- Limitações: Persistem zonas cinzentas terminológicas entre certificado médico e relatório médico, que repercutem incerteza jurídica no cruzamento com o direito laboral e com os regimes de proteção social. A ausência de centralização dos processos de tripulantes na ANAC, e em larga escala no âmbito EASA, em contraste com os pilotos, dificulta a uniformização material das decisões e a aprendizagem regulatória sistemática. Acresce a escassez de recursos na autoridade para uma supervisão extensiva e a falta de obrigatoriedade de avaliação médica prévia ao ingresso em cursos de tripulante, o que conduz a possíveis decisões de inaptidão após investimento formativo já realizado.

APLICABILIDADE PRÁTICA E COERÊNCIA COM A FINALIDADE DE SEGURANÇA

A aplicabilidade do regime mostra-se robusta na definição de requisitos mínimos e na tutela do risco de incapacitação súbita (mais gravoso em pilotos), mas revela heterogeneidade funcional quando transposta para as diferentes realidades empresariais e perfis de tarefa dos tripulantes. A abordagem “caso a caso”, sem listas fechadas de patologias, é clinicamente adequada e compatível com os princípios de proporcionalidade e atualização científica; porém, exige capacidades periciais supervisórias que não são homogêneas em toda a rede de AME e AeMC, colocando pressão sobre a ANAC para garantir consistência e qualidade.

CLARIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS E PROPOSTAS DE MELHORIA

Para mitigar as fricções identificadas, recomenda-se:

- Clarificar, em ordenamento jurídico nacional, a distinção terminológica, entre *Medical Report*, aplicável a tripulantes, e *Medical Certificate*, aplicável a pilotos, espelhando os efeitos jurídicos de cada ato em matéria de vínculo laboral e de proteção social;
- Reforçar a supervisão da ANAC sobre AME e AeMC, idealmente com centralização digital de dados clínico-regulatórios dos tripulantes para fins de *oversight* e aprendizagem institucional;
- Estabelecer protocolos de articulação com a Segurança Social para garantir coerência entre a decisão médico-aeronáutica e os efeitos jurídico-laborais, diminuindo litigância e incerteza;
- Produzir orientação interpretativa, em coordenação com a EASA, sobre critérios funcionais críticos e sobre a gestão de casos limítrofes, prevenindo disparidades entre Estados EASA e operadores;
- Promoção, no foro EASA, de alteração normativa que antecipa a avaliação antes da formação inicial, reduzindo custos sociais e litigância associada a inadmissibilidades detetadas tardiamente;
- Promoção, no foro EASA, de um registo longitudinal anonimizado de decisões (tempos, taxas de limitação, reversões, motivos clínicos), indicadores de consistência e ciclos de *feedback* regulatório.

SÍNTESE CONCLUSIVA

O quadro europeu-nacional revela-se adequado na finalidade de segurança e aplicável à realidade dos tripulantes, desde que acompanhado por clarificação conceptual, reforço de supervisão e coordenação interinstitucional. A EASA fixa o padrão técnico comum; a ANAC assegura a execução e o controlo; os AME e AeMC decidem clinicamente em primeira linha; e o sistema de proteção social opera os efeitos

prestacionais. A consolidação destas fronteiras de competência, com medidas de melhoria operacional, tende a reduzir incertezas, fortalecer a confiança dos trabalhadores e harmonizar a cessação por inaptidão com os valores centrais de segurança e justiça no trabalho aéreo.

5.1.5 05 — PRÁTICAS DE RESPONSABILIDADE SOCIAL CORPORATIVA E CONTRIBUTO SINDICAL NA INAPTIDÃO DEFINITIVA DE TRIPULANTES DE CABINE

CARACTERIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE RSC FACE À INAPTIDÃO DEFINITIVA

Da investigação é possível evidenciar duas perspetivas complementares, ainda que por vezes contraditórias, sobre a forma como a RSC é operacionalizada em situações de inaptidão definitiva de tripulantes de cabine e sobre o contributo da representação sindical para a sua promoção e efetividade. Esta dualidade revela um campo de tensão entre a robustez formal dos mecanismos empresariais e as limitações práticas da intervenção sindical, apontando para a necessidade de uma leitura integrada das práticas institucionais e dos constrangimentos organizacionais que marcam este domínio.

No plano das práticas empresariais, observa-se um desenho normativo consistente, mas uma execução assimétrica. No caso da Companhia Aérea B, a política de RSC surge formalizada e alinhada com os AE e com o quadro legal nacional, (Lei n.º 7/2009, 2009; Lei n.º 98/2009, 2009; Lei n.º 102/2009, 2009). A empresa assume a participação do acidente de trabalho, centraliza a comunicação com a seguradora e mantém apólices diferenciadas por cenário operacional, nomeadamente território nacional, estrangeiro e deslocações, o que reduz falhas processuais imputáveis ao trabalhador e reforça, no curto prazo, a tutela jurídico-material.

Esta base institucional projeta-se, em seguida, nas soluções de continuidade laboral. Existem mecanismos de recolocação em funções de terra com preservação de direitos nomeadamente antiguidade e diuturnidades, o que traduz a intenção de salvaguardar a relação laboral e o capital de experiência acumulado. Contudo, no exemplo do testemunho, a transição pode implicar perdas salariais reais quando associada a redução de responsabilidade funcional, deslocando para o trabalhador parte do ónus da adaptação. Ainda, a formação é assumida pela empresa, mas organizada *ad hoc*, sem

um programa estruturado de requalificação nem critérios transparentes de elegibilidade e progressão; assim, a flexibilidade organizacional que se materializa em soluções híbridas, entre funções no ar e em terra, evidencia abertura à acomodação de casos, mas também a ausência de uma política sistematizada que assegure igualdade de oportunidades.

Em coerência com este quadro, a política declarada segundo o participante, privilegia a paciência, a solidariedade e a confidencialidade, garantindo contacto imediato após o evento e acompanhamento ao longo da readaptação. Não obstante, a efetividade destes apoios permanece dependente da manutenção do vínculo laboral: com a cessação do contrato, cessa também o acesso a suporte clínico-psicológico, abrindo um vazio de proteção precisamente no momento de maior vulnerabilidade. Tal rutura fragiliza a continuidade da responsabilidade assumida e limita, na prática, o alcance da RSC.

Desta dependência decorre um conjunto de fragilidades estruturais que ajuda a explicar a assimetria entre desenho e execução: ausência de *timelines* claras por etapa, com prazos, responsáveis e marcos de decisão definidos; inexistência de um programa transversal de requalificação, com certificação e metas de reintegração; opacidade na operacionalização dos seguros complementares previstos nos AE, agravada pela mediação por *brokers* e por défices de literacia dos trabalhadores; e monitorização insuficiente de resultados, nomeadamente indicadores de sucesso de recolocação, satisfação, retenção e evolução salarial. Em síntese, a conformidade formal com o quadro normativo não se traduz, de forma consistente, em eficácia material e previsibilidade para todos os casos; para que tal ocorra, impõe-se uma governação processual com balizas temporais, critérios transparentes e avaliação regular de resultados, assegurando que os compromissos de RSC se convertem em benefícios tangíveis.

Estas conclusões convergem com as recomendações internacionais do documento EASA *European Strategy for Human Factors in Aviation*, (2012), que salientam a importância de políticas organizacionais centradas no bem-estar, na saúde mental e na reconversão profissional de pessoal aeronáutico inapto. Os programas de *peer support*, o acompanhamento psicológico e os mecanismos de reintegração interna são

considerados boas práticas de gestão responsável, alinhadas com os princípios do Pacto Global das Nações Unidas e das Normas GRI (GRI, 2022). A adoção consistente destas práticas contribui para reforçar a cultura de segurança, reduzir o estigma da inaptidão e consolidar a reputação ética das companhias aéreas no quadro europeu.

REPRESENTAÇÃO SINDICAL: CONTRIBUTOS REAIS, MAS ATUAÇÃO REATIVA E CAPACIDADES LIMITADAS

A representação sindical revela contributos materiais e mensuráveis, desde logo na negociação coletiva, onde se incluem a equiparação de acidentes fora da base a acidentes de trabalho e a previsão de cláusulas de recolocação, e no patrocínio jurídico, frequentemente decisivo para o reconhecimento de IPATH e a obtenção de compensações decorrentes. Estes mecanismos elevam o piso de proteção e funcionam como contrapeso institucional face ao poder financeiro e corporativo das companhias aéreas e das companhias de seguros, ancorando a defesa dos trabalhadores em instrumentos normativos e em litígios estrategicamente conduzidos.

Não obstante, tais ganhos convivem com uma atuação predominantemente reativa, em larga medida dependente da iniciativa do próprio trabalhador, dado não existirem canais formais e regulares de reporte automático por parte das empresas. A este constrangimento soma-se a perda de qualidade de associado poucos tempo após a cessação da atividade, que interrompe o acesso a apoios jurídicos, sociais e psicológicos precisamente no período crítico pós-desvinculação, abrindo um vazio de proteção. Ademais, persistem lacunas de oferta, nomeadamente a ausência de programas de requalificação, de apoios financeiros transitórios e de seguros ocupacionais sindicais, bem como a inexistência de sistemas de “inteligência de casos” (bases de dados, indicadores, auditorias internas) que sustentem uma monitorização contínua e uma *advocacy* baseada em evidência.

Neste contexto de capacidades limitadas, surgem ainda relatos de potenciais enviesamentos na gestão empresarial das inaptidões, por exemplo maior probabilidade de inaptidão entre trabalhadores mais velhos ou com salários mais elevados, com possível efeito discriminatório. Verifica-se, além disso, uma dissonância interpretativa em torno da recolocação: a empresa enfatiza barreiras identitárias, frequentemente ilustradas pela metáfora “o bailarino que deixa de bailar”, enquanto dirigentes sindicais tendem a atribuir a resistência sobretudo aos trabalhadores, sem evidência consolidada

de rejeição de reintegração. Esta discrepância, mais do que um conflito de narrativas, evidencia a baixa visibilidade e a fragilidade dos dados do lado sindical. Em suma, a eficácia transformadora da representação sindical depende menos da existência de direitos formais, que de facto existem, e mais da capacidade de atuar proativamente, manter a proteção para além do vínculo laboral e construir uma base informacional robusta que permita detetar enviesamentos, calibrar estratégias e sustentar intervenções com resultados verificáveis.

DICOTOMIA FUNCIONAL E DESCONTINUIDADE NA PROTEÇÃO

Os resultados evidenciam uma dicotomia funcional: enquanto as companhias tendem a assegurar um modelo de RSC mais consistente durante a vigência do vínculo laboral, os sindicatos concentram a sua influência sobretudo na negociação coletiva e no contencioso. Em ambos os casos, o período pós-desvinculação permanece subprotegido, expondo os trabalhadores a vulnerabilidades sociais, económicas e psicológicas. A efetividade das políticas de RSC e da ação sindical, por conseguinte, não depende apenas da solidez formal dos instrumentos existentes, mas da capacidade de garantir continuidade intertemporal da proteção, equidade procedimental e distributiva e, sobretudo, mensurabilidade de resultados através de indicadores verificáveis e metas de acompanhamento.

OPORTUNIDADES DE MELHORIA E HARMONIZAÇÃO PRÁTICA

- Governança de caso e prazos vinculativos: Instituir, no plano empresarial, um modelo de governação de caso com *Case Manager* dedicado, fixando *Service Level Agreements*⁸² explícitos para cada etapa (participação, perícia, decisão, recolocação e revisão) e implementando pontos de controlo com contraditório formal e registo auditável.
- Programa estruturado de requalificação: Implementar um programa estruturado de requalificação, ancorado num registo de percursos de reconversão que articule mapeamento de competências, formação certificada e colocação efetiva; fixar metas operacionais (por exemplo, ≥70% de recolocações em 6–9

⁸² *Service Level Agreement*: Acordo de Nível de Serviço. instrumento contratual/operacional que define o âmbito do serviço, os níveis de desempenho (SLO/KPI), métricas e métodos de medição, responsabilidades, mecanismos de reporte, exceções e remédios (International Organization for Standardization (ISO); International Electrotechnical Commission (IEC), 2018).

meses), definir indicadores de sucesso e assegurar seguimento a 12 meses (retenção, progressão e satisfação).

- Transparência e literacia em seguros: Publicar guias de elegibilidade e matrizes de cobertura dos seguros complementares, instituir a obrigação de *briefing* individual ao trabalhador e divulgar, anualmente, relatórios agregados de sinistros e de tempos médios de decisão.
- Continuidade de proteção pós-vínculo: Garantir a continuidade de proteção pós-vínculo, instituindo um fundo de transição, cofinanciado por empresa e sindicato, que assegure apoio psicológico, aconselhamento jurídico e bolsas de requalificação por um período mínimo de 12 meses, e promovendo a revisão estatutária sindical para criar uma categoria especial de associados (extripulantes por inaptidão) sem perda de direitos de apoio.
- Canais formais de informação e dados: Formalizar acordos de partilha regular de dados entre empresas e sindicatos, com salvaguardas robustas de proteção de dados, e criar um painel trimestral com *KPI's*, incluindo número de casos, tempos médios por etapa, taxas de recolocação, desistências, litígios e resultados.
- Salvaguardas antidiscriminatórias: Implementar avaliações de impacto na igualdade, abrangendo idade, género e condição salarial e aplicáveis às decisões de recolocação e de inaptidão, acompanhadas de auditorias independentes e de reporte público em formato agregado.
- Mecanismos de mediação: Instituir um *Ombudsman*⁸³ setorial, responsável pela resolução célere de diferendos em matéria de recolocação, seguros e prazos, com emissão de recomendações de eficácia vinculativa mitigada e fixação de prazos de resposta.

Antes da apresentação da tabela-resumo, importa sublinhar que as propostas identificadas podem ser agrupadas segundo a esfera de responsabilidade primária — companhia aérea, sindicato, cogestão empresa-sindicato e entidade externa. Esta

⁸³ *Ombudsman*: Entidade independente e imparcial, com atuação confidencial e informal, mandatada para receber e analisar queixas sobre atos ou omissões de uma organização, mediar soluções e emitir recomendações corretivas, promovendo boa administração e justiça organizacional sem poder sancionatório direto. Em contexto público ou setorial-empresarial, exerce funções de tutela dos direitos e interesses legítimos dos destinatários dos serviços, reforçando transparência, equidade e *accountability* (International Ombuds Association, 2025).

divisão permite clarificar não apenas a quem cabe a implementação das medidas, mas também os mecanismos de articulação necessários para garantir eficácia, transparência e proteção dos tripulantes de cabine inaptos. A Tabela 34 sintetiza essas responsabilidades de forma comparativa, permitindo uma leitura rápida das áreas de intervenção prioritária.

Tabela 34 - Matriz de responsabilidades

Fonte: Elaboração própria

Medida	Companhia Aérea	Sindicato	Cogestão	Externo
Governança de caso e SLA's	✓			
Programa de requalificação	✓			
Transparência e literacia em seguros	✓			
Continuidade de proteção pós-vínculo		✓	✓	
Partilha de dados e painel trimestral de KPI's	✓	✓	✓	
Salvaguardas antidiscriminatórias	✓	✓		
<i>Ombudsman</i>			✓	✓

SÍNTESE CONCLUSIVA

A análise indica que o sistema vigente assegura proteção razoável enquanto perdura o vínculo laboral, mas falha precisamente no momento de transição, quando a vulnerabilidade é máxima. Para superar esta rutura, impõe-se uma coordenação interinstitucional efetiva e a institucionalização de mecanismos de continuidade, nomeadamente fundos de transição, programas estruturados de requalificação, partilha regular de dados e prazos vinculativos. Só assim a robustez formal das políticas de RSC se converte em efetividade material, garantindo dignidade, reintegração qualificada e justiça organizacional para os tripulantes de cabine atingidos por inaptidão definitiva.

5.1.6 O6 — PERCURSO JURÍDICO-PROCESSUAL DE ATRIBUIÇÃO DE IPATH: DESAFIOS, MELHORIAS
PROCEDIMENTAIS E INDICADORES DE DESEMPENHO

ENQUADRAMENTO E TESE INTERPRETATIVA: UM PERCURSO DE ELEVADA FRICÇÃO SISTÉMICA

A triangulação entre as entrevistas aos participantes especialistas em direito de trabalho, a legislação aplicável (Decreto-Lei n.º 480/1999, 1999; Lei n.º 7/2009, 2009; Lei n.º 98/2009, 2009) e a jurisprudência do TR evidencia que a atribuição de IPATH a tripulantes de cabine se constrói num circuito procedimental complexo, moroso e pouco previsível. Em termos analíticos, trata-se de uma zona de atrito entre um enquadramento legal de aplicação geral e as exigências funcionais específicas da aviação civil, onde pequenas percentagens de incapacidade, em termos de TNI, podem significar inaptidão absoluta no plano operacional. O resultado é um processo que concentra ineficiências probatórias, assimetria de recursos entre partes e custos sociais relevantes para trabalhadores cuja profissão é, paradoxalmente, central para a segurança do sistema.

TRAJETÓRIA PROCESSUAL TÍPICA: DA AVALIAÇÃO AERONÁUTICA AO CONTENCIOSO

- Avaliação médico-aeronáutica e efeito probatório: O percurso inicia-se na avaliação médico-aeronáutica, realizada no circuito AME e/ou AeMC, sob supervisão da autoridade nacional, podendo culminar na emissão de um *Medical Report Unfit* que atesta a inaptidão definitiva para o voo e, por conseguinte, no abate administrativo do *Cabin Crew Attestation*. Embora formalmente não vinculativo para o tribunal, este documento possui elevado valor probatório pela sua natureza técnico-regulatória, gerando uma tensão entre o seu peso material e a sua natureza formal que abre um espaço de incerteza processual subsequente.
- Fase conciliatória extrajudicial: Segue-se, em regra, a tentativa de conciliação prevista no regime de acidentes de trabalho. A evidência disponível aponta para baixa eficácia desta etapa, dada a frequência de posturas restritivas ou dilatórias por parte das seguradoras, que deslocam o ónus procedimental para o trabalhador e acabam por remeter o conflito para a via judicial — muitas vezes com o efeito prático de diferir o pagamento de prestações indemnizatórias.

- Ação judicial e centralidade da prova: Nessa sequência, é instaurada ação no Juízo do Trabalho competente, visando o reconhecimento de IPATH. Após a distribuição do processo, formulam-se quesitos e indicam-se os meios de prova. No foro judicial, a prova médico-legal assume centralidade. Embora o modelo assente na quantificação de IPP segundo a TNI, no contexto aeronáutico percentagens residuais podem traduzir-se, funcionalmente, em inaptidão total para o exercício das funções de cabine.
- Perícia e JM: A avaliação é efetuada por perito nomeado pelo tribunal e, nos casos complexos, por JM tripartida, cuja maioria pericial tende a balizar a decisão sobre a natureza e a graduação da incapacidade. A escassez de peritos com competência específica em MA acentua o desfasamento entre a incapacidade “medida” e a incapacidade “vivida” em cabine, potenciando impugnações, repetição de perícias e uma morosidade frequentemente plurianual.
- Sentença e execução: Por fim, a sentença qualifica a incapacidade, em regra IPP com IPATH, fixa pensões indemnizatórias e demais prestações de valorização, nomeadamente o fator de bonificação de 1.5% do ponto 5.º, a), da TNI (*Acórdão n.º 317/2023*, 2023). Segue-se a fase de execução e cumprimento, em que se materializam as prestações devidas.

DESAFIOS ESTRUTURAIS IDENTIFICADOS

Da análise das práticas emergem cinco limitações estruturais:

- Hiato entre o direito laboral e o direito aeronáutico: A prova pericial comum raramente incorpora, de forma consistente, as exigências específicas da EASA relativas à aptidão contínua, o que conduz a decisões incongruentes sempre que pequenas IPP, de 1 ou 2%, se traduzem, funcionalmente, em inaptidão total para o voo.
- Centralidade não normatizada do parecer aeronáutico: Apesar do seu peso decisório, o parecer de MA não integra, de forma obrigatória e sistemática, as juntas médicas judiciais, enfraquecendo a coerência técnico-jurídica da avaliação.

- Morosidade processual: A insuficiência de recursos, a demora na realização de perícias e a utilização de expedientes dilatórios prolongam o iter processual por anos, com efeitos socioeconómicos gravosos para o trabalhador sinistrado.
- Desigualdade de armas processuais: Os custos de perícias e de segundas opiniões recaem, em larga medida, sobre o trabalhador, num contexto de escassez de peritos com formação aeronáutica e de potenciais conflitos de interesse, gerando assimetrias na produção de prova.
- Fragilidades na governação do setor segurador: Lacunas informativas e práticas dilatórias por parte das seguradoras ampliam a incerteza e a litigância, verificando-se ainda heterogeneidade na tutela de direitos em função do AE aplicável.
- Perceção de *lobbying* por parte das seguradoras: Registam-se relatos convergentes, no plano qualitativo, de influência institucional exercida por seguradoras junto de atores dos sistemas médico e judicial, visando moldar enquadramentos periciais e processuais em sentido favorável aos seus interesses. Sem prejuízo de investigação empírica adicional e de salvaguardas de contraditório, tais dinâmicas, quando presentes, podem comprometer a imparcialidade percebida dos procedimentos e a equidade material das decisões.

PROPOSTAS DE MELHORIA PROCEDIMENTAL

Com base nas boas práticas recolhidas, propõe-se um pacote integrado de reforma processual e organizacional:

- Celeridade vinculativa e *timeline* processual: Qualificação urgente dos processos de acidente de trabalho com alegação de inaptidão definitiva, com prazos perentórios para: marcação de perícia (≤ 60 dias), realização de JM (≤ 90 dias após perícia inicial) e sentença (≤ 30 dias após relatório final). Adoção de agenda eletrónica única de perícias com gestão centralizada pelo tribunal para reduzir adiamentos.
- Perícia especializada e imparcialidade reforçada: Inclusão obrigatória de, pelo menos, um perito com formação em MA nas juntas médicas quando o sinistrado

seja tripulante de cabine. Nomeação oficiosa de perito independente quando o trabalhador não disponha de meios para custear assistente técnico.

- Integração explícita do direito aeronáutico: Enunciação normativa, nos quesitos-tipo de junta, dos referenciais do Anexo IV — Parte MED e dos critérios de *Unfit* e *Fit with limitations*, para clarificar a relação entre IPP clínica e IPATH funcional.
- *Checklists* probatórias e guião de quesitos-tipo: Desenvolvimento de *checklists* normalizadas anexadas aos autos. Guiões de quesitos-tipo que obriguem a pronúncia explícita sobre a compatibilidade entre limitações residuais e tarefas críticas da função.
- Reforço da governança dos seguros: Obrigações de reporte granular de prazos e decisões; auditorias independentes e sanções por incumprimento; proibição de atos manifestamente dilatórios com inversão do ónus de custas.
- Medidas estruturais de proteção: Avaliação do reconhecimento como profissão de desgaste rápido, compatível com regimes de proteção reforçada ou reforma antecipada para casos de inaptidão definitiva.

INDICADORES-CHAVE DE DESEMPENHO PARA MONITORIZAÇÃO

Para avaliar eficácia e equidade do percurso até à IPATH, propõe-se um quadro de indicadores-chave de desempenho, cf. Tabela 35, com metas anuais:

- Tempo mediano em dias entre:
 - Acidente e primeira perícia judicial (meta ≤ 180);
 - Perícia e JM (meta ≤ 90);
 - JM e sentença (meta ≤ 30).
- Taxa de inclusão de perito aeronáutico nas juntas médicas (%; meta $\geq 90\%$).
- Taxa de acordo na fase conciliatória (%; meta $\geq 40\%$), após implementação de mediação especializada.
- Percentagem de processos com parecer aeronáutico formal junto aos autos até à perícia inicial (meta $\geq 95\%$).
- Índice de morosidade processual (proporção > 12 meses; meta $\leq 20\%$).

- Custo pericial suportado pelo trabalhador (euros; meta ≤ 0 quando haja insuficiência económica ou quando o tribunal determine nomeação oficiosa).
- Taxa de reconversão em funções de terra quando tecnicamente viável (%; meta $\geq 80\%$), com acompanhamento de tempo médio de colocação (dias; meta ≤ 120).
- Taxa de caducidade por impossibilidade superveniente em companhias sem estruturas em terra (%; meta decrescente anual).
- Taxa de cumprimento pontual das seguradoras nos prazos pós-sentença (%; meta $\geq 95\%$) e número médio de incidentes de execução por processo (meta $\leq 0,2$).

Tabela 35 - Indicadores-chave de desempenho para monitorização

Fonte: Elaboração própria

Indicador	Definição / Modo de Cálculo	Meta Anual	Fonte de Dados	Periodicidade	Notas / Desagregações
Tempo mediano Accidente→1. ^a perícia judicial	Mediana dos dias entre data do acidente e data da 1. ^a perícia judicial	≤ 180 dias	Autos, agenda pericial, registos hospitalares	Trimestral	Desagregar por companhia, tribunal, tipo de lesão
Tempo mediano Perícia→JM	Mediana dos dias entre data da perícia e data da Junta Médica (JM)	≤ 90 dias	Autos e atas de JM	Trimestral	Desagregar por comarca e especialidade pericial
Tempo mediano JM→Sentença	Mediana dos dias entre data da JM e data da sentença	≤ 30 dias	CITIUS/tribunal	Trimestral	Controlar sazonalidade e carga processual
Inclusão de perito aeronáutico nas JM	$(JM \text{ com perito aeronáutico} / \text{total de JM}) \times 100$	$\geq 90\%$	Atas de JM; nomeações	Semestral	Desagregar por companhia e tribunal
Acordo na fase conciliatória	$(\text{Processos com acordo na conciliação} / \text{total de processos}) \times 100$	$\geq 40\%$	Autos; relatórios do mediador	Semestral	Medir após implementação da mediação especializada
Processos com parecer aeronáutico pré-perícia	$(\text{Processos com parecer junto aos autos até à}$	$\geq 95\%$	Autos; protocolo pericial	Trimestral	Verificar anterioridade documental

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

	perícia inicial / total) $\times 100$				
Índice de morosidade processual	Proporção de processos com duração total > 12 meses	$\leq 20\%$	CITIUS / tribunal	Trimestral	Reportar também mediana e P90
Custo pericial suportado pelo trabalhador	Valor médio pago pelo trabalhador por perícias	$\leq 0 \text{ €}$ (com insuficiência económica ou nomeação oficiosa)	Autos; contabilidade judicial	Anual	Indicar isenções e reembolsos
Reconversão em funções de terra	(Casos tecnicamente viáveis recolocados / total viáveis) $\times 100$	$\geq 80\%$	RH da companhia; relatórios de requalificação	Trimestral	Validar viabilidade técnica por parecer clínico
Tempo médio de colocação	Média de dias desde decisão de inaptidão até recolocação	≤ 120 dias	RH; <i>Case management</i>	Trimestral	Apresentar também mediana
Caducidade por impossibilidade e superveniente	(Contratos que caducam por inexistência de função em terra / total) $\times 100$	Tendência decrescente anual	RH; autos	Anual	Desagregar por companhia e base operacional
Cumprimento pontual das seguradoras	(Pagamentos efetuados dentro de prazo pós-sentença / total de obrigações) $\times 100$	$\geq 95\%$	Seguradoras; autos de execução	Trimestral	Especificar prazos legais / contratuais aplicáveis
Incidentes de execução por processo	N.º total de incidentes de execução / n.º de processos	$\leq 0,2$ (valor médio)	Autos de execução	Trimestral	Identificar causas recorrentes

SÍNTESE CONCLUSIVA

Atualmente, o percurso conducente à IPATH dos tripulantes de cabine é marcado por uma fricção estrutural entre a racionalidade aeronáutica — assente na exigência de aptidão contínua e no binómio *Fit/Unfit* — e a matriz probatória do foro laboral, caracterizada por morosidade e assimetrias processuais que tendem a penalizar o sinistrado. A superação deste desajuste requer: (i) celeridade com força vinculativa; (ii) perícia especializada com presença efetiva de competência aeronáutica; (iii) integração

explícita dos referenciais da Parte MED nos quesitos periciais; e (iv) uma governança robusta por parte das seguradoras. A monitorização sistemática, ancorada nos indicadores-chave de desempenho propostos, permitirá aferir o impacto das reformas e aproximar a decisão judicial da realidade funcional da aviação, promovendo previsibilidade decisória, justiça material e proteção efetiva do trabalhador.

5.2 CONVERGÊNCIAS, DIVERGÊNCIAS E EXPLICAÇÕES PROVÁVEIS

5.2.1 CONVERGÊNCIAS

A leitura cruzada das entrevistas realizadas a tripulantes de cabine declarados inaptos de forma definitiva para o voo, da literatura clínica e funcional, da regulamentação europeia aplicável ao trabalho aéreo e da perspetiva jurídico-laboral converge num diagnóstico consistente. Da triangulação destas fontes resulta um conjunto de consensos que estrutura a compreensão do fenómeno e ilumina as suas causas e consequências mais prováveis, permitindo apreender a inaptidão não como um acontecimento isolado, mas como um processo com múltiplas camadas e desfechos interdependentes.

Desde logo, torna-se evidente que a inaptidão definitiva transcende a dimensão estritamente biomédica e se configura como uma rutura identitária, particularmente em trajetórias profissionais longas, com maior incidência em faixas etárias acima dos 40 anos. Esta rutura traduz-se na perda cumulativa de rendimento, estatuto profissional e pertença organizacional, amplificando sentimentos de abandono e marginalização e enfraquecendo o capital simbólico associado à missão de segurança e serviço. Por isso, a vulnerabilidade observada é multidimensional: articula constrangimentos clínicos e funcionais com efeitos emocionais, organizacionais e jurídicos, transformando o evento de decisão de inaptidão numa transição crítica de vida e de carreira.

Em paralelo, verifica-se ampla concordância quanto ao núcleo patológico que mais frequentemente sustenta as decisões periciais: perturbações músculo-esqueléticas e perturbações de saúde mental. No plano funcional, estes quadros comprometem competências essenciais ao desempenho em cabine — mobilidade e força para evacuações de emergência e manuseamento de equipamentos de primeiros socorros, vigilância contínua e gestão da fadiga, julgamento e tomada de decisão sob pressão,

bem como a resistência física em ambientes hipobáricos e de elevada exigência temporal. A incerteza prognóstica, aliada à refratariedade terapêutica em contextos operacionais marcados por horários irregulares e ergonomia exigente, ajuda a compreender a frequência com que tais condições convergem para a inaptidão definitiva; do ponto de vista pericial, sobressai um raciocínio ancorado no risco residual e na razoabilidade operacional, com primado da segurança de terceiros.

A esta realidade clínica soma-se a identificação de défices persistentes de articulação interinstitucional. A interoperabilidade entre MT, MA, companhias aéreas, sindicatos, seguradoras e tribunais, permanece limitada, o que gera trajetórias decisórias pouco congruentes, redundâncias avaliativas e zonas de vazio procedimental. A ausência de protocolos claros, de mecanismos sistemáticos de partilha de informação clínico-funcional e de avaliação estruturada de tarefas compromete a previsibilidade dos desfechos e alimenta percepções de injustiça processual; neste enquadramento, ganha relevo a necessidade de soluções colegiais e multidisciplinares de validação pericial, com definição explícita de papéis, prazos e critérios de equivalência funcional.

Acresce que os apoios estruturados revelam-se insuficientes, tanto no plano psicossocial como na reconversão profissional. Apenas uma minoria dos tripulantes reporta acesso efetivo a acompanhamento psicológico — frequentemente por iniciativa própria — e as recolocações em funções em terra tendem a ser desajustadas e pouco motivadoras, desperdiçando competências transferíveis. Estratégias dilatórias na gestão de sinistros e com assimetrias de poder processual entre trabalhadores e seguradoras e até entidades empregadoras, esta carência conduz a uma tendência de judicialização quase universal como via de reconhecimento de direitos; embora eficaz na reposição formal de prestações, o percurso judicial é moroso e emocionalmente desgastante, e pouco sensível às necessidades de transição profissional no curto e médio prazo.

Deste conjunto de convergências emerge, por conseguinte, um diagnóstico claro: todos os intervenientes reconhecem fragilidades estruturais no circuito de avaliação, decisão e acompanhamento da inaptidão definitiva dos tripulantes de cabine, fragilidades essas que impactam diretamente o bem-estar dos trabalhadores e a legitimidade das instituições envolvidas. Em termos de implicações operacionais, torna-se prioritário enquadrar a inaptidão como transição crítica com medidas de mitigação do dano

identitário e económico; consolidar critérios periciais explícitos, auditáveis e articulados com o risco residual; instituir governação colaborativa com protocolos de partilha de informação e prazos padronizados; e desenvolver programas robustos de apoio psicossocial e de reconversão que reduzam a dependência da tutela judicial como único mecanismo efetivo de garantia de direitos. Ao estabelecer estas linhas, cria-se a base necessária para, de forma coerente, avançar para propostas de melhoria que reforcem a justiça procedimental, a segurança operacional e a proteção social efetiva.

5.2.2 DIVERGÊNCIAS

Apesar dos pontos de convergência identificados, subsistem clivagens relevantes que evidenciam tensões entre perspetivas institucionais e profissionais. A primeira diz respeito à legitimidade e suficiência das avaliações médicas. Do lado dos tripulantes, emergem exames incompletos, diagnósticos pouco densos e uma proximidade excessiva dos profissionais médicos às seguradoras. Em contrapartida, a MT sustenta aplicar uma matriz clínico-funcional ajustada ao posto de trabalho, ainda que reconheça limites decorrentes de constrangimentos organizacionais. Já a MA sublinha a robustez do enquadramento europeu, mas admite assimetrias na gestão da saúde mental, na proporcionalidade dos meios complementares de diagnóstico e no recurso a limitações no *Medical Report* como alternativa à declaração de inaptidão.

Uma segunda divergência situa-se na recolocação profissional. As companhias aéreas enfatizam a existência de mecanismos previstos em acordos de empresa, com preservação de direitos adquiridos e oferta formativa, embora frequentemente de natureza *ad hoc*. Os tripulantes, porém, percecionam estas soluções como desajustadas, desmotivadoras e associadas a perdas remuneratórias. Os sindicatos, por sua vez, oscilam entre a leitura de alguma resistência individual à recolocação e o reconhecimento de que falta “inteligência de casos” e políticas estruturadas de monitorização e acompanhamento.

Também a continuidade do apoio institucional constitui foco de tensão. As companhias asseguram acompanhamento psicológico e funcional enquanto perdura o vínculo laboral, cessando, todavia, esse suporte com a desvinculação. Do lado sindical, e em virtude dos respetivos estatutos, o apoio jurídico e social tende a extinguir-se pouco tempo após a cessação da atividade. O resultado é um vazio de proteção precisamente

no momento em que a fragilidade económica, social e emocional se torna mais acentuada.

Acresce a discrepância entre critérios de avaliação aeronáutica e laboral. Enquanto a avaliação médico-aeronáutica aprecia a aptidão funcional para o exercício seguro das funções, o regime jurídico-laboral recorre à TNI, assente em percentagens de incapacidade parcial. Daqui resultam situações paradoxais: percentagens residuais podem significar, na prática, inaptidão absoluta para o voo, sem correspondência no reconhecimento judicial dessa impossibilidade funcional.

Por fim, surgem diferenças na filosofia de vigilância médica. Apesar de a validade máxima das avaliações se encontrar uniformizada em 60 meses, diferentes AME e AeMC reduzem esse período de forma variável — de seis meses a quatro anos — em função da prudência clínica e da cultura organizacional. Esta variabilidade alimenta percepções díspares de previsibilidade e equidade entre tripulantes, contribuindo para a desconfiança no sistema.

Em suma, a existência de um quadro normativo harmonizado não elimina a diversidade de práticas e interpretações. Pelo contrário, expõe os trabalhadores a decisões potencialmente dissonantes e a trajetórias de proteção desiguais, tornando visível a necessidade de maior consistência procedimental e de mecanismos de coordenação interinstitucional mais robustos.

5.2.3 EXPLICAÇÕES PROVÁVEIS

As explicações que se seguem resultam de triangulação entre entrevistas, literatura e regulamentação, recorrendo a raciocínio abductivo e *pattern matching* para ligar padrões empíricos a mecanismos plausíveis.

As convergências e divergências observadas tornam-se inteligíveis quando analisadas à luz de fatores estruturais e culturais que atravessam o ecossistema da aviação civil.

(i) Fragmentação institucional → incoerências e judicialização:

Em primeiro lugar, a coexistência de duas cadeias clínicas — MT e MA — com fraca interoperabilidade, conjugada com a dispersão de competências entre ANAC, Segurança Social, seguradoras e tribunais, produz redundâncias, vazios e sobreposições

procedimentais. Esta arquitetura complexa prolonga prazos, alimenta a judicialização e fragiliza a previsibilidade dos desfechos para os trabalhadores.

(ii) Desalinhamento de missões e incentivos → decisões dissonantes:

A MA privilegia a segurança operacional e o controlo do risco residual; a MT centra-se na funcionalidade ocupacional e na adequação posto-trabalhador; as seguradoras operam sob lógicas de contenção de custos; os tribunais aplicam métricas percentuais, apoiados na TNI; e as companhias aéreas ponderam impactos financeiros e operacionais. A coexistência destas racionalidades, nem sempre compatíveis, explica leituras díspares do mesmo caso em instâncias distintas.

(iii) Ambiguidades jurídico-terminológicas → fricções entre aptidão e incapacidade:

A distinção entre relatório de aptidão — *Medical Report* — para tripulantes de cabine e certificado médico — *Medical Certificate* — para pilotos, bem como a separação entre aptidão regulatória e adequação organizacional, gera zonas de fricção com efeitos diretos na experiência do trabalhador.

(iv) Déficit de governação baseada em dados → variabilidade persistente:

Sem registos longitudinais e indicadores padronizados, é difícil monitorizar a consistência das decisões, promover auditorias clínicas independentes ou realizar *benchmarking* entre serviços e entidades. Nesse vazio informacional, a variabilidade interinstitucional tende a perpetuar-se.

(v) Economia política da recolocação + identidade profissional → resistência e desfiliação:

A formação surge frequentemente improvisada; as recolocações implicam perdas remuneratórias e escassa progressão; e os sindicatos não dispõem de programas sustentados de reconversão. Este enquadramento gera resistências compreensíveis, agravadas pelo núcleo vocacional da profissão, tornando a transição para funções em terra, sobretudo em idades intermédias, uma perda de sentido.

(vi) Baixa reversibilidade da inaptidão definitiva → “efeito de bloqueio” das decisões iniciais:

Uma vez declarada, a reversão é rara, em virtude da arquitetura regulatória (decisões colegiais e papel da autoridade nacional), do acionamento prévio de prestações sociais e de cláusulas contratuais dos seguros. Este traço confere peso acrescido às decisões iniciais e sublinha a relevância de vias intermédias — limitações no relatório de aptidão, monitorização reforçada e programas de reabilitação/readaptação funcional — antes da declaração definitiva.

Limites e contraexplicações: Parte da variabilidade observada pode refletir heterogeneidade clínica real, viés de seleção, nomeadamente maior propensão para litigância em casos mais severos e constrangimentos organizacionais contextuais. Ainda assim, a recorrência dos padrões identificados sustenta a plausibilidade dos mecanismos acima.

Implicações testáveis: Espera-se que contextos com comités colegiais MA-MT e protocolos de partilha de informação apresentem menor tempo até decisão, menor taxa de litigância e maior satisfação percebida; a disponibilidade de indicadores padronizados deverá associar-se a maior consistência pericial.

6 CONCLUSÕES

Como conclusão desta dissertação — e partindo da questão de partida “compreender de que modo se organizam e se articulam, na aviação comercial, os processos médico-legais e as práticas de RSC na gestão da inaptidão permanente dos tripulantes de cabine” — formulou-se um objetivo geral e seis objetivos específicos que abarcam, de forma integrada, as dimensões percecional, clínico-funcional, regulatória, organizacional e jurídico-processual do fenómeno.

A leitura convergente dos dados qualitativos e documentais, num quadro analítico integrado, evidencia uma arquitetura fragmentada e de baixa interoperabilidade. Esta fragmentação é vivida pelos tripulantes como um ciclo de vulnerabilidade cumulativa, marcado por avaliações clínicas percecionadas como insuficientemente legitimadas, falhas de comunicação interinstitucional, recolocações desajustadas, judicialização quase universal e escassez de medidas de RSC continuadas, sobretudo após a desvinculação. Este diagnóstico percecional fornece o pano de fundo explicativo para os constrangimentos identificados nos planos subsequentes.

No plano clínico-funcional, e em coerência com as perceções recolhidas, avulta a patologia músculo-esquelética e as perturbações de saúde mental como principais determinantes da inaptidão definitiva. Ambas impactam diretamente competências críticas de cabine e revelam, no contexto operativo, um prognóstico frequentemente refratário à reabilitação. Esta constelação clínica, ao mesmo tempo prevalente e persistente, interpela a forma como o sistema regula, monitoriza e decide, o que remete para o plano regulatório.

Com efeito, no plano regulatório, embora exista um referencial europeu robusto, a prática revela variabilidades relevantes — na proporcionalidade dos exames, na gestão de limitações e na vigilância em saúde mental. Estas variações, quando superpostas ao perfil clínico descrito, amplificam a sensação de incerteza dos intervenientes e produzem desfechos desiguais. A harmonização, por conseguinte, reclama instrumentos nacionais claros e mecanismos de colegialidade pericial que reduzam arbitrariedades e consolidem critérios.

Transitando do normativo para a prática organizacional, observa-se que as políticas de RSC apresentam solidez formal, mas uma efetividade desigual. Persistem lacunas na calendarização de medidas, nos percursos de requalificação e no apoio psicossocial continuado, com práticas assimétricas entre operadores. Esta assimetria, quando combinada com a variabilidade regulatória e a cronicidade clínica, contribui para trajetórias de reconversão irregularmente protegidas e, não raro, para a ativação de vias contenciosas.

No plano jurídico-processual, tais dinâmicas culminam em processos de reconhecimento de IPATH caracterizados por morosidade, instabilidade probatória e assimetrias de meios. Subsiste, além disso, uma dissociação entre percentagens residuais de incapacidade que, sendo clinicamente incompatíveis com o voo, não encontram tradução automática no foro laboral. Este desfasamento entre juízos clínicos, enquadramentos regulamentares e consequências jurídico-laborais retroalimenta a fragmentação inicial e prolonga a vulnerabilidade dos tripulantes.

Em síntese, os achados respondem afirmativamente à questão de partida: os processos médico-legais e as práticas de RSC existem e articulam-se, mas fazem-no com insuficiente coerência sistémica e previsibilidade. O resultado é a produção de trajetórias desiguais de proteção e reconversão para tripulantes de cabine inaptos, o que sublinha a necessidade de reforçar a legitimidade clínica, harmonizar critérios regulatórios, densificar a efetividade organizacional da RSC e aproximar o juízo médico da tradução jurídico-laboral.

6.1 PRINCIPAIS CONCLUSÕES POR OBJETIVO

Como síntese orientada aos objetivos definidos, apresentam-se seguidamente as principais conclusões empíricas e analíticas, com articulação entre as diferentes dimensões do fenómeno estudado.

O1 — Eixo percecional: Predomina entre os tripulantes de cabine inaptos uma experiência de desproteção multidimensional e de rutura identitária. A procura de segundas opiniões é quase total, coexistindo com críticas à aplicação rígida de tabelas avaliativas e com a denúncia de apoio psicossocial escasso. Este conjunto de fatores potencia a judicialização quase universal, sinalizando insuficiente justiça procedimental

e fraca previsibilidade dos desfechos. Este diagnóstico percecional, simultaneamente difuso e persistente, fornece a moldura interpretativa para os constrangimentos identificados nos planos subsequentes, designadamente no domínio clínico-funcional.

O2 — Eixo clínico-funcional da MT: A matriz de avaliação é, em termos gerais, adequada ao posto, mas a sua efetividade fica limitada pela ausência de vias intermédias (por exemplo, readaptação com teste estruturado de tarefas críticas), pela baixa interoperabilidade MT-MA e pela inexistência de indicadores padronizados de desempenho clínico-organizacional. Estas limitações operacionais, que ajudam a explicar a insatisfação percecionada em O1, também predis põem a variações a jusante, preparando o terreno para as assimetrias observadas no domínio regulatório.

O3 — Eixo clínico-regulatório da MA: O quadro europeu revela maturidade normativa; todavia, persistem assimetrias na proporcionalidade dos exames, na gestão de limitações e na abordagem da saúde mental. Daqui decorre a necessidade de instrumentos de estabilização procedimental — guias clínico-operacionais nacionais, registo longitudinal e painéis colegiais interinstitucionais — capazes de reduzir variabilidades e reforçar a consistência pericial. Contudo, mesmo com clarificação técnico-pericial, subsistem zonas de fricção na articulação entre instâncias setoriais e o regime laboral, o que remete para o nível de enquadramento institucional.

O4 — Enquadramento regulatório ANAC–EASA: A terminologia entre *Medical Report*, *Medical Certificate* e a distribuição de competências preservam a primazia técnico-aeronáutica, mas dispersam atos decisórios e criam tensões com o direito do trabalho. Impõem-se, por isso, clarificações normativas e mecanismos mínimos de monitorização específicos para tripulantes de cabine, sob pena de as lacunas de governação regulatória agravarem as assimetrias identificadas em O3 e perpetuarem a incerteza vivida pelos trabalhadores descrita em O1. Este enquadramento institucional repercute-se, de forma direta, na capacidade das organizações para oferecerem respostas consistentes, o que nos conduz ao plano organizacional.

O5 — Eixo organizacional de RSC e representação sindical: As políticas evidenciam dispositivos formais de recolocação e acompanhamento enquanto perdura o vínculo laboral; contudo, a proteção fragiliza-se na transição e/ou cessação. De acordo com os relatos, a quase totalidade dos tripulantes perceciona ausência de políticas efetivas

aplicadas ao seu caso. A ação sindical, embora relevante, surge maioritariamente reativa e descontínua, contribuindo para o vazio de proteção e para o recurso a vias contenciosas. Este défice de efetividade organizacional, acumulado às incongruências regulatórias e clínicas (O2–O4), desemboca num itinerário contencioso que se tornou regra e não exceção, o que nos leva ao exame do percurso jurídico-processual.

O6 — Percurso jurídico-processual de reconhecimento de IPATH: O processo mostra-se moroso, oneroso e pouco previsível; a prova carece de especialização aeronáutica e a fase conciliatória raramente produz efeitos substantivos. Para quebrar este ciclo, justificam-se reformas orientadas para a responsividade e a *accountability*, incluindo prazos máximos, listas de peritos com competência aeronáutica e indicadores de desempenho (tempo total, taxa de acordos, reconversão efetiva, custo pericial suportado pelo trabalhador). Só assim se alinha o circuito jurídico-processual com as necessidades clínicas, regulatórias e organizacionais previamente identificadas (O2–O5), respondendo, em última análise, às fragilidades percecionadas pelos tripulantes (O1) e aproximando o sistema de padrões de previsibilidade e justiça procedimental.

Em síntese, as conclusões por objetivo delineiam um encadeamento inteligível e cumulativo: as perceções de desproteção (O1) emergem de constrangimentos clínico-organizacionais (O2), são amplificadas por variabilidades regulatórias (O3) e por fricções de competências institucionais (O4), agravam-se perante respostas de RSC desiguais (O5) e desaguam, por fim, em percursos judiciais prolongados e incertos (O6). Esta leitura integrada sustenta, portanto, um programa de reforma coordenada que opere em paralelo nos planos clínico, regulatório, jurídico e organizacional, reforçando a previsibilidade, a justiça procedimental e a efetividade protetiva do sistema.

6.2 CONTRIBUTOS PRÁTICOS E CIENTÍFICOS

No plano científico, o trabalho integra, de forma inédita no contexto português, uma leitura sistemática e interdisciplinar da inaptidão permanente dos tripulantes de cabine. A partir da convergência dos vários eixos presentes na investigação, propõe-se um *framework* operativo que combina critérios clínico-funcionais, vias intermédias de decisão, colegialidade pericial e indicadores de monitorização, permitindo ligar fundamentos conceptuais a mecanismos de avaliação auditáveis. O estudo explicita ainda as tensões conceptuais entre aptidão aeronáutica e incapacidade laboral

compensatória, refinando categorias analíticas e abrindo hipóteses para investigação futura sobre a tradução regulatória e judicial das limitações funcionais em contextos de alto risco.

No plano prático, apresentam-se instrumentos acionáveis que respondem diretamente às fragilidades mapeadas: (i) um núcleo de indicadores para auditoria clínica e organizacional — prazos entre acidente de trabalho e primeira avaliação, entre primeira avaliação e decisão, taxa de reavaliações, uso de limitações, existência e execução de planos de reabilitação, e grau de compatibilidade das recolocações; (ii) propostas de guias clínico-operacionais nacionais, vinculados à Parte MED, acompanhados de registo longitudinal que sustente a aprendizagem organizacional; (iii) desenho de governação de caso com *case manager*, *timelines* e testes padronizados de tarefas críticas para suportar decisões graduais; (iv) reforço das políticas de RSC através de apoio psicossocial protocolado e programas estruturados de requalificação; e (v) medidas jurídico-processuais que incluam listas de peritos com competência aeronáutica, prazos máximos para cada fase e valoração reforçada da conciliação. Em conjunto, estes contributos articulam ciência e prática, oferecendo um roteiro de melhoria contínua que pode aumentar a previsibilidade decisória, a justiça organizacional e a proteção efetiva da dignidade profissional dos tripulantes de cabine.

6.3 IMPLICAÇÕES PARA POLÍTICAS PÚBLICAS E PARA STAKEHOLDERS

Este subcapítulo converte os achados empíricos em recomendações operacionais dirigidas aos principais atores do ecossistema. Propõe a articulação entre políticas públicas e práticas organizacionais, com vista a mitigar a fragmentação identificada e a reforçar a previsibilidade e a justiça procedimental. A apresentação é organizada de acordo com o percurso efetivo de decisão — regulação, avaliação clínica, gestão organizacional, proteção coletiva/financiamento do risco e adjudicação — assegurando coerência e continuidade entre níveis de intervenção.

No plano regulatório, a ANAC e a tutela setorial devem emitir orientações terminológicas e procedimentais específicas para tripulantes de cabine, clarificando a articulação entre *Medical Report* e enquadramento laboral. A criação de painéis periciais colegiais e de um registo nacional, anonimizável e com *reporting* regular, permitirá reduzir variabilidades e sustentar auditorias independentes. Paralelamente, importa

promover, em sede europeia, a antecipação da avaliação médica para a fase pré-formativa, mitigando custos de seleção adversa. Estas medidas criam um enquadramento de referência para os níveis seguintes.

Transitando para os serviços clínicos, a MT e os AME e AeMC devem padronizar avaliações funcionais orientadas a tarefas críticas de cabine, reforçando a interoperabilidade e a documentação sistemática de limitações como via intermédia à inaptidão. A auditoria à variabilidade interserviço, com indicadores de proporcionalidade de exames, tempos de ciclo e taxas de reavaliação, é essencial para promover consistência técnica. Em paralelo, torna-se necessário institucionalizar o acompanhamento em saúde mental com critérios explícitos de estabilização e vigilância terapêutica, garantindo continuidade de cuidados e rastreio de risco residual em contexto operacional. Esta base clínica harmonizada sustenta decisões organizacionais mais previsíveis.

Do lado das companhias aéreas, a tradução prática das orientações anteriores exige a formalização de *case management* com prazos vinculativos, matriz de recolocação compatível e programas de requalificação orientados a perfis e tarefas. A continuidade do apoio psicossocial nas fases de transição e/ou cessação deve ser assegurada por protocolo, evitando o vazio de proteção identificado. Acresce a necessidade de transparência sobre apólices, exclusões e *brokers*, alinhando a política de RSC com indicadores de resultado, tais como taxa de recolocação efetiva, satisfação e retenção, que permitam governança por evidência. A coerência interna destas medidas diminui a propensão para litigância e reforça a confiança institucional.

No eixo da representação coletiva, sindicatos podem criar uma categoria de associado adequado a ex-tripulantes por inaptidão, assegurando apoio jurídico e social pós-vínculo, e contratualizar produtos de seguro ocupacional específicos para inaptidão permanente ajustados ao risco aeronáutico. A adoção de métricas públicas de celeridade e de acordos, bem como o cofinanciamento de perícias especializadas e de programas de reconversão, contribuirá para reduzir assimetrias de meios e encurtar tempos de resolução, em linha com os objetivos de eficiência processual e de proteção efetiva.

Por fim, no sistema de justiça, a instituição de listas de peritos com comprovada competência aeronáutica é condição para decisões probatórias consistentes. A leitura da TNI deve ser calibrada em função das tarefas críticas de cabine, prevenindo paradoxos entre percentagens residuais e impossibilidade funcional real. O reforço da efetividade da fase conciliatória, com mediação técnico-regulatória e metas de prazo, pode diminuir a judicialização e promover soluções mais céleres e reparadoras. Este fecho do circuito retroalimenta, por via de *feedback* institucional, a melhoria contínua dos níveis regulatório, clínico e organizacional.

Em conjunto, estas implicações delineiam um roteiro de ação coordenada: clarificar e monitorizar a regulação, harmonizar e auditar a avaliação clínica, profissionalizar a gestão de casos e a reconversão, reforçar a proteção coletiva e especializar a prova judicial. A sua implementação faseada e interoperável é decisiva para restaurar a confiança, assegurar justiça organizacional e proteger a dignidade profissional dos tripulantes de cabine.

6.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A natureza qualitativa, de caso múltiplo, baseada numa amostra intencional e ancorada sobretudo em entrevistas e análise documental, confere profundidade interpretativa, mas condiciona a extensão inferencial. A transferibilidade dos resultados depende de configurações institucionais, escalas organizacionais e culturas de segurança específicas; por conseguinte, as conclusões, podem em larga medida, ser lidas à luz de contextos comparáveis e não como generalizações estatísticas.

Acrescem potenciais vieses de desejabilidade social e de memória, inerentes a estudos retrospectivos e a temas sensíveis. Embora tenham sido mitigados por triangulação de fontes, aplicação de um protocolo de entrevista estruturado e registo transparente das decisões analíticas, não é possível afastar integralmente efeitos de subdeclaração ou sobredeclaração em dimensões como o acesso a apoio psicossocial, a perceção de legitimidade pericial ou a experiência de recolocação.

Soma-se, ainda, a possibilidade de viés de seleção dos participantes e a limitação decorrente da recusa de participação, nesta investigação, por parte dos responsáveis pela RSC e pelo gabinete de RH da Companhia Aérea A. Atendendo ao peso desta

organização no panorama aeronáutico nacional, tal ausência configura uma restrição substantiva do estudo, por reduzir a diversidade de perspectivas institucionais disponíveis e limitar a comparabilidade e a transferibilidade dos resultados. De igual modo, a recusa de participação por representantes da principal seguradora que, em Portugal, detém a responsabilidade pela transferência dos seguros associados aos tripulantes de cabine impediu a inclusão de uma análise do ponto de vista segurador, nomeadamente quanto a critérios de gestão de sinistros, articulação com perícias médico-legais e impactos económico-financeiros das vias de gestão de casos. Esta lacuna diminui a completude do mapeamento interinstitucional pretendido.

A ausência de séries estatísticas nacionais padronizadas sobre prevalência de inaptidão, tempos de ciclo decisório e variabilidade interserviço limitou comparações sistemáticas e testes de robustez quantitativa. Tal lacuna dificultou a construção de *benchmarks* temporais e a estimação de efeitos diferenciais por operador, região ou período, restringindo a análise a padrões qualitativos e a evidência documental disponível.

Em face destas limitações, torna-se necessário delinear pistas de aprofundamento que permitam consolidar a evidência, ampliar a comparabilidade e reforçar a utilidade aplicada do conhecimento produzido. É neste enquadramento que se apresentam as recomendações de investigação futura.

6.5 RECOMENDAÇÕES DE INVESTIGAÇÃO FUTURA

A investigação realizada permitiu compreender, de forma integrada, os processos médico-legais e as práticas organizacionais associados à inaptidão permanente dos tripulantes de cabine. Contudo, identificaram-se diversas lacunas que abrem caminho a investigações futuras, essenciais para robustecer a evidência empírica e sustentar políticas públicas e práticas organizacionais mais consistentes. A seguir apresentam-se cinco eixos prioritários de aprofundamento.

Estudos longitudinais com registos clínico-funcionais padronizados: É fundamental desenvolver investigações que acompanhem, ao longo do tempo, trajetórias clínicas, funcionais e laborais dos tripulantes, de modo a identificar determinantes de inaptidão, momentos críticos de intervenção e padrões de evolução de patologias prevalentes. Estudos longitudinais em contexto aeronáutico, como o de Holopainen et al., (2004),

demonstraram a relevância da reabilitação vocacional de longo prazo, evidenciando impactos clínicos e ocupacionais sustentados. A criação de bases de dados nacionais ou europeias, anonimizadas e interoperáveis, permitiria padronizar indicadores, melhorar a auditabilidade e reforçar a comparabilidade internacional.

Avaliações quasi-experimentais de programas de reconversão e apoio psicossocial: A eficácia das medidas de recolocação profissional e de suporte psicossocial permanece insuficientemente avaliada. Estudos como o de Pavitt et al., (2015), que mediram resultados clínicos, ocupacionais e financeiros de serviços médicos especializados, revelam que intervenções estruturadas podem produzir benefícios tangíveis em saúde e empregabilidade. Futuras investigações quasi-experimentais devem incluir métricas como taxa de recolocação efetiva, estabilidade contratual, bem-estar psicológico e qualidade de vida, permitindo identificar práticas mais eficazes e replicáveis.

Comparações internacionais intra-EASA sobre variabilidade decisória: Apesar da harmonização normativa europeia, persistem diferenças relevantes na aplicação prática dos requisitos médicos, sobretudo na saúde mental e na gestão de limitações funcionais. A literatura demonstra que enquadramentos jurídicos e regulatórios distintos podem originar práticas assimétricas entre Estados-Membros (Siedenburg, 2009). Investigações comparativas intra-EASA, apoiadas em relatórios recentes como o projeto MESAFE — MEntal health for aviation SAFETy (European Aviation Safety Agency (EASA), 2024), são fundamentais para identificar boas práticas, reduzir desigualdades de proteção e aumentar a consistência das perícias médico-aeronáuticas.

Estudos sobre saúde mental e apoio institucional: A saúde mental dos profissionais da aviação continua a ser uma área sensível e pouco estudada no caso dos tripulantes de cabine. Pesquisas recentes, como a de Bråstad et al., (2024), mostraram que fatores individuais e organizacionais influenciam significativamente o recurso a programas de apoio entre pares no setor da aviação. Estudos futuros devem, portanto, explorar programas de suporte psicológico estruturado e mecanismos de prevenção de risco ocupacional, avaliando o seu impacto na sustentabilidade das carreiras e na mitigação da judicialização.

Análises económico-sociais de custo-benefício: É necessário quantificar o impacto financeiro e social das diferentes vias de gestão da inaptidão permanente. Análises

custo-benefício, que considerem custos clínicos, indemnizatórios, jurídicos e organizacionais, bem como o valor associado à retenção de capital humano, poderiam fornecer evidência sólida para decisões estratégicas em políticas de prevenção e reconversão. Estudos como o de Pavitt et al., (2015) já evidenciaram que a avaliação económica integrada das intervenções é determinante para medir a sua efetividade.

Em conjunto, estas linhas de investigação futura poderão consolidar a base empírica disponível, reforçar a comparabilidade internacional e apoiar políticas públicas e práticas organizacionais mais justas, eficazes e sustentáveis. A sua concretização contribuirá não apenas para a proteção e dignidade dos tripulantes de cabine inaptos, mas também para uma cultura de segurança mais integrada e resiliente na aviação comercial.

6.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inaptidão permanente de tripulantes de cabine revela-se menos um acontecimento estritamente clínico e mais a expressão de uma cadeia institucional e organizacional que, quando desalinhada, aprofunda a vulnerabilidade de quem perde a aptidão para o voo. Os resultados desta investigação indicam que é possível elevar, de forma concomitante, a segurança operacional, a justiça organizacional e o bem-estar dos trabalhadores, desde que se opere uma dupla inflexão: por um lado, a harmonização técnico-pericial, ancorada em *guidelines* claras, colegialidade decisória, registo longitudinal e indicadores de monitorização, capaz de reduzir variabilidades e aumentar a auditabilidade; por outro, uma governação de caso orientada a percursos, que institucionalize vias intermédias, *timelines* vinculativas, *case management* interinstitucional, programas de requalificação e apoio psicossocial continuado.

Ao sintetizar a evidência empírica e propor instrumentos operacionais, esta dissertação oferece um roteiro exequível para decisores públicos e privados, alinhando exigências regulatórias, práticas clínicas e políticas organizacionais. Contribui, assim, para uma aviação mais justa, transparente e sustentável, em que a proteção de quem assegura a segurança a bordo é reconhecida como componente indissociável da própria segurança do sistema.

REFERÊNCIAS

Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa – Processo n.º 4361/10.5TTLSB.L1-4, José

Feteira ____ (Tribunal da Relação de Lisboa 2017).

<https://www.dgsi.pt/jtrl.nsf/33182fc732316039802565fa00497eec/9347bd8226380b728025815a0037684e?OpenDocument>

Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa – Processo n.º 10004/16.7T8LSB.L1-4, Rui

Moura ____ (Tribunal da Relação de Lisboa 2023).

<https://www.dgsi.pt/jtrl.nsf/33182fc732316039802565fa00497eec/61b70fca7938381d80258aa5005bfe78?OpenDocument>

Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa – Processo n.º 27397/19.6T8LSB.1.L1-4,

Celina Nóbrega ____ (Tribunal da Relação de Lisboa 2024).

<https://www.dgsi.pt/jtrl.nsf/33182fc732316039802565fa00497eec/a52431570b3597a880258baf004de943?OpenDocument>

Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa – Processo n.º 27397/19.6T8LSB.L1-4,

Celina Nóbrega ____ (Tribunal da Relação de Lisboa 2024).

<https://www.dgsi.pt/jtrl.nsf/33182fc732316039802565fa00497eec/a52431570b3597a880258baf004de943?OpenDocument>

Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa, processo n.º 26581/15.6T8LSB.L1-4, Duro

Mateus Cardoso ____ (Tribunal da Relação de Lisboa 2022).

<https://www.dgsi.pt/jtrl.nsf/33182fc732316039802565fa00497eec/a92508dcdec314e2802587de003ab3fe?OpenDocument>

Acórdão n.º 317/2023, No. 392/2022 (Tribunal Constitucional 26 de maio de 2023).

<https://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20230317.html>

Acordo de Empresa entre a SATA Internacional Azores Airlines, S.A. e o Sindicato

Nacional do Pessoal de Voo da Aviação Civil (SNPVAC), Publicado no Boletim

do Trabalho e Emprego, n.º 31/2024, Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP)

– DSATD, 91 Boletim do Trabalho e Emprego 60 (2024).

https://bte.gep.msess.gov.pt/completos/2024/bte31_2024.pdf

Acordo de Empresa entre a Transportes Aéreos Portugueses, S.A. e o Sindicato Nacional

do Pessoal de Voo da Aviação Civil (SNPVAC), Publicado no Boletim do

Trabalho e Emprego, n.º 7/2024, Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP) –

DSATD, 91 Boletim do Trabalho e Emprego 271 (2024).

https://bte.gep.msess.gov.pt/completos/2024/bte7_2024.pdf

Air Accidents Investigation Branch (AAIB). (1988). *Report on the accident to Boeing*

737-236, G-BGJL, at Manchester Airport on 22 August 1985 (No. 8/1988; p. 134).

Department of Transport.

https://www.faa.gov/sites/faa.gov/files/Manchester737_Acc_Report.pdf

(acedido em 21 de outubro de 2025)

Airline Deregulation Act of 1978, Public Law 95-504, Congress of the United States, 92

United States Statutes at Large 1705 (1978).

<https://www.congress.gov/95/statute/STATUTE-92/STATUTE-92-Pg1705.pdf>

Annex 1 to the Convention on International Civil Aviation: Personnel Licensing, Annex

1, International Civil Aviation Organization, 14th Edition Convention on

International Civil Aviation (2022). [https://store.icao.int/en/annex-1-personnel-](https://store.icao.int/en/annex-1-personnel-licensing)

[licensing](https://store.icao.int/en/annex-1-personnel-licensing)

Annex 6 to the Convention on International Civil Aviation, Part I: International

Commercial Air Transport – Aeroplanes, Annex 6, Part I, International Civil

Aviation Organization, 11th Edition Convention on International Civil Aviation

(2018).

[https://www2023.icao.int/safety/CAPSCA/PublishingImages/Pages/ICAO-SARPs-\(Annexes-and-PANS\)/Annex%206.pdf](https://www2023.icao.int/safety/CAPSCA/PublishingImages/Pages/ICAO-SARPs-(Annexes-and-PANS)/Annex%206.pdf)

Annex 19 to the Convention on International Civil Aviation: Safety Management, Annex 19, International Civil Aviation Organization, 2nd Edition Convention on International Civil Aviation (2016). <https://store.icao.int/en/annex-19-safety-management>

Barry, K. M. (2007). *Femininity in Flight: A history of flight attendants*. Duke University Press; JSTOR. <https://doi.org/10.2307/j.ctv11hpj2w>

Bauer, E. L. (2022). Linking Perceived Corporate Social Responsibility and Employee Well-Being—A Eudaimonia Perspective. *Sustainability*, 14(16). <https://doi.org/10.3390/su141610240>

Bauer, P. (2023, maio 15). *Boeing 707: Description, background, history, & facts* [Encyclopaedia Britannica]. <https://www.britannica.com/technology/Boeing-707> (acedido em 15 de outubro de 2025)

Bergen, P. L. (2025, setembro 16). *September 11 attacks*. Encyclopaedia Britannica. <https://www.britannica.com/event/September-11-attacks> (acedido em 13 de outubro de 2025)

Boletim do Trabalho e Emprego, n.º 38/2025, o 38/2025, Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP) – DSATD, 91 Boletim do Trabalho e Emprego – 1.ª Série (2025). https://bte.gep.msess.gov.pt/completos/2025/bte38_2025.pdf

Bowen, G. A. (2009). Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27–40. <https://doi.org/10.3316/QRJ0902027>

Branco, A. (2016). *Os Riscos Psicossociais nos Tripulantes da Aviação Comercial* [Dissertação de Mestrado, Universidade Europeia]. <http://hdl.handle.net/10400.26/11448>

- Bråstad, B., Jonsäll-Harris, R., Melin, M., & Folke, F. (2024). Factors associated with approaching Pilot Peer Support: A cross-sectional study. *Occupational Medicine*, 74(5), 335–341. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqae033>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cahill, J., Cullen, P., & Gaynor, K. (2023). The Case for Change: Aviation Worker Wellbeing During the COVID-19 Pandemic, and the Need for an Integrated Health and Safety Culture. *Cognition, Technology & Work*. <https://doi.org/10.1007/s10111-022-00711-5>
- Carroll, A. (1999). Corporate Social Responsibility: Evolution of a Definitional Construct. *Business & Society*, 38(3), 268–295. <https://doi.org/10.1177/000765039903800303>
- Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, 2016/C 202/02, Jornal Oficial da União Europeia, C 202 Jornal Oficial da União Europeia 389 (2016). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:12016P/TXT>
- Centro de Informação Regional das Nações Unidas para a Europa Ocidental (UNRIC). (2016). *Guia sobre Desenvolvimento Sustentável: 17 Objetivos para Transformar o Nosso Mundo* (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), p. 36) [Publicação institucional / Guia informativo]. Organização das Nações Unidas (ONU). https://www.instituto-camoes.pt/images/ods_2edicao_web_pages.pdf
- Chen, W.-K., Huang, T.-Y., Tang, A. D., & Ilkhanizadeh, S. (2022). Investigating Configurations of Internal Corporate Social Responsibility for Work–Family Spillover: An Asymmetrical Approach in the Airline Industry. *Social Sciences*, 11(9). <https://doi.org/10.3390/socsci11090401>

Circular de Informação Aeronáutica n.º 14/2021: Alteração ao procedimento de emissão de Atestados de Tripulantes de Cabina (CCA – Cabin Crew Attestations), CIA n.º 14/2021, Autoridade Nacional da Aviação Civil, Circular de Informação Aeronáutica 1 (2021).
https://www.anac.pt/VPT/GENERICO/INFORMACAOAERONAUTICA/CIRCULARESINFORMACAOAERONAUTICA/Documents/CIA_14_2021.pdf

Cochrane, D., & Ramirez, P. (2021, novembro 22). *Flight Attending Firsts*. Smithsonian's National Air and Space Museum.
<https://airandspace.si.edu/stories/editorial/flight-attending-firsts> (acedido em 10 de outubro de 2025)

Comissão Europeia. (2011). *Responsabilidade social das empresas: Uma nova estratégia da UE para o período de 2011-2014* (No. COM(2011) 681 final). Comissão Europeia.
[https://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/com/com_com\(2011\)0681_/com_com\(2011\)0681_pt.pdf](https://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/com/com_com(2011)0681_/com_com(2011)0681_pt.pdf)

Comissão Europeia. (2019). *Study on employment and working conditions of aircrews in the EU internal aviation market – Final report*. Publications Office.
<https://doi.org/doi/10.2832/37654>

Constituição da República Portuguesa, Decreto de Aprovação da Constituição, Assembleia Constituinte da República Portuguesa, n.º 86/1976, Série I Diário da República (1976). <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775-43894075>

Constitution of the World Health Organization, International Health Conference, 45th edition Basic Documents (1946).
<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

Convenção n.º 159 relativa à Readaptação Profissional e ao Emprego das Pessoas com Deficiência, ° 159, Conferência Internacional do Trabalho, 69.^a Sessão da Conferência Internacional do Trabalho Convenções Internacionais da OIT (1983).
https://dcjri.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_159_oit_emprego_deficientes.pdf

Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine, No. ETS No. 164, Council of Europe (1997).
<https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164>

Convention on International Civil Aviation (Chicago Convention), Doc 7300/9, International Civil Aviation Organization, 9th Edition Convention on International Civil Aviation (1944).
https://www2023.icao.int/publications/Documents/7300_cons.pdf

Convention on offences and certain other acts committed on board aircraft - Tokyo Convention, No. 10106, International Civil Aviation Organization (ICAO) (1963). <https://treaties.un.org/doc/db/terrorism/conv1-english.pdf>

Convention on the Organisation for Economic Co-operation and Development, Contracting Governments of the OECD, International Treaties (1960).
<https://www.oecd.org/en/about/legal/text-of-the-convention-on-the-organisation-for-economic-co-operation-and-development.html>

Corbin, J., & Strauss, A. (2015). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (4th Edition). Sage Publications.

Davies, R. E. G. (1982). *Airlines of the United States Since 1914* (Revised and corrected edition). Smithsonian Institution Press. <https://www.amazon.com/Airlines-United-States-since-1914/dp/0874743567> (acedido em 02 de outubro de 2025)

Decreto-Lei n.º 1/2015 de 6 de janeiro, 1/2015, República Portuguesa, 1.ª série Diário da
República 18 (2015).

<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/01/00300/0001800031.pdf>

Decreto-Lei n.º 40/2015 de 16 de março, 40/2015, Republica Portuguesa, 1.ª série Diário
da República 1573 (2015).

<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/03/05200/0157301589.pdf>

Decreto-Lei n.º 133/98 de 15 de Maio, No. DIÁRIO DA REPÚBLICA — I SÉRIE-A
N.º 112 — 15-5-1998, Republica Portuguesa (1998).

<https://files.diariodarepublica.pt/1s/1998/05/112a00/22762285.pdf>

Decreto-Lei n.º 139/2004 de 5 de junho, 139/2004, Republica Portuguesa, 1.ª série-A
Diário da República 3590 (2004).

<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2004/06/132a00/35903596.pdf>

Decreto-Lei n.º 145/2007 de 27 de abril, 145/2007, Republica Portuguesa, 1.ª série Diário
da República 2712 (2007).

<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2007/04/08200/27122719.pdf>

Decreto-Lei n.º 186/2007 de 10 de maio, 186/2007, Republica Portuguesa, 1.ª série Diário
da República 3085 (2007).

<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2007/05/09000/30853100.pdf>

Decreto-Lei n.º 220/2006 de 3 de novembro, 220/2006, Republica Portuguesa, 1.ª série
Diário da República 7689 (2006).

<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/11/21200/76897706.pdf>

Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de outubro, No. 352/2007, Republica Portuguesa (2007).

<https://files.dre.pt/1s/2007/10/20400/77167718.pdf>

Decreto-Lei n.º 352/2007 de 23 de outubro, 352/2007, Republica Portuguesa, 1.ª série

Código Diário da República 7455 (2007).

https://pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1179&tabela=leis

Decreto-Lei n.º 480/99 de 9 de novembro, 480/99, Republica Portuguesa, 1.ª série-A

Diário da República 7842 (1999). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/480-1999-683065>

Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de novembro: Regime jurídico dos acidentes em serviço e

das doenças profissionais no âmbito da Administração Pública, Decreto-Lei n.º 503/99, Assembleia da República, I-A Série, n.º 271 Diário da República (1999).

Alterado pelo Decreto-Lei n.º 107/2019, de 30 de julho https://crpg.pt/wp-content/uploads/regime_juridico-1.pdf

Dejours, C. (2017). *A loucura do trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho* (7.ª edição). Cortez Editora.

Dekker, S. (2007). *Just culture: Balancing safety and accountability*. Ashgate Publishing Limited.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *The Sage handbook of qualitative research*. sage.

Diretiva 2000/79/CE do Conselho, de 27 de novembro de 2000, 2000/79/CE, Conselho da União Europeia, L 302 Jornal Oficial das Comunidades Europeias 57 (2000).

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32000L0079>

Diretiva 2013/59/Euratom do Conselho, de 5 de dezembro de 2013, 2013/59/Euratom, Conselho da União Europeia, L 13 Jornal Oficial da União Europeia 1 (2013).

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0059&from=FR>

Diretiva 2014/95/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 22 de outubro de 2014, 2014/95/UE, Parlamento Europeu e Conselho da União Europeia, L 330 Jornal

- Oficial da União Europeia 1 (2014). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014L0095>
- Estatutos Sindicato Nacional do Pessoal de Voo da Aviação Civil (2023).
- Etuknwa, A., Daniels, K., & Eib, C. (2019). Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(4), 679–700. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09832-7>
- EUROCONTROL. (2025). *EASA Regulatory Instruments*. SKYbrary Aviation Safety. <https://skybrary.aero/articles/easa-regulatory-instruments>
- European Aviation Safety Agency (EASA). (2024). *MESAFE – MEntal health for aviation SAFETy* (Relatório Técnico No. D5.1 & D6.1; p. 135). European Aviation Safety Agency (EASA). https://www.easa.europa.eu/sites/default/files/dfu/mesafe_-_d-5.1_d-6.1_reports.pdf
- European Civil Aviation Conference (ECAC). (2024). *Safety and Accident Investigations*. <https://www.ecac-ceac.org/activities/safety> (acedido em 2 de outubro de 2025)
- European Cockpit Association (ECA). (2017). *Guidelines on Smoke & Fume/Smell Events*. European Cockpit Association AISBL. https://www.eurocockpit.eu/sites/default/files/2017-06/Guidelines%20on%20smoke%2C%20fume%2C%20smell%20events%2C%20ECA%202017_0.pdf?
- European Human Factors Advisory Group (EHFAG). (2012). *European Strategy for Human Factors in Aviation (EASp HFPI.1)* (No. EASp HFP1.1). European Union Aviation Safety Agency (EASA). <https://www.easa.europa.eu/sites/default/files/dfu/sms-docs-EASp-HFP1.1-European-HF-Strategy---1-Sept-2012.pdf>

European Union Aviation Safety Agency. (2025). *Acceptable Means of Compliance (AMC) and Alternative Means of Compliance (AltMoC)* [Agency Guidance / Regulatory Material]. European Union Aviation Safety Agency. <https://www.easa.europa.eu/en/document-library/acceptable-means-compliance-amcs-and-alternative-means-compliance-altmocs>

European Union Aviation Safety Agency (EASA). (2008). *ETSO-C175 – Galley Carts, Containers and Associated Components* (No. ETSO-C175; Versão ED Decision 2008/012/R). European Union Aviation Safety Agency. https://www.easa.europa.eu/download/etso/ETSO-C175_CS-ETSO_3.pdf

European Union Aviation Safety Agency (EASA). (2018). *ED Decision 2018/012/R* (No. EASA ED Decision 2018/012/R). European Union Aviation Safety Agency. <https://www.easa.europa.eu/en/document-library/agency-decisions/ed-decision-2018012r>

European Union Aviation Safety Agency (EASA). (2022). *COVID-19 Aviation Health Safety Protocol: Operational guidelines for the management of air passengers and aviation personnel in relation to the COVID-19 pandemic* (No. Issue 4). EASA & ECDC. <https://www.easa.europa.eu/en/downloads/114674/en>

European Union Aviation Safety Agency (EASA). (2024). *Easy Access Rules for Aircrew (Regulation (EU) No 1178/2011)*. European Union Aviation Safety Agency. <https://www.easa.europa.eu/en/document-library/easy-access-rules/easy-access-rules-aircrew-regulation-eu-no-11782011>

European Union Aviation Safety Agency (EASA). (2025a). *Acceptable means of compliance (AMC) and guidance material (GM)* [Agency Guidance / Regulatory Material]. European Union Aviation Safety Agency.

- <https://www.easa.europa.eu/en/document-library/acceptable-means-of-compliance-and-guidance-materials>
- European Union Aviation Safety Agency (EASA). (2025b). *Annual Safety Review 2025* (No. TO-01-25-001-EN-N). European Union Aviation Safety Agency. <https://www.easa.europa.eu/en/document-library/general-publications/annual-safety-review-2025>
- Feijo, D., Luiz, R., & Câmara, V. (2014). Common Mental Disorders Among Civil Aviation Flight Attendants. *Aviation, space, and environmental medicine*, 85, 433–439. <https://doi.org/10.3357/ASEM.3768.2014>
- Folco, F. D., Cesare, D. D., Mutolo, P. A., Unim, B., & Sernia, S. (2015). Requirements for cabin crew medical examinations and assessments. *Senses and Sciences*, 2. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:198291159>
- Folke, F., & Melin, M. (2024). Ramp-up in the air: Impairing or repairing aviation crews' working conditions? A mixed-methods survey study on working conditions, health, and safety among cabin crew and pilots in Europe. *Journal of Air Transport Management*, 119, 102642. <https://doi.org/10.1016/j.jairtraman.2024.102642>
- Freeman, R. E. (2001). Strategic management: A stakeholder approach. *Social Science Research Network (SSRN)*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.263511>
- Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP). (2024). *Acidentes de trabalho 2022 – Síntese estatística*. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. <https://www.gep.mtsss.gov.pt/documents/10182/26338/at2022sint.pdf/2d7fb1d9-6714-443e-a51b-6f2281fef0dd>
- Gearhart, S. L., Preston, L. E., Christensen, D. L., Kinzer, M. H., Ohlsen, E. C., Kim, C., Palo, M. R., Rothney, E., Klevos, A. D., Pieracci, E. G., Hausman, L. B., Rey, A.,

- Sockwell, D., Lawman, H., Alvarado-Ramy, F., Brown, C., & Gertz, A. M. (2025). SARS-CoV-2 Infection and Other Communicable Diseases Identified Among Evacuees From Afghanistan Arriving in Virginia and Pennsylvania, August to September 2021. *Public Health Reports®*, 140(2–3), 156–162. <https://doi.org/10.1177/00333549241277375>
- Global Reporting Initiative (GRI). (2022). *GRI Standards: Tradução para o português – Normas GRI consolidadas e temáticas (edições 2016–2025)* (Global Reporting Initiative Standards) [Normas internacionais]. Global Reporting Initiative (GRI). <https://www.globalreporting.org/how-to-use-the-gri-standards/gri-standards-portuguese-translations/>
- Goodman, L. (1961). Snowball Sampling. *Ann Math Stat*, 32, 148–170. <https://doi.org/10.1214/aoms/1177705148>
- Gössling, S., Hanna, P., Higham, J., Cohen, S., & Hopkins, D. (2019). Can we fly less? Evaluating the ‘necessity’ of air travel. *Journal of Air Transport Management*, 81, 101722. <https://doi.org/10.1016/j.jairtraman.2019.101722>
- Griffiths, R. F., & Powell, D. M. C. (2012). The Occupational Health and Safety of Flight Attendants. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 83(5), 514–521. <https://doi.org/10.3357/ASEM.3186.2012>
- Hamm, R. (2005). *Mission first, people always* (U.S. Air Force Commentaries). United States Air Force (380th Expeditionary Maintenance Group). <https://www.af.mil/News/Commentaries/Display/Article/142195/mission-first-people-always/> (acedido em 27 de setembro de 2025)
- Hawkins, F. (1993). *Human Factors in Flight* (2nd Edition). Routledge.
- Hochschild, A. R. (1983). *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. University of California Press.

Hohnen, P., & Potts, J. (2007). *Corporate Social Responsibility: An Implementation Guide for Business* (2nd edition). International Institute for Sustainable Development (IISD).

Holopainen, K., Nevala, N., Kuronen, P., & Arokoski, J. P. (2004). Effects of Vocationally Oriented Medical Rehabilitation for Aircraft Maintenance Personnel—A Preliminary Study of Long-Term Effects with 5-year Follow-Up. *Journal of occupational rehabilitation*, 14(4), 233–242. <https://doi.org/10.1023/b:joor.0000047426.84072.18>

International Air Transport Association. (2018). *ICAO Safety Management Manual Doc 9859* (No. 9859). <https://elibrary.icao.int/reader/229751/&returnUrl%3DaHR0cHM6Ly9lbGlicmFyeS5pY2FvLmludC9wcm9kdWN0LzIyOTc1MQ%3D%3D?productType=ebook>

International Air Transport Association (IATA). (2018a). *Aviation Human Resources Report* (p. 40). IATA. <https://www.iata.org/en/training/pages/aviation-human-resources-report/>

International Air Transport Association (IATA). (2018b). *Cabin Operations Safety: Best Practices Guide* (Safety and Flight Operations Division) [Manual técnico / Guia de boas práticas]. International Air Transport Association. <https://srvsop.aero/site/wp-content/uploads/2020/06/Cabin-Operations-Safety-.pdf>

International Air Transport Association (IATA). (2024). *Executive Summary—Net Zero CO₂ Emissions Roadmap* (IATA Net Zero Roadmaps, p. 7) [Relatório Técnico]. IATA – Sustainability and Economics Division.

<https://www.iata.org/contentassets/8d19e716636a47c184e7221c77563c93/executive-summary---net-zero-roadmaps.pdf>

International Air Transport Association (IATA). (2025a). *IATA About us* [International Air Transport Association]. <https://www.iata.org/en/about/>

International Air Transport Association (IATA). (2025b). *IATA Annual Review 2025* (No. Year 2025; p. 80). International Air Transport Association. <https://www.iata.org/contentassets/c81222d96c9a4e0bb4ff6ced0126f0bb/iata-annual-review-2025.pdf>

International Civil Aviation Organization (ICAO). (2012). *Manual of Civil Aviation Medicine* (3.^a edição). International Civil Aviation Organization. https://www.icao.int/sites/default/files/safety/CAPSCA/PublishingImages/Pages/ICAO-Manuals/8984_cons_en.pdf

International Civil Aviation Organization (ICAO). (2024). *Annual Report of the Council to the Assembly 2024* (p. 230). International Civil Aviation Organization (ICAO). https://www.icao.int/sites/default/files/annual-report-2024/Annual_Report_2024_EN.pdf

International Civil Aviation Organization (ICAO). (2025). *Council Aviation Recovery Taskforce (CART): Report and Take-off Guidance for International Aviation*. International Civil Aviation Organization. <https://www.icao.int/council-aviation-recovery-taskforce-cart>

International Commission on Radiological Protection (ICRP). (2007). *The 2007 Recommendations of the International Commission on Radiological Protection* (No. ICRP Publication 103). Elsevier. https://www.icrp.org/docs/icrp_publication_103-annals_of_the_icrp_37%282-4%29-free_extract.pdf

International Ombuds Association. (2025). *What Is an Organizational Ombuds?*

<https://www.ombudsassociation.org/what-is-an-ombuds-> (acedido em 14 de outubro de 2025)

International Organization for Standardization (ISO). (2010). *ISO 26000:2010 – Guidance on Social Responsibility* (No. ISO 26000:2010). ISO.

https://documentation.lastradainternational.org/lisidocs/3078-ISO%2026000_2010.pdf

International Organization for Standardization (ISO). (2021). *ISO 37301:2021 – Compliance Management Systems: Requirements with Guidance for Use* (No. ISO 37301:2021). ISO.

<https://www.iso.org/obp/ui/en/#iso:std:iso:37301:ed-1:v1:en>

International Organization for Standardization (ISO); International Electrotechnical Commission (IEC). (2018). *ISO/IEC 20000-1:2018 – Information Technology—Service Management—Part 1: Service Management System Requirements* (No. ISO/IEC 20000-1:2018; Versão 3.^a edição). ISO.

<https://www.iso.org/obp/ui/en/#iso:std:iso-iec:20000:-1:ed-3:v1:en>

Jeurissen, R. (2000). John Elkington, Cannibals With Forks: The Triple Bottom Line of 21st Century Business. *Journal of Business Ethics*, 23, 229–231.

<https://doi.org/10.1023/A:1006129603978>

Karasek, R. (1990). Stress, productivity, and the reconstruction of working life. *Health work*.

Kvale, S. (2006). Dominance through interviews and dialogues. *Qualitative inquiry*, 12(3), 480–500.

- Latson, J. (2015, maio 15). Flight Attendants of History: How the First Stewardess Got Her Job. *TIME Magazine*. <https://time.com/3847732/first-stewardess-ellen-church/>? (acedido em 10 de outubro de 2025)
- Lee, C., An, M., & Noh, Y. (2015). The effects of emotional display rules on flight attendants' emotional labor strategy, job burnout and performance. *Service Business*, 9(3), 409–425. <https://doi.org/10.1007/s11628-014-0231-4>
- Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro — Aprova a revisão do Código do Trabalho, 7/2009, Republica Portuguesa X Legislatura, Diário da República, 1.ª série 926 (2009). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2009/02/03000/0092601029.pdf>
- Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro — Informação genética pessoal e informação de saúde, 12/2005, República Portuguesa IX Legislatura, n.º 18 Diário da República, 1.ª série (2005). <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2005-106603593-106597557>
- Lei n.º 40/2015, de 1 de junho — Qualificação profissional exigível aos técnicos responsáveis por projetos, direção e fiscalização de obras, 40/2015, República Portuguesa XII Legislatura, n.º 105 Diário da República, 1.ª série (2015). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/06/10500/0337303441.pdf>
- Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto — Execução nacional do Regulamento (UE) 2016/679 (RGPD), 58/2019, República Portuguesa XIII Legislatura, n.º 151 Diário da República, 1.ª série 3 (2019). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/08/15100/0000300040.pdf>
- Lei n.º 98/2009, de 4 de setembro — Regime de reparação de acidentes de trabalho e doenças profissionais, 98/2009, República Portuguesa XI Legislatura, n.º 172 Diário da República, 1.ª série 5894 (2009). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2009/09/17200/0589405920.pdf>

- Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro — Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho, 102/2009, Republica Portuguesa XI Legislatura, n.º 176 Diário da República, 1.^a série 6167 (2009).
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2009/09/17600/0616706192.pdf>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry* (Vol. 75). Sage Publications, Inc. https://www.researchgate.net/profile/Jan-Armstrong/publication/256294652_Naturalistic_Inquiry/links/02e7e5222605c57278000000/Naturalistic-Inquiry.pdf
- Marqueze, E., Benevides, E., Russo, A., Fürst, M., Caoduro Roscani, R., Guimarães, P. C., & Salim, C. (2023). Organizational Risk Factors for Aircrew Health: A Systematic Review of Observational Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20, 3401. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043401>
- McCloughlin, D. C., & Jenkins, D. I. T. (2003). Aircrew periodic medical examinations. *Occupational Medicine*, 53(1), 11–14. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqg022>
- McNeely, E., & Mordukhovich, I. (2016). Occupational health of flight attendants: Gendered exposures and health outcomes. *BMC Women's Health*, 16(Suppl 1), 61. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5221-3>
- McWilliams, A. (2011). Creating and Capturing Private and Social Value: Strategic Corporate Social Responsibility, Resource Based Theory and Sustainable Competitive Advantage. *Journal of Management*, 37(5), 1480–1495. <https://doi.org/10.1177/0149206310385696>
- Mulay, R. V., Gangwal, A., Shyam, A. K., & Sancheti, P. K. (2019). Prevalence and risk factors for work related musculoskeletal disorders in flight attendants.

- International Journal of Community Medicine and Public Health*.
<http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20192304>
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1609406917733847. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- OMS. (2019). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics* [Dataset].
<https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#129180281>
- Organização Internacional do Trabalho (OIT). (2020, abril 6). *Conheça a OIT*.
 Organização Internacional do Trabalho. <https://www.ilo.org/pt-pt/regions-and-countries/latin-america-and-caribbean/brasil/conheca-oit> (acedido em 25 de setembro de 2025)
- Pavitt, A. J., Pavitt, C. W., Harron, K., Jones, M., Timperley, A. C., Reid, A. N. C., Mcloughlin, D., d'Arcy, J., & Nicol, E. D. (2015). The clinical, occupational and financial outcomes associated with a bespoke specialist clinic for military aircrew—A cohort study. *QJM: An International Journal of Medicine*, 109(5), 309–317. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcv184>
- Pinho, A. (2020). *A incapacidade permanente profissional proposta pelos vários intervenientes periciais num processo judicial do tribunal do trabalho: Qual a perceção do magistrado judicial relativamente às divergências?* [Dissertação académica, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto (ICBAS-UP)]. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/127888?locale=pt>
- Pombal, R., Peixoto, H., Lima, M., & Jorge, A. (2005). Permanent Medical Disqualification in Airline Cabin Crew: Causes in 136 Cases, 1993-2002. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 76(10), 981–984.

Reason, J. (1997). *Managing the risks of organizational accidents* (1st edition).
Routledge.

Regulamento de Execução (EU) n.º 2019/27, No. Jornal Oficial da União Europeia
10/01/2019, Comissão Europeia (2018).

Regulamento (EU) 83/2014 da Comissão, de 29 de janeiro de 2014, 83/2014, União
Europeia, L 28 Jornal Oficial da União Europeia 17 (2014). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014R0083>

Regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de
2016, 2016/679, União Europeia, L 119 Jornal Oficial da União Europeia 1
(2016). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679>

Regulamento (EU) 2018/1042 da Comissão, de 23 de julho de 2018, 2018/1042, União
Europeia, L 188 Jornal Oficial da União Europeia 3 (2018).
<https://www.easa.europa.eu/en/document-library/regulations/commission-regulation-eu-20181042>

Regulamento (EU) 2018/1139 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 4 de julho de
2018, 2018/1139, União Europeia, L 212 Jornal Oficial da União Europeia 1
(2018). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018R1139>

Regulamento (EU) n.º 216/2008 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 20 de
fevereiro de 2008, 216/2008, União Europeia, L 79 Jornal Oficial da União
Europeia 1 (2008). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32008R0216>

Regulamento (EU) n.º 290/2012 da Comissão, de 30 de março de 2012, 290/2012, União Europeia, L 100 Jornal Oficial da União Europeia 1 (2012). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32012R0290>

Regulamento (EU) n.º 376/2014 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 3 de abril de 2014, 376/2014, União Europeia, L 122 Jornal Oficial da União Europeia 18 (2014). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014R0376>

Regulamento (EU) n.º 965/2012 da Comissão, de 5 de outubro de 2012, 965/2012, União Europeia, L 296 Jornal Oficial da União Europeia 1 (2012). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32012R0965>

Regulamento (EU) n.º 1178/2011 da Comissão, de 3 de novembro de 2011, 1178/2011, União Europeia, L 311 Jornal Oficial da União Europeia 1 (2011). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011R1178>

Regulamento (EU) n.º 1592/2002 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de julho de 2002, 1592/2002, União Europeia, L 240 Jornal Oficial das Comunidades Europeias 1 (2002). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32002R1592>

Sack, R. (2009). The pathophysiology of jet lag. *Travel medicine and infectious disease*, 7, 102–110. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2009.01.006>

Sander-Grout, A. (2021). Fitness-to-Fly and the Cabin Crew Safety Role: Personal, Social, and Managerial Challenges. *Doctoral dissertation, James Cook University*. James Cook University Repository. <https://doi.org/10.25903/4fw1-ny66>

- Sander-Grout, A., & Leggat, P. A. (2021). Cabin crew health and fitness-to-fly: Opportunities for re-evaluation amid COVID-19. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 40, 101973. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2021.101973>
- Seidman, I. (2019). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences*. Teachers College Press.
- Serviço das Publicações da União Europeia. (2020, maio 6). *Os Estados-Membros da União Europeia*. União Europeia. <https://doi.org/doi/10.2860/766978>
- Siedenburg, J. (2009). The actual development of European Aviation Safety Requirements in Aviation Medicine: Prospects of Future EASA Requirements. *Hippokratia*, 13, 106–109.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of occupational health psychology*, 1(1), 27–41. <https://doi.org/10.1037//1076-8998.1.1.27>
- SKYbrary Aviation Safety. (2025). *ICAO SHELL Model*. SKYbrary Aviation Safety. <https://skybrary.aero/articles/icao-shell-model> (acedido em 20 de outubro de 2025)
- Spall, S. (1998). Peer Debriefing in Qualitative Research: Emerging Operational Models. *Qualitative Inquiry*, 4, 280–292.
- Tap Air Portugal. (2024). *TAP Relatório Anual de Sustentabilidade*. <https://www.tapairportugal.com/pt/sustentabilidade>
- Tratado sobre o funcionamento da União Europeia, Jornal Oficial da União Europeia (2016). https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:9e8d52e1-2c70-11e6-b497-01aa75ed71a1.0019.01/DOC_3&format=PDF

- Tsaur, S.-H., Hsu, F.-S., & Kung, L.-H. (2020). Hassles of cabin crew: An exploratory study. *Journal of Air Transport Management*, 85, 101812. <https://doi.org/10.1016/j.jairtraman.2020.101812>
- United Nations Global Compact. (2025). *The Power of Principles*. <https://unglobalcompact.org/what-is-gc/mission/principles> (acedido em 20 de outubro de 2025)
- United States Department of Defense. (2024). *Defense Explosives Safety Regulation (DESR) 6055.09: Edition 1, Change 1* (No. DESR 6055.09). Office of the Under Secretary of Defense for Acquisition and Sustainment (USD(A&S)). <https://www.denix.osd.mil/ddes/denix-files/sites/32/2024/03/DESR-6055.09-Edition1-Change-1-240227-Final.pdf>
- Wen, C. C. Y., Cherian, D., Schenker, M. T., & Jordan, A. S. (2023). Fatigue and Sleep in Airline Cabin Crew: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032652>
- Williams, C. (2003a). Sky service: The demands of emotional labour in the airline industry. *Gender, Work & Organization*, 10(5), 513–550.
- Williams, C. (2003b). Sky Service: The Demands of Emotional Labour in the Airline Industry. *Gender, Work and Organization*, 10(5), 513–550. <https://doi.org/10.1111/1468-0432.00210>
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates* (WHO/MSD/MER/2017.2) [Report]. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
- World Health Organization. (2025a). *ICD-11 for mortality and morbidity statistics (Version: 2025-01) – 6B40 Post-traumatic stress disorder* (International

Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11) No. 6B40; Versão 2025-01).

World Health Organization. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#2070699808>

World Health Organization. (2025b, agosto 29). *Depressive disorder (depression)*.

World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Medical Association. (2024). *WMA Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human participants* (Versão Amended by the 75th

WMA General Assembly, Helsinki, October 2024) [Declaration of Ethical

Principles]. World Medical Association. [https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-](https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/)

[involving-human-subjects/](https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/)

Yin, R. K. (2014). *Case Study Research: Design and Methods* (5th Edition, Vol. 5). SAGE Publications.

ANEXOS

ENTREVISTAS

T1 - TRIPULANTE DE CABINE 1

1	Entrevistador: Peço-lhe autorização para gravar. Estamos a gravar e dou-lhe a garantia do anonimato e confidencialidade da entrevista. Escolha um número entre 1 a 10, se faz favor.
2	T1: Vou escolher o primeiro.
3	Entrevistador: Na dissertação de mestrado vai ser o Tripulante 1 - [T1]. Vamos começar já pela primeira questão. É portador de uma incapacidade permanente parcial, que determinou uma inaptidão em definitivo para o voo decorrente de um acidente de trabalho?
4	T1: Sim.
5	Entrevistador: Em resumo, como ocorreu o acidente de trabalho e quais foram as lesões resultantes?
6	T1: Ocorreu durante um voo após a descolagem devido ao facto do avião ter sido atingido por vários raios. Em consequência do avião ter sido atingido pelos raios desligou-se, perdeu energia durante alguns momentos e começou a cair. E as lesões resultantes foram lesões traumáticas psicológicas.
7	Entrevistador: Certíssimo.
8	T1: Foi uma... como é que se chama aquilo que os tipos têm quando vão à guerra? Como é que se chama aquilo? Agora está-me a faltar a palavra. Bem, já me lembro... stress. Precisamente.
9	Entrevistador: Stress?
10	T1: Stress pós-traumático. Precisamente. Stress pós-traumático. Foram as lesões resultantes.
11	Entrevistador: Com que idade é que iniciou o seu percurso profissional de Tripulante de Cabine e qual a idade que tinha à data da inaptidão em definitivo para o voo?
12	T1: Então eu comecei o meu percurso de tripulante de cabine em 1997, certo? E em 1997 eu tinha 26 anos. 27 anos. [24 anos]. A data da inaptidão definitiva, portanto, quando me foi passado pela ANAC - a inaptidão definitiva foi em 2019. Eu tinha 46 anos. Podem ser um bocado imprecisas, mas sim.
13	Entrevistador: Mas a ideia é mais ou menos essa.
14	T1: Ok.
15	Entrevistador: Certíssimo.
16	T1: Se for uma coisa assim muito precisa...
17	Entrevistador: Não é preciso.
18	T1: Mas deixe-me abrir aqui já os emails da história para qualquer dúvida! Temos aqui muita história. Pronto. É isso. Foi com 46.
19	Entrevistador: 46 anos.
20	T1: Dos 26 aos 46 foram 20 anos de profissão. Basicamente, 21 não é? 1997 para 2019 Não. 22 anos? Não...22 anos.
21	Entrevistador: Agora vamos falar um pouco do processo de avaliação médica e da comunicação da decisão. Como é que foi o processo médico desde o acidente de trabalho até a decisão de inaptidão?
22	T1: Quando fala do processo, qual processo?
23	Entrevistador: O processo da Medicina do Trabalho. Ou seja, desde a consulta de Medicina do Trabalho até a data da decisão de inaptidão em definitivo para o voo.
24	T1: Esse processo. Como foi o processo? O processo foi mal conduzido. Péssimo. Em que sentido? Eu tive o acidente de trabalho a 12 de abril. No dia 16 de abril foi comunicado à seguradora, e a seguradora enviou-me, nesse mesmo dia, para o Gabinete de Medicina do Trabalho A, para ter uma consulta de psiquiatria e ser acompanhado, porque apresentava algumas queixas. Não queria voar logo a seguir ao acidente. Aliás, naquele dia, o avião continuou, e eu recusei logo voar. Portanto, no dia 16, sou enviado para o Gabinete de Medicina do Trabalho A para uma consulta de psiquiatria. E depois? Só tive a próxima consulta... e esse foi uma das grandes lacunas, que acabou também por ser um dos pontos centrais da minha defesa, não é? Só volto a ser visto pelo psiquiatra e pelo psicólogo em junho. Creio que foi no dia 6 de junho. Portanto, estive um mês e meio sem acompanhamento, o que, aos olhos dos médicos que me avaliaram, fez com que as sequelas se cristalizassem. Pronto. Depois, nessa consulta de psicologia e psiquiatria, que foi feita por dois médicos diferentes, resultou uma recomendação... O que resultou? Uma recomendação dos dois médicos para que eu não fizesse voos durante alguns meses. A Companhia Aérea B enviou-me então para o médico do Gabinete de Medicina do Trabalho B. Esse médico, logo na primeira consulta, disse: "Epá, o que você precisa é de voar para ultrapassar o traumatismo". Portanto, aqui surgiu uma contradição. Uma recomendação contrária à dos psicólogos e psiquiatras do Gabinete de Medicina do Trabalho A. Passaram-se dois meses, e quiseram reintroduzir-me ao voo. A recomendação das médicas era para começar com um voo por semana. Durante duas semanas, a Companhia Aérea B não disse nada, e eu fiz um voo... depois outro voo. Ao fim dessas duas semanas, fui chamado novamente ao Gabinete de Medicina do Trabalho B, e o médico disse: "Não, não... pela minha experiência você vai ter que fazer três voos por semana. Acho que é suficiente". Eu respondi que não. Ele insistiu: "Não, mas tem que ser". E aqui começou uma discussão que durou um ano. As médicas do Gabinete de Medicina do Trabalho A defendiam que eu só deveria voar um voo por semana, para ir retomando gradualmente. Mas o médico da Medicina do Trabalho W exigia que fossem três voos. Passado um ano, a Companhia Aérea B decidiu intervir e afirmou que o médico do Gabinete de Medicina do Trabalho B é que tinha razão. Entretanto, eu estava também a ser acompanhado no Hospital A pela médica da Companhia de

	Seguros A. O processo médico era complexo, não é? A médica da seguradora, uma psiquiatra também, intervieram no processo. Nessa altura, as médicas do Gabinete de Medicina do Trabalho A afastaram-se, e passei a ser acompanhado apenas pelo Gabinete de Medicina do Trabalho B e pela psiquiatria da Companhia de Seguros A. Esta última discordava e dizia que eu só deveria voar uma vez por semana. Entretanto, passados mais seis meses, a Companhia Aérea B voltou a pressionar: "Tem que começar a voar mais". Tentaram pôr-me a voar duas a três vezes por semana. Eu fiz dois ou três voos e disse que não conseguia. Quando estava prestes a completar dois anos desde o acidente de trabalho, a psiquiatra enviou-me para o departamento de psicologia da Seguradora. Foram feitas duas sessões e, em janeiro, o diretor-geral da Seguradora, numa decisão puramente de gestão, afirmou: "Ele não pode continuar de baixa. Já está tratado. Vamos levantar a baixa". As duas médicas da seguradora [...] Onde é que eu ia?
25	Entrevistador: Estava a falar, portanto, da decisão de gestão da seguradora...
26	T1: Foi uma decisão puramente de gestão. Ele disse: "A companhia de seguros não pode ter este homem mais de baixa". Falaram com a médica de clínica geral da seguradora e levantaram-me a baixa. Nessa altura, pedi dois relatórios: um à psicóloga da seguradora e outro à psiquiatra da seguradora. Ambos os relatórios indicavam que os tratamentos não estavam concluídos, mas que elas não podiam fazer nada, porque se tratava de uma decisão de gestão. Então, levantaram-me a baixa. A Companhia Aérea B aproveitou e impôs-me imediatamente dois voos por semana, atribuindo-me uma escala completa: "Já não estás de baixa... escala completa." Inverno. Açores. Fevereiro. Entro num avião para a Ilha Terceira. Bem, turbulência gigante. Chego a Lisboa, vou direto ao hospital, sem consulta, e sou atendido de urgência. Fiz um escândalo e disse: "Eu não estou tratado! Tenho aqui os relatórios. Eles puseram-me a voar e eu não consigo voar!" O que acontece? A Companhia Aérea B volta a fazer uma participação à seguradora, informando que eu não consigo voar. Entro novamente em acidente de trabalho, por reincidência do acidente inicial. Mas a seguradora não me encaminhou para a médica, nem para a psiquiatria, nem para a psicologia. Colocaram-me de baixa, mas não me marcaram consultas. Ou seja, não tive qualquer acompanhamento e estive assim durante seis meses, exceto pelo acompanhamento particular que eu próprio pagava à médica do Gabinete de Medicina do Trabalho A. Ia falando e conversando com ela, mas isso não era um tratamento. Foi uma necessidade que eu próprio senti, particularmente, de continuar a ser acompanhado. Passados seis meses, nesse verão, em agosto, o médico do Gabinete de Medicina do Trabalho B, que me foi acompanhando, continuava a insistir que eu tinha que voar, e eu continuava a dizer que não podia. Ele insistia que eu tinha de voar, e eu respondia que não ia. Ele dizia que ia levantar o acidente de trabalho internamente, mas eu argumentava que estava em acidente de trabalho pela seguradora. Foi então que me enviaram para uma empresa para a elaboração de um relatório de psiquiatria. Nessa avaliação, fui enxovalhado e maltratado. Muito enxovalhado, muito maltratado. A consulta foi conduzida por dois médicos nitidamente tendenciosos e pagos pela Companhia Aérea B, com o objetivo de me retirarem o estatuto de acidente de trabalho. Esse relatório surge dois dias depois e é enviado para a seguradora. A seguradora, com base nesse relatório, levanta o acidente de trabalho, e a Companhia Aérea B impõe-me imediatamente uma escala completa. De meados de agosto para a frente, volto ao trabalho, mas vou diretamente ao centro de saúde e meto baixa psicológica. Bom... os relatórios que eu tinha, todos esses dos dois anos e meio anteriores, confirmavam a minha situação. Entrei de baixa até setembro ou outubro, para depois ser reavaliado. E o que faz a Companhia Aérea B? Envia-me para a ANAC.
27	Entrevistador: Para a ANAC em que sentido?
28	T1: E envia-me para a ANAC para uma revisão da minha licença, porque a Companhia Aérea B afirmava que, se eu não podia voar, então não podia voar. Não é? Pronto. A ANAC, por sua vez, encaminha-me para o [Centro de] Medicina Aeronáutica.
29	Entrevistador: Para o [Centro de] Medicina Aeronáutica que são os representantes da ANAC exatamente.
30	T1: Chego à Medicina Aeronáutica... Durante todo este tempo, a médica de clínica geral da seguradora ia sempre receitando antidepressivos, calmantes e uma série de comprimidos para eu tomar durante os voos. Voos esses que eu não fazia, mas ela passava a medicação na mesma. E quando eu ia voar, tomava essa medicação, mas isso acontecia raramente, no máximo uma vez por semana. Bem, chego à Medicina Aeronáutica e a médica pergunta-me: "Mas por que é que não pode voar?" Pronto, contei-lhe toda a história.
31	Entrevistador: Desculpe interromper... está a falar da Medicina Aeronáutica? não da Medicina do Trabalho, pois não?
32	T1: Não. Agora estou a falar da Medicina Aeronáutica, Aeronáutica.
33	Entrevistador: Certo.
34	T1: Certo. O Gabinete de Medicina do Trabalho B, a partir daquele relatório de agosto, levanta-me a incapacidade. Sendo que, na realidade, eles não levantam nada, porque a Medicina do Trabalho não tem essa competência. Medicina do Trabalho apenas atesta aquilo que os outros médicos determinam. No fundo, a Medicina Aeronáutica não depende da Medicina do Trabalho, e esta última não tem força legal para colocar alguém de baixa ou para reconhecer um acidente de trabalho. Nesta fase, sigo para a Medicina Aeronáutica.
35	Entrevistador: Para o Centro de Medicina Aeronáutica... sim.
36	T1: E ela perguntou-me: "O que é que se passou?" E eu respondi: "Passou-se isto." Pronto. "Muito bem. Então, para voar, precisa de tomar essa medicação?" E eu disse: "Sim, é recomendado por todos os médicos que eu tome essa medicação quando vou voar." Ela consulta os manuais... e verifica que os regulamentos impedem essa situação. Não são apenas os manuais, mas sim as diretrizes constantes no manual europeu, não é?
37	Entrevistador: Part-MED da EASA.
38	T1: "Pela Part-MED da EASA, você não pode voar com essa medicação. Vamos retirar a licença definitivamente." Isso aconteceu em dezembro.
39	T1: E eu peço uma reavaliação, ainda dentro do prazo legal para o fazer. Fui à ANAC e solicitei uma reavaliação da minha licença. O que eu pretendia era que, em vez de ser uma inaptidão definitiva, fosse temporária, até ao término dos tratamentos. A ANAC já não é Medicina Aeronáutica, nem seguradora, nem Medicina do Trabalho. Assim, a ANAC marcou-me uma consulta com um especialista em psiquiatria da própria ANAC. Fui a essa consulta em janeiro desse ano e, portanto, até à confirmação da inaptidão

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

	definitiva para o voo. Fui ao médico, ele fez um relatório. Esse relatório foi enviado para a ANAC, e a conclusão foi clara: o relatório indicava que eu estava realmente inapto de forma definitiva.
40	Entrevistador: Sim, e atribuíram-lhe um certificado médico com a classificação <i>Unfit</i> , correto - <i>Unfit to fly</i> .
41	T1: Deram-me logo o primeiro <i>Unfit</i> . Eu pedi a revisão e depois era o segundo. Mantiveram a decisão.
42	Entrevistador: Sim, isso remete para outra questão... Já percebi que voltou a exercer funções após o acidente de trabalho, correto? Portanto, voltou a voar depois do acidente?
43	T1: Certo.
44	Entrevistador: E durante quanto tempo, mais ou menos? Qual foi a janela de tempo em que continuou a exercer funções? Estamos a falar de aproximadamente três anos?
45	T1: Se... mostre lá a pergunta?
46	Entrevistador: Desculpe, por quanto tempo até a decisão de inaptidão, até a decisão da Medicina Aeronáutica?
47	T1: Então foram esses três anos, não é?
48	Entrevistador: Certíssimo.
49	T1: Foram, basicamente, três anos. O acidente ocorreu em abril, e a decisão definitiva surgiu em janeiro. Portanto, o período total foi de cerca de três anos.
50	Entrevistador: Os critérios médicos para a inaptidão foram claramente explicados pelo Gabinete de Medicina do Trabalho?
51	T1: Não.
52	Entrevistador: Não foram. Portanto, entendeu porque não poderia continuar a exercer as funções?
53	T1: Eh pá, entendi. Mas não, não por essa via. Entendi, mas não por essa via. Ou seja, se está a referir-se ao Gabinete de Medicina do Trabalho, a resposta é não. Não entendi os critérios médicos por essa via.
54	Entrevistador: Certo.
55	T1: Se for por outra via, sim. Mas, como a pergunta se refere especificamente à Medicina do Trabalho, a resposta é não. Não entendi. Nunca me foi explicado. Nunca, em momento algum, me esclareceram os critérios médicos para a inaptidão. Aliás, a posição da Medicina do Trabalho sempre foi contrária à dos oito médicos que me acompanharam. Nessa altura, eu já tinha oito relatórios, todos a atestar a mesma coisa - exceto o da Medicina do Trabalho.
56	Entrevistador: Em relação aos exames e procedimentos médicos. Os exames e as avaliações médicas realizadas foram suficientes e adequadas para determinar a inaptidão em definitivo para o voo? Resposta sim ou não?
57	T1: Sim. Sim. Os exames e avaliações médicas realizadas foram. Sim.
58	Entrevistador: Solicitou uma segunda opinião médica antes da decisão de inaptidão final? Se sim, houve divergências nos pareceres médicos?
59	T1: Não... sim, sim.
60	Entrevistador: Solicitou?
61	T1: A resposta é sim. É sim porque eu tinha o parecer de um psiquiatra a quem recorri entre agosto e dezembro.
62	Entrevistador: Portanto, as divergências entre os pareceres médicos existiram, pelo que entendi, apenas em relação ao Gabinete de Medicina da Seguradora?
63	T1: Não, não. No fundo, a divergência surge apenas com o médico do Gabinete de Medicina do Trabalho B. Todos os outros médicos concordavam entre si. A única pessoa da seguradora que afirmava que eu estava tratado era o gestor. No entanto, na realidade, eu tinha relatórios médicos das médicas da seguradora que confirmavam o mesmo diagnóstico que os restantes médicos.
64	Entrevistador: Ok.
65	T1: Portanto, a única divergência entre os pareceres médicos ocorreu entre os oito médicos e o da Medicina do Trabalho, porque, no fundo, todos os outros confirmavam que eu não podia voar.
66	Entrevistador: Considera que os critérios médicos usados foram justos e coerentes para a condição de saúde?
67	T1: Eles foram justos? Sim. Coerentes? Sim. Exceto o médico do Gabinete de Medicina do Trabalho B. Ok, isto pode parecer repetitivo, mas, na realidade, os médicos foram justos e coerentes. Quem não foi justo foi o gestor e o médico do Gabinete de Medicina do Trabalho B. Mas, no que diz respeito aos critérios médicos, todos os outros médicos foram justos e coerentes.
68	Entrevistador: Após a decisão de Inaptidão em Definitivo para o Voo pelo Gabinete de Medicina do Trabalho da Companhia Aérea, foi encaminhado para o Gabinete de Medicina Aeronáutica?
69	T1: Não. Foi ao contrário.
70	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico após a decisão de Inaptidão em Definitivo para o Voo? Em caso afirmativo, considera que foi suficiente?
71	T1: Não.
72	Entrevistador: Houve uma comunicação clara entre a Medicina do Trabalho, a Companhia Aérea e o Gabinete de Medicina Aeronáutica sobre a sua situação?
73	T1: Sim. Tenho de dizer que sim. Falaram entre eles tanto que me enviaram para lá.
74	Entrevistador: Considera que os processos médicos atuais garantem uma decisão imparcial e equilibrada ou há influência de companhias aéreas, seguradoras ou outras partes interessadas?
75	T1: Não considero. Acho que há uma decisão completamente parcial e desequilibrada e há muita influência da companhia aérea e da seguradora.
76	Entrevistador: Portanto considera que há muita influência da companhia aérea e da seguradora?
77	T1: Muita influência. A decisão é parcial e desequilibrada.
78	Entrevistador: Qual foi o impacto da decisão de inaptidão em definitivo para o voo na sua vida profissional e pessoal?

79	T1: Foi uma frustração imensa e um mal-estar enorme, porque todos nós, na nossa vida, dependemos da profissão que exercemos a nível emocional. É algo que nos completa como pessoas. À exceção daqueles que não gostam de trabalhar, para os que gostam, o trabalho faz parte ativa das suas vidas. Não é? Além disso, representa também um rendimento financeiro para o sustento da família, garantindo tudo aquilo a que nos propusemos enquanto família e até a nível pessoal. E eu não estava nada preparado para essa mudança. Nada preparado. Eu sabia que queria voar. Queria continuar a voar. Queria que a decisão não fosse definitiva, mas temporária. Mas acabou por ser definitiva... e eu não me sentia, de todo, preparado para isso.
80	Entrevistador: O que é que mudaria no processo de avaliação médica, tanto em Medicina do Trabalho como em medicina aeronáutica, para tornar o processo justo e transparente, ou mais justo e transparente?
81	T1: O que é que mudaria? Mudaria que a Medicina do Trabalho, que não é composta por especialistas - ou seja, o médico do trabalho que nos avalia é, creio eu, um médico de clínica geral ou com formação em Medicina do Trabalho, mas não em outra especialidade médica. Por isso, é médico do trabalho. Eu diria que os Gabinetes de Medicina do Trabalho deviam dotar-se de médicos especialistas nas várias áreas para tornar o processo mais justo e transparente. Ou seja, o que quero dizer com isto? Quero dizer que, se o caso for um stress pós-traumático, deviam contar com psiquiatras e psicólogos agregados à Medicina do Trabalho. Se se tratar de um acidente musculoesquelético, como um traumatismo, uma fratura ou uma entorse, deveriam ter médicos especialistas em ortopedia.
82	Entrevistador: Entendo.
83	T1: Portanto, o que mudaria era que a Medicina do Trabalho devia ser obrigada a contar com médicos especialistas, de forma a avaliarem a situação de maneira mais justa e transparente. Não creio que os médicos do trabalho, por si só, estejam preparados, pois tendem a ser parciais. O que senti no meu caso foi que não compreendem corretamente o que o médico especialista transmite nos diferentes relatórios, que sempre levei comigo para a Medicina do Trabalho. No entanto, esses relatórios nunca foram lidos de uma forma que permitisse uma real compreensão do seu conteúdo. Diziam que eu podia voar, e eu dizia que não podia.
84	Entrevistador: Mudando agora um pouco, deixando a parte médica de lado, vamos virar-nos um pouco para a responsabilidade social corporativa da companhia aérea. Medidas iniciais após inaptidão: Qual foi a primeira ação da companhia aérea após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo, entenda-se, a decisão do Centro de Medicina Aeronáutica? Houve algum contacto formal para discutir os próximos passos?
85	T1: Houve, houve. A primeira ação da companhia aérea após a decisão de inaptidão foi sugerir uma mudança de função. O contacto foi formal, feito via e-mail através do departamento de recursos humanos. Exatamente, exatamente. Não foi a DOV que comunicou, não. Foi um e-mail enviado para a minha advogada.
86	Entrevistador: A empresa ofereceu algum suporte imediato após a decisão de inaptidão?
87	T1: Suporte em que aspeto?
88	Entrevistador: Portanto, vários níveis. Já percebi que comunicaram através do gabinete de recursos humanos e que sugeriram uma mudança de funções profissionais. Por exemplo, ofereceram suporte médico, ofereceram suporte social, ofereceram...
89	T1: Não, de todo. Não, de todo. Não, de todo. Aliás, junto com o e-mail dos RH, veio o e-mail do Departamento Jurídico, porque eu, pronto, até tinha essa organização. Veio logo em conjunto. Não, de todo. De todo. Não houve apoio absolutamente nenhum.
90	Entrevistador: Em relação ao acompanhamento médico e psicológico, após a decisão de inaptidão em definitivo, foi implementado um plano de acompanhamento médico
91	T1: Não.
92	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico imediato após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo?
93	T1: Não.
94	Entrevistador: Acredita que este apoio teria sido essencial para si?
95	T1: Claro. Pelas razões anteriormente expostas, sentimos que já não somos necessários à posição que gostamos de exercer. Sentimos que a mudança de função terá um grande impacto nas nossas vidas. Sentimos que defraudamos colegas, família e amigos, e que já somos incapazes de exercer a nossa posição. Sim, sim, sim. Esse apoio teria sido, sem dúvida, essencial.
97	Entrevistador: Em relação à reintegração profissional e às alternativas de carreira. Após a inaptidão definitiva para o voo, a empresa ofereceu outra função dentro da organização?
98	T1: Sim.
99	Entrevistador: Quais as opções e a categoria profissional?
100	T1: As opções eram ir para... para onde? O que é que eles não ofereceram? Foi para... Ah, para terra, tipo check-in. Eu não sei exatamente qual é essa categoria profissional, check-in. Só ofereceram uma opção. Que seria no apoio em terra. Não sei como se chama...
101	Entrevistador: Handling.
102	T1: É Handling, é Handling, é Handling...
103	Entrevistador: Que não aceitou, correto?
104	T1: Não aceitei. Porquê? Porque representava um <i>downgrade</i> na categoria profissional. Deixava de ter as ajudas de custo, deixava de ter os subsídios, porque, na altura, tínhamos os voos incluídos. Ou seja, tratava-se de um completo <i>downgrade</i> na categoria profissional.
105	Entrevistador: Nessa circunstância, assinou um acordo de rescisão? Foi isso?
106	T1: Sim. Só bem mais tarde. Bem mais tarde.
107	Entrevistador: Não aceitando a transferência para outra função profissional, desligou-se da empresa a dada altura através de uma rescisão, é isso?
108	T1: Foi. Andámos a discutir isso durante dois ou três meses. Depois, eu não aceitei, e eles também não tinham como... O que venho a perceber é que não conseguem despedir um tripulante efetivo que não pode voar. É difícil de despedir.

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

109	Entrevistador: Exato.
110	T1: O que é estranho, mas é verdade. Ou seja, cheguei ao RMA em setembro desse ano.
111	Entrevistador: Em relação à compensação e ao suporte financeiro, a organização possui um seguro de inaptidão definitiva para o voo, aplicável a Tripulantes com incapacidade permanente parcial decorrente de acidente de trabalho? Este seguro a que me refiro está associado à perda de licença dos Tripulantes.
112	T1: Não tem.
113	Entrevistador: Recebeu apoio jurídico ou administrativo da companhia aérea para entender e reivindicar os seus direitos laborais?
114	T1: Não, de todo.
115	Entrevistador: Na comunicação e relação com a companhia aérea, após a decisão de inaptidão definitiva para o voo, a empresa manteve contacto regular ou sentiu-se desamparado, esquecido, abandonado?
116	T1: Senti-me desamparado.
117	Entrevistador: O Departamento de Recursos Humanos ou o Gabinete de Segurança e Saúde no Trabalho prestaram apoio durante a sua transição?
118	T1: Nunca prestaram apoio.
119	Entrevistador: Em relação à avaliação da responsabilidade social corporativa, a empresa possui políticas eficazes de responsabilidade social corporativa para apoiar os tripulantes sinistrados?
120	T1: Não.
121	Entrevistador: Identificou algumas boas práticas?
122	T1: Não.
123	Entrevistador: O que é que poderia ser melhorado nesse caso?
124	T1: Isso é uma lista enorme...
125	Entrevistador: Em resumo, poderia mencionar duas ou três medidas, por exemplo?
126	T1: O que é que podia ser melhorado nas boas práticas...
127	Entrevistador: Nas políticas de responsabilidade social, o que é que a companhia poderia ter feito que consideraria boas práticas para apoiar os tripulantes?
128	T1: Uma das boas práticas que a companhia deveria implementar seria um seguro de perda de licença para os tripulantes, o que é evidente. Outra boa prática seria o acompanhamento por parte do Gabinete de Segurança e Saúde no Trabalho durante essa transição. Aliás, questionou-se se houve esse acompanhamento e, de facto, não houve, mas teria sido uma boa prática. Além disso, outra medida essencial seria garantir que o tripulante não fosse exposto ou pressionado publicamente em relação à sua condição de saúde. No fundo, toda a gente acabou por saber, e senti-me, de certa forma, exposto pela companhia, o que me fez sentir pressionado a sair da empresa. Portanto, considero que manter a confidencialidade dos processos seria uma boa prática fundamental.
129	Entrevistador: Se pudesse retroceder no processo, o que acredita que a companhia deveria ter feito de forma diferente no seu caso? Todas essas situações que mencionou anteriormente seriam essenciais, mas incluiria mais alguma?
130	T1: O que é que deveria ter sido feito? Para começar, o médico do Gabinete de Medicina do Trabalho B, deveria ter-se munido das ferramentas disponíveis para promover o tratamento, em vez de, de certa forma, perpetuar a doença. O que sempre achei foi que, ao insistir em colocar-me a voar, aliado à pressão da companhia para que eu voltasse ao meu posto de trabalho, acabou por comprometer a possibilidade de um tratamento completo.
131	Entrevistador: Vamos esquecer a parte que mencionou sobre Medicina do Trabalho, pois isto é abordado do ponto de vista da companhia. No entanto, acabou de chegar ao ponto certo. A companhia não deveria ter exercido essa pressão, como está a dizer.
132	T1: E eu acho que sim. Uma boa prática social é da responsabilidade da companhia, porque, posteriormente, até houve reuniões. Não, mas na realidade houve. Houve reuniões de pressão por parte da DOV, do responsável pela saúde e segurança no trabalho e do gabinete jurídico, não é? Nesse ano, sou chamado, a meio de maio, para uma reunião com essas três pessoas: o DOV da altura, o piloto-chefe, o responsável pelo gabinete de saúde e segurança no trabalho e o gabinete jurídico. Nessa reunião, dizem-me que nunca estive doente, que deveria ter aceite a mudança de função e que seria despedido. O que eu teria feito de diferente se fosse a companhia? Não teria pressionado o trabalhador a aceitar mudanças impostas unilateralmente.
133	Entrevistador: Em relação ao processo jurídico e ao direito dos tripulantes sinistrados, que constitui o outro pilar do estudo no que respeita às garantias dos direitos e suportes jurídicos, teve de recorrer a um processo legal para assegurar os seus direitos? Em que momento isso ocorreu?
134	T1: Sim, tive de recorrer a um processo legal para assegurar os meus direitos, e esse processo iniciou-se a partir do momento em que deixei a companhia.
135	Entrevistador: Portanto, em que assinou um acordo de rescisão, é isso?
136	T1: Até aconteceu antes, um pouco antes de assinar o acordo de rescisão. Esse processo iniciou-se ainda enquanto trabalhava para a companhia, durante o meu contrato de trabalho. Aconteceu no final do meu contrato de trabalho, coincidindo com os processos de rescisão que surgiram na altura. No entanto, uma coisa não tinha relação direta com a outra, pois essa situação afetou não apenas a mim, mas também várias outras pessoas.
137	Entrevistador: Moveu uma ação judicial para reconhecimento de Incapacidade Permanente Absoluta para o Trabalho Habitual?
138	T1: Sim.
139	Entrevistador: A decisão final confirmou a sua IPATH?
140	T1: Sim.
141	Entrevistador: Quanto tempo durou o processo legal até a decisão final?
142	T1: Três anos. Três e meio.

143	Entrevistador: Em que instância o caso foi concluído, na primeira instância, Tribunal da Relação ou Tribunal Constitucional?
144	T1: [Tribunal da] Relação.
145	Entrevistador: Acredita que o tempo de espera pela decisão judicial afetou significativamente a sua vida profissional e pessoal?
146	T1: Afetou bastante a minha vida profissional e pessoal.
147	Entrevistador: A Seguradora impôs obstáculos ao reconhecimento dos direitos ou tentou minimizar a gravidade da sua condição?
148	T1: Sim.
149	Entrevistador: Sentiu que os seus argumentos e documentação médica foram considerados de forma justa pelo sistema judicial?
150	T1: Sim.
151	Entrevistador: O sistema jurídico foi ágil e eficiente no seu caso ou enfrentou atrasos excessivos?
152	T1: Enfrentou atrasos excessivos.
153	Entrevistador: A perícia médico-legal, junta médica, para confirmar a IPATH foi conduzida de forma justa e transparente?
154	T1: Sim.
155	Entrevistador: Considera que a legislação nacional e comunitária oferece uma proteção adequada aos Tripulantes sinistrados?
156	T1: Não.
157	Entrevistador: Portanto, existem lacunas... correto?
158	T1: Muitas. Algumas.
159	Entrevistador: Algumas. Consegue identificar algumas?
160	T1: Uma das grandes... uma lacuna da legislação nacional e comunitária, não é? Eu também não sou grande conhecedor da legislação.
161	Entrevistador: Do que conhece... a sua percepção.
162	T1: A legislação nacional deveria, desde logo, promover um maior acompanhamento médico por parte da ANAC, certo? É o legislador. Ou está a referir-se à legislação do trabalho?
163	Entrevistador: Estou a referir-me à legislação aeronáutica. Esta questão está relacionada com o papel da EASA e da ANAC enquanto reguladores e entidades responsáveis pelo cumprimento da legislação comunitária. No fundo, trata-se de perceber se estas instituições garantem que a legislação é devidamente aplicada ou se, pelo contrário, permitem que certas ações sejam toleradas, criando lacunas.
164	T1: Não, aí não. Acho que oferece a proteção necessária.
165	Entrevistador: Sentiu que a ANAC como uma entidade reguladora cumpriu todas as partes que...
166	T1: Cumpre, cumpre aquilo que está escrito, não é? Nesse aspeto, sim, sim.
167	Entrevistador: Recebeu o apoio de sindicatos ou associações para defender os seus direitos?
168	T1: Sim. Recebi.
169	Entrevistador: Recebeu?
170	T1: Recebi.
171	Entrevistador: Foi relevante no seu caso?
172	T1: Bastante.
173	Entrevistador: Ok. Já agora, na parte final, Reflexões e Melhorias no Sistema, que alterações sugere na legislação para reforçar a proteção dos Tripulantes sinistrados? E, neste caso, entenda-se que não estamos a falar de legislação aeronáutica, mas sim de legislação nacional.
174	T1: Eu creio que uma das grandes alterações necessárias seria permitir que os Tripulantes sinistrados se reformassem mais cedo, sem penalizações. Estas pessoas já se encontram numa condição debilitada, mas, ainda assim, não têm acesso facilitado à reforma, certo? Portanto, penso que deveriam ter acesso à reforma por invalidez, que, embora prevista na lei, muitas vezes não é suficiente para garantir um rendimento condizente com o que o tripulante auferia durante a sua vida profissional. Assim, uma das alterações que sugeriria seria precisamente o acesso à reforma para tripulantes sinistrados, sem as limitações e penalizações atuais. Além disso, sugeria também a obrigatoriedade de resolução dos processos jurídicos num curto espaço de tempo, pois, atualmente, demoram demasiado, prolongando a incerteza e o impacto negativo na vida dos sinistrados.
175	Entrevistador: Colocar uma baliza de tempo, uma máxima temporal, um tempo máximo para a decisão de um processo. É isso que está a dizer?
176	T1: Exatamente, porque uma pessoa, na realidade, perde o emprego e depois fica... Porque eu pude trabalhar, não é? Agora, imagina que partes as duas pernas e ficas sem elas. E estás três anos sem poder trabalhar... vais viver de quê? Ou seja, sim, impor uma baliza temporal para a decisão. Uma baliza temporal obrigatória para a decisão judicial em casos de acidente de trabalho. A reforma antecipada, com certeza.
177	Entrevistador: Olhe, agora em modo <i>roadmap</i> , o que recomendaria a um tripulante que esteja a enfrentar um processo semelhante ao seu ou que venha a enfrentar um processo semelhante ao seu?
178	T1: O que recomendo ao tripulante? Perseverança. Desde o primeiro momento, recomendo que recorra a uma segunda opinião médica, solicitada pelo próprio. Deve manter sempre uma comunicação aberta com o médico da mesma especialidade que o acompanha, para garantir uma avaliação independente de todos os procedimentos. Além disso, é fundamental que o tripulante se muna, desde o primeiro instante, de apoio jurídico, seja através de um advogado, de um departamento jurídico ou de alguém que possa prestar esse acompanhamento. Se o processo não for acompanhado juridicamente, a pressão da entidade empregadora e da companhia de seguros pode levar o trabalhador a cometer erros, como, por exemplo, aceitar regressar ao trabalho doente. A pressão da companhia e da seguradora pode ser intensa, pelo que um advogado será essencial para orientar os passos a tomar desde o início. Outra recomendação essencial é solicitar sempre documentos por escrito de todos os médicos que acompanham o caso, sejam da seguradora, da Medicina do Trabalho ou médicos particulares. Toda a informação deve estar devidamente

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

	documentada para evitar futuras complicações. E, por fim, paciência e perseverança. O tripulante deve apoiar-se nestes três pilares fundamentais: opinião médica, opinião jurídica e documentação.
179	Entrevistador: Muito obrigado.

T2 - TRIPULANTE DE CABINE 2

1	Entrevistador: [Nome do Tripulante de Cabine], passa a ser o Tripulante 2 [T2]. Autoriza a gravação da entrevista?
2	T2: Sim.
3	Entrevistador: É portador de uma incapacidade permanente parcial que determinou uma inaptidão definitiva para o voo decorrente de um acidente de trabalho?
4	T2: Sim.
5	Entrevistador: Pode detalhar a natureza de incapacidade?
6	T2: O que quer dizer com a natureza da incapacidade? Qual é o acidente em questão?
7	Entrevistador: Sim.
8	T2: Acabei por ter uma lesão na cervical e com o degradar da situação fiquei inapto para o voo.
9	Entrevistador: Em resumo, como ocorreu o acidente de trabalho e quais foram as lesões resultantes?
10	T2: Ao puxar um trolley que se encontrava na <i>galley</i> posterior, as rodas ficaram presas, e eu senti um esticão forte no braço, que se estendeu até ao pescoço. Acabei por ter uma... uma... agora está-me a faltar a palavra...uma vértebra... e isso originou uma hérnia discal e uma deslocação da vértebra.
11	Entrevistador: Certo.
12	T2: Bom, basicamente é isso.
13	Entrevistador: Com que idade iniciou o seu percurso profissional de tripulante de cabine e qual a sua idade à data da inaptidão em definitivo para o voo?
14	T2: Então... iniciei com 23 anos e acabei por ter a inaptidão em 2018, há seis anos. Tenho 49... 43? 44? Já tinha 44... foi em outubro... 43 ou 44, não sei precisar muito bem.
15	Entrevistador: Em relação ao processo de avaliação médica e comunicação da decisão – como foi o processo médico desde o acidente de trabalho até à decisão de inaptidão? Quais os passos seguidos, o tempo decorrido e os obstáculos enfrentados?
16	T2: Ok... o processo médico desde o acidente de trabalho. O acidente de trabalho começou logo mal. Fui-me queixar de dores ao Gabinete de Medicina do Trabalho A quando vim de um voo; preenchi a folha e a ficha do acidente de trabalho. Chegaram lá e disseram que eu tinha uma contratura. Deram baixa. Passado, não sei... uma semana, deram alta. Voltei lá e disse que continuava cheio de dores, que não me conseguia mexer, porque tinha um alto aqui ao lado, no... sobre o ombro esquerdo. Mas diziam que era uma contratura e que devia ir voar. Voltei a dizer que não estava capaz... entretanto, isto ainda se arrastou por três, quatro vezes, até me terem enviado para a seguradora. Lá, fiz uma série de exames e, então, viram que eu tinha uma hérnia na cervical.
17	Entrevistador: E até à decisão definitiva da inaptidão?
18	T2: Ui, Jesus...ok, então pronto: fui operado, tive sete meses e meio de baixa, fui operado. Correu tudo bem, fizeram uma artrodesk – que é tipo uma gaiola na cervical, entre a C5 e a C7. Isto foi em 2011 e, na altura, ainda desconhecia esta questão da inaptidão. O que me disseram os médicos foi que eu estaria apto para voar. Tinha corrido tudo muito bem, não havia problema nenhum, porque, se me passassem algum tipo de incapacidade, eu ficaria sem poder voar. Eu, desconhecendo as coisas – e ainda era novo... Portanto, isto – a inaptidão – foi em 2018. O acidente de trabalho foi em 2011, quando ainda tinha "30 e tal" anos. Achei por bem, e a conselho dos médicos – tanto do que me operou como de outro, que dizia que estava tudo ok –, continuei a voar. Em 2015, já com alguma degradação, voltei a consultar médicos e especialistas em danos corporais, que disseram que, efetivamente, a situação estava a piorar. Foi atribuída, na altura, uma incapacidade permanente parcial – IPP – de 5%. Portanto, os médicos continuavam a dizer que não, que não poderia estar inapto, que estava tudo bem. E, nessa altura, comecei a ler um bocadinho mais sobre a situação e todas as questões...continuei a voar até 2018, altura em que a situação já estava muito má. No último ano de 2016 e finais de 2017 até 2018, estava sempre com dor. Sempre que voava, tinha dores. Estava constantemente de baixa, até que procurei aconselhamento jurídico. Fui ao [Gabinete] Medicina do Trabalho A e disse que não conseguia voar mais, que não estava em condições, que aquilo não era vida para mim. Não dava para exercer as minhas funções – não me sentia capaz – e, então, lá marcaram, a muito custo, após 4 ou 5 idas à [Gabinete] Medicina do Trabalho A, uma junta médica para inaptidão. Desde 2011, tive o acidente, e fiquei inapto para voar em 2018. Durante esse tempo, tive, talvez, 15 ou 20 baixas – se não mais. Desde baixas de um mês e tal, até 3 meses, até 15 dias, porque havia sempre uma grande luta por parte deles. Apesar de já ter o acidente de trabalho reconhecido e uma IPP de 5%, eles continuavam a insistir que eu estava apto para voar. Até que me recusei a voar sem uma junta médica. Levei descritivos de danos corporais, relatórios de vários especialistas, e até o médico cirurgião que me operou, que era indicado pela seguradora, passou um relatório a dizer que era perfeitamente natural e normal, à minha idade e na minha profissão, a degradação e evolução da incapacidade. E que ele próprio, apesar de ter feito a cirurgia, já achava que, naquela altura, eu não estava em condições para voar.
19	Entrevistador: Portanto, voltou a exercer funções após o acidente?
20	T2: Sim. Sete anos.
21	Entrevistador: Quanto tempo?
22	T2: Sete anos.
23	Entrevistador: Sete anos. Portanto, exerceu desde o acidente de trabalho...
24	T2: Desde 2011 até 2018.
25	Entrevistador: E até à inaptidão foram sete anos, desde 2011 até 2018. Ok, obrigado. Os critérios médicos para a sua inaptidão em definitivo para o voo foram claramente explicados por parte do Gabinete de Medicina do Trabalho? Entendeu porque não poderia continuar a exercer funções como tripulante de cabine?

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

26	T2: Não, não. Não, porque não foram eles nos critérios médicos. Fui eu que os apresentei, e fui eu que dei a entender porque é que não poderia continuar a exercer funções, porque eles queriam que eu continuasse a trabalhar e não me queriam dar a inaptidão.
27	Entrevistador: Em relação aos exames e procedimentos médicos, os exames e avaliações médicas realizados foram suficientes e adequados para determinar a inaptidão em definitivo para o voo?
28	T2: Sim, sim.
29	Entrevistador: Solicitou uma segunda opinião médica antes da decisão final? Houve divergências entre os pareceres médicos?
30	T2: Eu tive várias opiniões médicas. As divergências foram as seguintes: os médicos que consultei diziam que eu não deveria voar, porque não estaria na plenitude das minhas capacidades. Enquanto isso, o parecer médico da [Gabinete] Medicina do Trabalho A, inicialmente, era de que eu poderia voar. Posteriormente, acabaram por concordar com a minha inaptidão, perante os argumentos que lhes apresentei.
31	Entrevistador: Considera que os critérios médicos utilizados foram justos e coerentes com a condição de saúde?
32	T2: Sim, tendo em conta que o resultado final foi a minha inaptidão para voo – que era o que deveria ter sido, já muito antes –, acabou por ser, com dificuldades, mas acabou por ser.
33	Entrevistador: Em relação ao encaminhamento e apoio pós-decisão. Após a decisão da inaptidão em definitivo para o voo pelo Gabinete de Medicina do Trabalho da Companhia Aérea, foi encaminhado para o Gabinete de Medicina Aeronáutica?
34	T2: Dentro da própria [Gabinete] Medicina do Trabalho A? Não, eu depois falei... Eu tive lá a consulta, tive inaptidão médica e o processo, depois, passou logo para a Companhia Aérea A. Não tive mais; acabei por ter mais contacto com o Gabinete de Medicina do Trabalho A porque eles não enviaram a tempo o relatório da minha inaptidão, mas ficou logo tudo. Não sei porquê o processo desapareceu durante seis meses, que eu precisava para dar início ao meu processo do IPATH.
35	Entrevistador: Então, a pergunta vai um pouco nesse sentido: tem a Junta Médica da Medicina do Trabalho, na qual é decidido que está inapto para o voo. A minha questão é: o próprio Gabinete de Medicina do Trabalho informou que tinha que ir ao Gabinete de Medicina Aeronáutica?
36	T2: Não, não me lembro disso, não me lembro de ter feito mais nada. Lembro-me perfeitamente. Se não me engano, foi no dia 18 de outubro de 2018, às 11 da manhã. Até estava com uma colega; fizemos os dois e saí dali com o papelinho de inaptidão para me apresentar na Companhia Aérea A. Nada a ver com o gabinete. Nunca mais tive contacto com qualquer parte da [Gabinete] Medicina do Trabalho A, exceto para exigir o relatório.
37	Entrevistador: Nunca ficou com um certificado médico a dizer inapto, por exemplo?
38	T2: Fiquei, fiquei, mas foi-me passado logo nesta consulta da Inaptidão da junta médica.
39	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo?
40	T2: Não.
41	Entrevistador: Houve uma comunicação clara entre a Medicina do Trabalho, a Companhia Aérea e o Gabinete de Medicina Aeronáutica sobre a situação?
42	T2: Sim.
43	Entrevistador: Em relação à perceção global da decisão de inaptidão e melhorias. Considera que os processos médicos atuais garantem uma decisão imparcial e equilibrada ou há influências de companhias aéreas, seguradoras ou outras partes interessadas?
44	T2: Hum... Não, não é imparcial. Há, claramente, uma pressão por parte da [Gabinete] Medicina do Trabalho A. Não há por parte da Companhia Aérea A. Eu não considero que haja pressão da Companhia Aérea A; considero, sim, que há por parte da Companhia de Seguros A, garantindo que tu não tenhas uma inaptidão resultante de um acidente de trabalho.
45	Entrevistador: E por parte da Medicina do Trabalho também sentiu isso?
46	T2: Sim, sim, sim. Eu, quando considero a [Gabinete] Medicina do Trabalho A, estou a incluir tudo isso – o Gabinete de Medicina Aeronáutica, tudo. Estou a considerar a parte médica associada. Nós, na Companhia Aérea A, estamos sempre... acaba por ser tudo [Gabinete] Medicina do Trabalho A. Tens a parte da Medicina do Trabalho, tens a parte da Medicina Aeronáutica... eu considero isso tudo como [Gabinete] Medicina do Trabalho A. Tanto que eles trabalham para a Companhia de Seguros A em hospitais. A médica que não me queria dar a inaptidão, eu acabei por apanhá-la quando fui a uma urgência, por causa de uma baixa deste acidente de trabalho – estava ela a trabalhar no Hospital A para a Companhia de Seguros A. Portanto, logo aí... vê-se bem o conluio.
47	Entrevistador: Qual o impacto da decisão de inaptidão definitiva para o voo na tua vida pessoal e profissional?
48	T2: É assim: há duas fases. Há a fase inicial, que é a mudança completa e total da tua vida e o facto de esta estar um bocado perdida, porque, nessa altura, a companhia – o que me ofereceu, em termos –, e ofereceu devido à existência de uma cláusula no acordo de empresa, em que são obrigados a colocar-me em terra. Por um lado, dá algum descanso e garante algum conforto financeiro, mas, tendo em conta que as nossas remunerações tinham sempre um lado variável muito grande, é uma redução de 50%, perto de 50%, do rendimento mensal. Depois, o processo evoluiu e mudou, mas, nesse momento da decisão – naquele momento – foi muito violento em tudo. Mas era o certo, era o certo para o fazer, pois não dava para continuar a trabalhar.
49	Entrevistador: E a nível emocional?
50	T2: Como é óbvio, ficas um pouco perdido. Então, eu estava a voar há 20 anos, não tinha mais experiência em nada e gostava, de certa forma, do que fazia, apesar de algum cansaço inerente ao desempenho da função. Mas receber menos, passar para uma rotina que nunca tinha tido em 20 anos, reduzir o ordenado para metade – tendo pessoas a teu cargo e responsabilidades financeiras – e, depois, começar a fazer algo que não te diz absolutamente nada e que não gostas, sendo colocado no pior sítio que havia para pôr... Nesse lado, a companhia... aí senti alguma pressão por parte da companhia. No resto do processo, não, mas aí sim. Ofereceram-me dinheiro para me ir embora logo e não me queriam lá. Isso senti... pronto, mas depois tudo muda.
51	Entrevistador: O que mudaria no processo de avaliação médica, tanto da Medicina do Trabalho como de medicina aeronáutica, para torná-lo mais justo e transparente.

52	T2: Então, simplesmente, baseando-me no que a lei diz – que, a partir do momento em que tens um acidente de trabalho, para começar, deves ter uma avaliação justa e não estar sujeito a preocupações com encargos futuros – é, a meu ver, uma profissão de risco e deveria ser considerada de desgaste rápido. Estamos expostos a uma série de situações físicas, emocionais, etc., completamente fora do que é normal, e só quem passa por lá é que sabe, com um grande prejuízo para a saúde. Deverias ter um melhor acompanhamento e poder acreditar que os médicos que ali estão, estão para te ajudar, o que, normalmente, não é o que sentes. Acabas por te sentir sempre enganado. Era só isso, era mesmo isso que tu dizes: justo e transparente. Era o que era preciso para haver uma melhoria.
53	Entrevistador: Mudando agora de foco para a responsabilidade social corporativa da companhia aérea e as medidas iniciais após a inaptidão. Qual foi a primeira ação da companhia aérea após a decisão de inaptidão definitiva para o voo? Houve contacto formal para discutir os próximos passos?
54	T2: Sim. Chamaram-me para ter uma reunião para dizer onde é que me iriam enquadrar – baseando-se no que é que me iriam me enquadrar –, que era através de uma cláusula do acordo de empresa, e disseram onde é que eu iria trabalhar e a minha remuneração.
55	Entrevistador: A empresa ofereceu algum suporte imediato após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo?
56	T2: Suporte em termos emocionais? Não, não ofereceu absolutamente nada. Nada.
57	Entrevistador: Em relação ao acompanhamento médico e psicológico, após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo, foi implementado um plano de acompanhamento médico?
58	T2: Não.
59	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico imediato após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo?
60	T2: Não, mas talvez fosse algo interessante a ter. Algo interessante, por parte da companhia, tendo em conta o impacto que tem na vida pessoal; penso que sim, era interessante haver.
61	Entrevistador: Em relação à reintegração profissional e alternativas de carreira, após a inaptidão em definitivo para o voo, a empresa ofereceu outra função dentro da organização?
62	T2: Sim, ofereceu-me para trabalhar no call center da parte das bagagens: responder a queixas de perda de bagagens, etc.
63	Entrevistador: Teve acesso a programas de requalificação profissional para essa função? A companhia aérea forneceu formação para essa função?
64	T2: O coordenador da área deu-me apoio, mas puseram-me logo a trabalhar. Não estive sem fazer absolutamente nada: fui diretamente para lá e comecei a trabalhar à medida que as situações iam ocorrendo, ajudando na medida do possível. Foram melhores as pessoas do que propriamente o que estava planeado – porque o que estava planeado não era grande coisa. Se quem estivesse lá não fosse uma pessoa correta e preocupada, não teria corrido bem.
65	Entrevistador: Se foi reintegrado houve progressão na carreira e/ou evolução salarial?
66	T2: Não houve progressão na carreira, nem evolução salarial. Eles puseram-me numa categoria à qual fiquei, logo, enquadrado como vindo de bordo e mantive o meu ordenado de bordo; puseram-me, ainda, na única categoria em que nunca haveria a possibilidade de evolução salarial.
67	Entrevistador: Em relação à compensação em suporte financeiro. A organização possui um seguro de inaptidão em definitivo para o voo aplicável a Tripulantes com IPP decorrente de um acidente de trabalho?
68	T2: IPP... não sei se será IPP. Após inaptidão, tens um seguro. Claro, sim, sim, tem.
69	Entrevistador: A empresa garantiu o pagamento das compensações financeiras e benefícios legais associados a esse seguro?
70	T2: Sim.
71	Entrevistador: Recebeu apoio jurídico ou administrativo da companhia aérea para entender e reivindicar os seus direitos laborais?
72	T2: Explicaram o que eu ia fazer, mas eu recorri a outra pessoa que já tinha passado pelo mesmo para saber o que teria que fazer.
73	Entrevistador: Em relação à comunicação e relação com a companhia aérea. Após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo, a empresa manteve contacto regular ou sentiu-se desamparado?
74	T2: Nem sei o que é de responder a isso... sinceramente, não sei. Não houve um contacto específico relativo à inaptidão; houve os contactos normais que fazem com qualquer trabalhador – nem mais, nem menos.
75	Entrevistador: O Departamento de Recursos Humanos ou o Gabinete de Segurança e Saúde do Trabalho prestaram apoio durante a transição?
76	T2: Não... não... disseram-me só o que eu ia fazer e que já referi na outra pergunta.
77	Entrevistador: Em relação à avaliação da responsabilidade social corporativa. A empresa possui políticas eficazes de responsabilidade social para apoiar tripulantes sinistrados? Que boas práticas identificou e que poderiam ser melhoradas?
78	T2: Não sei se posso responder a isto desta forma... não sei, porque é assim: não considero que seja a empresa, mas sim o acordo da cláusula que o sindicato estabeleceu na altura do acordo de empresa, obrigando-os a agir. A partir do momento em que isso resulta de uma cláusula sindical, nunca vejo isso como algo que venha por parte da empresa, mas sim como algo que foi trabalhado e pelo qual tiveram de lutar, porque, de outra forma, provavelmente deixariam cair e iríamos à nossa vida.
79	Entrevistador: Então, poderia ser melhorado?
80	T2: Poderia ter sido melhorado? Não sei. A meu ver, também não teriam de fazer muito mais. Acho que a empresa... não sei, não sei. Acabou por correr bem, porque é assim: aquela cláusula garantiu-me trabalho lá, algo que, tendo em conta as minhas qualificações, eles nunca me dariam. Magoei-me numa atividade específica e, nesse ponto, entrou a seguradora. A companhia, nesse aspeto, acho que cumpriu bem com as suas obrigações. Poderia ter sido melhor? Sim, poderia, caso eu tivesse procurado algo em que a minha qualificação e experiência pudessem ser utilizadas – e isso foi o que acabei por conseguir, graças a um esforço pessoal, desde o momento em que entrei. Não referi, mas já mudei quatro ou cinco vezes de posto de trabalho dentro da empresa. Nesse sentido, considero que a empresa me proporcionou melhores condições, embora inicialmente me tenha dificultado a vida.

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

	Posteriormente, consegui demonstrar que, tendo sido tripulante durante 20 anos, faria sentido trabalhar na área dos tripulantes – onde estou atualmente – pois a minha experiência seria útil. Não fazia sentido estar a trabalhar com bagagens, algo de que não percebo nada. Portanto, a empresa foi-me dando a possibilidade de mudar e nunca me recusaram nenhuma mudança de posto de trabalho. Nesse aspeto, acho que a empresa se portou muito bem; não tenho nada a apontar.
81	Entrevistador: Se pudesse retroceder no processo, o que acredita que a companhia aérea deveria ter feito de forma diferente no seu caso?
82	T2: É só essa a questão que referi agora: poderia ter-me posto num posto de trabalho no qual seria útil, logo desde o início.
83	Entrevistador: Em relação ao processo jurídico e direitos dos tripulantes sinistrados. Garantia dos direitos e suportes jurídicos. Teve que recorrer a um processo legal para assegurar os seus direitos? Em que momento isso ocorreu?
84	T2: Portanto, isso já será referente ao IPATH, certo? Tive... Em que momento isso ocorreu? A partir do momento em que, um pouco antes da inaptidão, recorri, porque percebi que já não tinha condições para trabalhar, que já não conseguia. E aqueles que nunca me quiseram dar a inaptidão insistiam para que eu continuasse a voar, voar, voar. Foi então que recorri a um advogado.
85	Entrevistador: Moveu uma ação judicial para reconhecimento de Incapacidade Permanente Absoluta para o Trabalho Habitual?
86	T2: Sim.
87	Entrevistador: A decisão final confirmou a sua IPATH?
88	T2: Sim.
89	Entrevistador: Quanto tempo durou o processo legal e a decisão final e em que instância o caso foi concluído?
90	T2: Foram dois anos e, se não me engano, foi no Tribunal da Relação. Não tenho bem a certeza, mas penso que foi isso mesmo.
91	Entrevistador: Se existir necessidade depois posso precisar que confirme.
92	T2: Sim, tenho que ver a decisão. Não sei dizer.
93	Entrevistador: Acredita que o tempo de espera pela decisão judicial afetou significativamente a sua vida profissional e pessoal?
94	T2: Sim. Enquanto perdurou a incerteza, foi angustiante. Ficámos sempre com receio de que o IPATH e todo este processo acabassem por minimizar o impacto financeiro – que, de facto, foi muito grande, com um corte significativo. Mas, depois de resolvido e com o passar do tempo, isso dissipou-se. Já não sinto nada disso. Na altura, sim, mas hoje em dia já passou.
95	Entrevistador: Em relação aos desafios legais do processo. A Seguradora impôs obstáculos ao reconhecimento dos seus direitos ou tentou minimizar a gravidade da condição?
96	T2: Sim, apesar de reconhecerem o acidente de trabalho e já terem reconhecido o IPP de 5%, queriam manter esses 5%, mesmo tendo havido um agravamento das minhas condições a nível físico. Assim, o processo todo foi sempre a contestar tudo o que era apresentado.
97	Entrevistador: Sentiu que os seus argumentos e documentação médica foram considerados de forma justa pelos sistema judicial?
98	T2: Sim.
99	Entrevistador: O sistema jurídico foi ágil e eficiente no seu caso ou enfrentou atrasos excessivos?
100	T2: Isso é uma opinião pessoal, porque, tendo em conta que há pessoas que perderam a vida e cujos processos judiciais se arrastam por 10, 12 anos, considero que o facto de o meu acidente de trabalho ter estado sempre a decorrer – e, se não me engano, ter durado dois anos – não pode, de forma alguma, ser considerado ágil. No entanto, acabo por considerar o processo eficiente, pois foi ao encontro do que entendo como justo, resultando num desfecho positivo.
101	Entrevistador: A perícia médico-legal, para confirmar a IPATH foi conduzida de forma justa e transparente?
102	T2: Sim.
104	Entrevistador: Considera que a legislação nacional e comunitária oferece proteção adequada aos Tripulantes sinistrados? Existem lacunas que considera necessárias corrigir?
106	T2: Eu acho que o sistema oferece proteção aos tripulantes. As lacunas surgem a partir do momento em que tens um acidente de trabalho e, tanto tu como a própria seguradora, ao longo das diferentes fases, o reconhecem como tal. Tens de reportá-lo, passar pelo gabinete de medicina aeronáutica e, posteriormente, pela seguradora. Considerando todos esses passos, não deveria ser necessário recorrer ao tribunal. Se tens um acidente de trabalho e deves estar a 100% das tuas capacidades para estar apto – ou seja, se a 99% não funciona, a 98% não funciona, tem de ser 100% –, então, se existe uma incapacidade, não podes trabalhar. Não deveria haver esse tempo de espera. Deveria existir, eventualmente, uma jurisprudência que determinasse que, assim que fosse reconhecido um acidente de trabalho e uma incapacidade – independentemente do grau –, o IPATH tivesse de ser atribuído. Ponto.
111	Entrevistador: Recebeu apoio de sindicatos e associações para defender os seus direitos?
113	T2: Não.
115	Entrevistador: Em relação às reflexões e melhorias no sistema, que alteração pode sugerir na legislação para reforçar a proteção dos tripulantes sinistrados?
117	T2: Deveria existir uma jurisprudência clara nas decisões: a partir do momento em que te magoas a bordo, tens de ter um IPATH – como o próprio nome indica, Incapacidade Permanente Absoluta para o Trabalho Habitual. É simples: não podes continuar a trabalhar. Já não sei de cor qual é a lei, mas creio que é de 2008. Sei que a legislação europeia publicada nesse ano está escrita, assinada e reconhecida a nível global. Não há muito a discutir: se te magoaste a bordo e o acidente é reconhecido como acidente de trabalho, tanto pela companhia como pela seguradora, então o processo deveria ser apenas um pro forma para determinar o grau de incapacidade. A questão não deveria ser se existe ou não um IPATH, pois este deveria estar garantido. O foco deveria ser exclusivamente na avaliação do grau de incapacidade, a fim de definir a indemnização e as respetivas prestações, se assim as podemos chamar.
121	Entrevistador: O que recomendaria a um tripulante que esteja a enfrentar um processo semelhante ao seu?
123	T2: Não vacilar. Só isso.
125	Entrevistador: Só isso?

127	T2: E lutar... lutar pelos seus direitos.
129	Entrevistador: Muito obrigado.

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

T3 - TRIPULANTE DE CABINE 3

1	Entrevistador: Em relação a esta entrevista, vou passar a identifica-lo para objeto de estudo como o Tripulante 3 [T3]. Em qualquer referência feita na dissertação, será o tripulante 3, o T3. Peço autorização para a gravação da entrevista.
2	T3: Sim.
3	Entrevistador: É portador de uma incapacidade permanente parcial que determinou uma inaptidão em definitivo para o voo decorrente de um acidente de trabalho nas funções de tripulante de cabine?
4	T3: Sim.
5	Entrevistador: Pode detalhar a natureza de capacidade?
6	T3: Tenho uma incapacidade de 2% no pé esquerdo, devido a um acidente de trabalho, onde cortei o pé até ao tendão enquanto exercia a minha função. Depois, fui operado, mas nunca ficou bom. É preciso detalhar muito?
7	Entrevistador: Em resumo, como ocorreu o acidente de trabalho e quais foram as lesões resultantes?
8	T3: O acidente ocorreu no meio do serviço, no avião, onde, ao abrir uma garrafa de vinho, ela partiu e, ao cair, furou as calças, as meias e o pé, indo até ao tendão. Lesões resultantes... fiquei com... Fiquei com pouca mobilidade no pé. O pé incha muito, porque aquilo atingiu o tendão tibial posterior e nunca mais tive a mesma... a mesma mobilidade no pé. E ficou... aliás, ao voar, incha muito e dói... dói bastante.
9	Entrevistador: Como que idade iniciou o seu percurso profissional de tripulante de cabine e qual a sua idade à data da inaptidão em definitivo para o voo?
10	T3: Deixe-me ver... Eu comecei como tripulante de cabine com... 24 anos. E tive inaptidão em definitivo para o voo em 2017, quando eu tinha... 40?
11	Entrevistador: Como foi o processo médico desde o acidente de trabalho até à decisão de inaptidão em definitivo para o voo?
12	T3: Bom, o acidente de trabalho, como já disse, ocorreu a bordo e foi a caminho de Manaus. Eu fui cozido em Manaus e eles não tiraram radiografias, não fizeram, como se diz?... uma... uma ecografia. Não fizeram nada, apenas cozeram. Depois, vim para Lisboa e fui ao [Gabinete] Medicina do Trabalho A. No [Gabinete] Medicina do Trabalho A, disseram que a costura estava bem, estava bonito, e pediram para voltar daí a 10 dias. Voltei daí a 10 dias. Já me queixava de que havia algo que não me fazia sentir bem, mas diziam que era da cicatrização. Fui enviado novamente para a Companhia de Seguros A. A Companhia de Seguros A disse também que estava tudo bem. Entretanto, quando fui tirar os pontos, disseram-me que, em mais uns dias, estaria apto. Eu, novamente, queixei-me de que alguma coisa não estava bem e mandaram-me para a Companhia de Seguros A. A Companhia de Seguros A pôs mais um tempo de baixa, sem fazer exames nenhuns. Voltei à [Gabinete] Medicina do Trabalho A e quiseram dar-me alta médica para o voo. Eu apenas me queixei de que o pé dóia bastante. Cada vez que fazia alguns movimentos, sentia alguma coisa a rasgar cá dentro. Enquanto não exigiu fazer uma ecografia, insistiram que eu estava bem. Mas, como insisti muito, acabaram por mandar fazer uma ecografia através da Companhia de Seguros A. Na ecografia, viu-se que eu tinha vidros no tendão, a roçar no tendão e a desfazê-lo. Entretanto, tive de ser operado de imediato, porque o médico disse que não estava com bom aspeto. Após a operação, a recuperação foi um bocado lenta, porque era no pé, e depois ainda tive vários meses de fisioterapia. Mas o pé nunca mais foi o mesmo, nunca mais ficou livre de lesão e de dores. Entretanto, disseram que não podiam fazer mais nada e voltaram a mandar-me para a [Gabinete] Medicina do Trabalho A. O [Gabinete] Medicina do Trabalho A fez uma consulta de regresso ao voo e disse para eu experimentar voar, para ver como me sentia. Eu tentei voar. O pé inchava muito, doía muito. Voltei para baixa, meteram-me mais fisioterapia e isto passou-se duas, três vezes, até que a Companhia de Seguros A disse que não fazia mais nada e a [Gabinete] Medicina do Trabalho A disse que também não podia fazer mais nada. Eu disse que não voava dessa maneira. Então, resolveram marcar-me uma junta médica, onde fui considerado inapto definitivamente para o voo, devido aos exames que tinha e às dores que sentia.
13	Entrevistador: Voltou a exercer funções após o acidente? Se sim por quanto tempo até a decisão?
14	T3: Voltei a exercer, mas de forma faseada. Voltava, fazia dois voos e voltava a ficar de baixa. Voltava, fazia três ou quatro voos e voltava a ficar de baixa. O tempo... não consigo precisar bem o tempo. Da parte do acidente de trabalho até à inaptidão definitiva para o voo, que engloba a recuperação, a fisioterapia e as tentativas de voar, isso foram cerca de dois anos e meio.
15	Entrevistador: Os critérios médicos para a sua inaptidão em definitivo para o voo foram claramente explicados por parte do Gabinete de Medicina do Trabalho? Entendeu porque não poderia continuar a exercer funções como tripulante de cabine?
16	T3: Sim, foi explicado. Já na Companhia de Seguros A, quando passaram os formulários da incapacidade, explicaram-me logo que, com incapacidade, eu não poderia exercer o trabalho. Na [Gabinete] Medicina do Trabalho A, ninguém faz muita força para isso, porque preferem ter o tripulante. Eu tentei, não consegui e, então, acabei por não... não voar mais. Entretanto, com a junta médica, fiquei inapto. Já tinha tido uma no Hospital L, e eles disseram que também não tinham solução para mim. Na [Gabinete] Medicina do Trabalho A, decidiram então dar-me inaptidão definitiva.
17	Entrevistador: Os exames e avaliações médicas realizados foram suficientes e adequados para determinar a sua inaptidão em definitivo para o voo?
18	T3: Eu calculo que sim, porque fiz exames médicos na [Gabinete] Medicina do Trabalho A, no Hospital L através da seguradora e ainda tive mais exames feitos a mando do Gabinete de Medicina Legal.
19	Entrevistador: Solicitou uma segunda opinião médica antes da decisão final? Houve divergências entre os pareceres médicos?
20	T3: Eu não solicitei uma opinião médica antes da decisão final, porque, na junta médica do Hospital L, onde tinha cerca de 5 ou 6 médicos, as opiniões divergiam. Para já, porque havia certos médicos que não tinham noção da realidade do que é trabalhar a bordo e das consequências de lesões nos pés, quando temos de estar a fazer quilómetros para trás e para a frente e do esforço que tem de se fazer num pé durante um voo inteiro. Por isso, houve divergências nessa junta médica. Em caso de tribunal, não tive

	divergências. A própria Companhia de Seguros A admitiu logo a lesão, admitiu a incapacidade e não contestou a incapacidade para o trabalho habitual.
21	Entrevistador: Considera que os critérios médicos utilizados foram justos e coerentes com a sua condição de saúde?
22	T3: Justos não considero, porque eles atribuem exatamente o mínimo que me podem dar de incapacidade. Os graus de incapacidade, as tabelas, para mim, não são ajustadas. E pronto, tive que me contentar com o que tenho, apenas não concordo muito.
23	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo pelo Gabinete de Medicina do Trabalho da companhia aérea, foi encaminhado para o Gabinete de Medicina aeronáutica?
24	T3: Não.
25	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo? Em caso afirmativo, considera que foi suficiente?
26	T3: Não, não recebi nada.
27	Entrevistador: Houve uma comunicação clara entre a Medicina do Trabalho, a companhia aérea e o Gabinete de Medicina aeronáutica sobre a sua situação?
28	T3: A comunicação, se foi feita, foi entre eles, porque... eu não... eu não participei em nada disso. Eu próprio é que fui entregar os elementos à Companhia Aérea A, e esta teve que reportar à autoridade aeronáutica. Como o fazem, já desconheço.
29	Entrevistador: Considera que os processos médicos atuais garantem uma decisão imparcial e equilibrada ou há influência de companhias aéreas, seguradoras ou outras partes interessadas?
30	T3: Decisão imparcial? Não acredito. Eles tentam sempre que não haja incapacidades e que não haja custos para eles.
31	Entrevistador: Qual o impacto da decisão de inaptidão em definitivo para o voo na sua vida profissional e pessoal?
32	T3: É um grande impacto, é uma grande mudança, não é? A carreira era construída com base em... em ser apto para voar. Tive que mudar completamente os meus hábitos, a carreira profissional, e adaptar-me a tudo o que era novo para mim, porque há muitos anos que já trabalhava a bordo. A única parte vantajosa foi ter mais tempo para a família.
33	Entrevistador: O que mudaria no processo da avaliação médica, tanto da Medicina do Trabalho como da medicina aeronáutica para torná-lo mais justo e transparente?
34	T3: Penso que com médicos imparciais...sem interesses.
35	Entrevistador: Em relação à responsabilidade social corporativa da companhia aérea. Qual foi a primeira ação da companhia aérea após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo? Houve um contacto formal para discutir os próximos passos?
36	T3: Durante os primeiros dias, nem sequer fui informado de nada. Quando se recebe a inaptidão, dão-nos um papel com a inaptidão e dizem que a Companhia Aérea A irá contactar-nos. No meu caso, a Companhia Aérea A, no acordo de empresa, tem a obrigatoriedade de nos arranjar um posto em terra. Entretanto, sim, ligaram-me e fui falar com a pessoa dos recursos humanos exatamente por isso.
37	Entrevistador: A empresa ofereceu algum suporte imediato após a decisão de inaptidão em definitivo? Se sim quais medidas foram implementadas?
38	T3: Não.
39	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo, foi implementado um plano de acompanhamento médico?
40	T3: Não.
41	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico imediato após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo? Caso contrário, acredita que este apoio teria sido essencial?
42	T3: Não recebi. Acredito que, em muitos casos, seja importante. No meu caso, pronto, não senti falta. Como disse anteriormente, ter mais tempo para a família ajudou-me muito.
43	Entrevistador: Após a inaptidão em definitivo para o voo, a empresa ofereceu outra função dentro da organização? Se sim quais as opções e categoria profissional?
44	T3: A Companhia Aérea A ofereceu, sim. Não tinha outro remédio. As opções são poucas, e a categoria é exatamente a mais baixa que eles nos podem dar.
45	Entrevistador: Qual foi a função e a categoria profissional?
46	T3: A função? Meteram-me a trabalhar na manutenção de componentes, uma coisa que eu nunca tinha visto na vida, que não fazia parte das minhas competências. Em vez de aproveitarem o conhecimento e o know-how das pessoas que vêm de bordo para tentar ajudar nessas áreas onde realmente têm experiência, empurram-nas para os cantos da empresa. Quanto à categoria profissional, meteram-me numa que já nem existe, porque nem sequer tinha definição nenhuma. Era mesmo para as pessoas não poderem subir profissionalmente.
47	Entrevistador: Teve acesso a programas de requalificação profissional para essa função? A companhia aérea forneceu formação para essas novas funções?
48	T3: A formação é dada por um colega que trabalha connosco, e vai-se aprendendo. Não tive grande formação, uma qualificação profissional... isso não tive, isso não tive. A formação funciona como um on-job, a trabalhar com outra pessoa.
49	Entrevistador: Se foi reintegrado houve progressão na carreira e/ou evolução salarial?
50	T3: Após 10 anos, finalmente consegui uma progressão na carreira, com uma pequena evolução salarial.
51	Entrevistador: A organização possui um seguro de inaptidão em definitivo para o voo ou aplicável a Tripulantes com incapacidade permanente parcial decorrente de acidente de trabalho?
52	T3: Bem, nós temos um seguro quando estamos em acidente de trabalho... permanente parcial, sim, temos.
53	Entrevistador: A empresa garantiu o pagamento de compensações financeiras e benefícios legais associados a esse seguro?
54	T3: Sim, é um seguro que nós temos, é mesmo a empresa que trata disso. É pago... pago em parte por eles, em parte por nós.

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

55	Entrevistador: Recebeu apoio jurídico e administrativo da companhia aérea para entender e reivindicar os seus direitos laborais?
56	T3: Não.
57	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo, a empresa manteve contacto regular ou sentiu-se desamparado?
58	T3: Eu acho que me senti mais desamparado. O contacto é apenas o estritamente necessário.
59	Entrevistador: O Departamento de Recursos Humanos ou o Gabinete de Segurança e Saúde do Trabalho prestaram um apoio durante a sua transição?
60	T3: Não.
61	Entrevistador: A empresa possui políticas eficazes de responsabilidade social para apoiar tripulantes sinistrados? Quais as boas práticas que identificou e o que poderia ser melhorado?
62	T3: Para já, penso que as políticas são algo que poderia ser melhorado. Tanto é que, no meu caso, a assistência médica foi inexistente. Fui eu, mais outro tripulante, com uma pessoa de terra no Brasil, a um posto de suturação, porque não tivemos apoio nenhum por parte de quem era suposto dar esse apoio médico ou lidar com estes casos dentro da empresa. E, segundo o que sei, isto acontece com muita gente. Sempre que se está fora da base, o apoio que se tem aos cuidados médicos não é adequado.
63	Entrevistador: Se pudesse retroceder no processo, o que acredita que a companhia aérea deveria ter feito de forma diferente no seu caso?
64	T3: A Companhia Aérea A, através da [Gabinete] Medicina do Trabalho A, deveria ter feito logo todos os testes para ver o que se passava, e não esperar meses para fazer uma simples ecografia, que revelou exatamente o problema que eu tinha.
65	Entrevistador: E mais concretamente a nível de responsabilidade social corporativa enquanto organização para com o seu colaborador?
66	T3: Diz-me outra vez, que eu não estou a perceber o que disseste... Desculpa, diz-me outra vez...
67	Entrevistador: Se pudesse retroceder no processo, o que acredita que a companhia aérea enquanto organização deveria ter feito de forma diferente no seu caso enquanto colaborador... perspectiva da organização para o colaborador, entidade patronal para o funcionário?
68	T3: Para já, na parte da Companhia Aérea A, a nossa chefia deveria dar outro tipo de apoio, coisa que nunca, nunca fizeram. Nunca me contactaram, nunca me disseram nada. Uma pessoa sente-se desamparada... a vida muda toda. A segunda coisa é que acho que a Companhia Aérea A devia ter um melhor suporte, um melhor apoio para quem passa por estas situações, e tentar enquadrar a pessoa da melhor forma possível numa área adequada a ela – e não simplesmente colocá-la onde há falta, só porque sim.
69	Entrevistador: Teve de recorrer a um processo legal para assegurar os seus direitos? Se sim, em que momento isso ocorreu?
70	T3: Sim, tive que entrar com um processo por mim para o IPATH, porque... porque a [Gabinete] Medicina do Trabalho A, assim que me declara inapto definitivamente para o voo, faz com que passe a ser um processo entre o tripulante e a Companhia de Seguros A. Eu tive que o fazer a nível pessoal.
71	Entrevistador: Em que altura?
72	T3: Isso foi feito logo a seguir, assim que recebi a incapacidade... parcial, não... a incapacidade, sim, parcial permanente. Com a inaptidão definitiva para o voo, tive que dar entrada com o processo.
73	Entrevistador: Moveu uma ação judicial para reconhecimento de Incapacidade Permanente Absoluta para o Trabalho Habitual, IPATH?
74	T3: Sim.
75	Entrevistador: A decisão final confirmou a sua IPATH?
76	T3: Sim.
77	Entrevistador: Quanto tempo durou o processo legal até a decisão final e em que instância o caso foi concluído?
78	T3: O processo, desde que deu entrada até estar terminado, demorou 12 a 13 meses. Foi resolvido logo na primeira instância.
79	Entrevistador: Acredita que o tempo de espera pela decisão judicial afetou significativamente a sua vida profissional e pessoal?
80	T3: Sim, afeta sempre. Financeiramente, afeta. Claro que, psicologicamente, também afeta, porque é uma preocupação com toda a mudança, e os processos arrastam-se durante muito tempo. É lógico que as pessoas ficam um bocado psicologicamente afetadas... e financeiramente, nem se fala.
81	Entrevistador: A Seguradora impôs obstáculos ao reconhecimento dos seus direitos ou tentou minimizar a gravidade da sua situação?
82	T3: Sim e não. Por conversa, tentaram inicialmente. Quando chegou à junta médica no tribunal, aceitaram tudo e não fizeram objeções.
83	Entrevistador: Sentiu que os seus argumentos e documentação médica foram considerados de forma justa pelo sistema judicial?
84	T3: Os meus argumentos?... Sim, sim. Não tenho nada a apontar. O meu interesse era ter o IPATH, e o sistema judicial confirmou.
85	Entrevistador: O sistema jurídico foi ágil e eficiente no seu caso ou enfrentou atrasos excessivos?
86	T3: Dada a realidade de Portugal, até não foi muito demorado. Mas, como sabemos, a realidade em Portugal não serve de exemplo. Os processos deviam ser mais expeditos, e demorar 12 a 13 meses para ter uma junta médica, onde se confirma logo e sai a decisão do tribunal sem contestação, acaba por ser demorado.
87	Entrevistador: A perícia médico-legal, junta médica, para confirmar a sua IPATH, foi conduzida de forma justa e transparente?
88	T3: Sim.
89	Entrevistador: Considera que a legislação nacional e comunitária oferece proteção adequada aos Tripulantes sinistrados, ou existem lacunas que consideram necessárias corrigir?

90	T3: A legislação que mais nos protege não é a nacional. Um tripulante de cabine, em caso de acidente de trabalho, está abrangido pela legislação da EASA. A legislação nacional não é propriamente um exemplo de proteção. A que realmente nos protege é uma lei da EASA, a nível europeu.
91	Entrevistador: Indique, por favor, lacunas da legislação nacional.
92	T3: A nossa legislação nacional é omissa nessas partes. Em termos de proteção a Tripulantes sinistrados, há uma lacuna exatamente por essa omissão. É por isso que temos essa lei na EASA, uma lei europeia.
93	Entrevistador: Recebeu apoio de sindicatos ou associações para defender os seus direitos? Esse suporte foi relevante?
94	T3: Não. Tentei, mas não tive apoio nenhum.
95	Entrevistador: Que alteração pode sugerir na legislação para reforçar a proteção dos Tripulantes sinistrados?
96	T3: A única coisa que posso sugerir é introduzir na legislação nacional exatamente o que está na EASA. Um tripulante com incapacidade não deve, e não pode, exercer funções.
97	Entrevistador: Para terminar, o que recomendaria a um tripulante que esteja a enfrentar um processo semelhante ao seu?
98	T3: Recomendo paciência, acima de tudo, calma e paciência, porque é um processo moroso e complicado. A Companhia de Seguros A tenta de tudo para não ficarem responsáveis pela compensação, porque esta acaba por ser vitalícia, e para elas isso não é bom. Tentam de tudo para que não seja atribuído o IPATH. É bom ter um bom aconselhamento jurídico, um advogado experiente na área.
99	Entrevistador: Dou por encerrada a entrevista. Muito Obrigado.

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

T4 - TRIPULANTE DE CABINE 4

1	Entrevistador: Antes de mais, muito obrigado por aceder ao meu convite para a realização desta entrevista. Será o Tripulante 4 [T4], em qualquer referência feita no trabalho. Peço a autorização para fazer a gravação da entrevista.
2	T4: Claro que sim.
3	Entrevistador: Muito obrigado. É portadora de uma incapacidade permanente parcial que determinou uma inaptidão em definitivo para o voo decorrente de um acidente de trabalho nas funções de tripulante de cabine?
4	T4: Sim.
5	Entrevistador: Pode detalhar a natureza da incapacidade?
6	T4: É um IPATH. Foi-me atribuído, mas já não me lembro ao certo, porque foi penoso para mim. Uma incapacidade para o voo... pronto.
7	Entrevistador: Em resumo, como ocorreu o acidente de trabalho e quais foram as lesões resultantes?
8	T4: O acidente ocorreu à saída da navette, que faz o transporte do parque para o terminal de tripulação. À saída da carrinha, ao colocar o trolley fora da mesma, bati com o ombro esquerdo no braço hidráulico que ajuda a porta a fechar e a abrir. Com o impacto, desequilibrei-me e caí. Caí e fiquei entre a estrada – digamos assim – e o lancil do passeio, com o meu trolley a apara-me a cara, enquanto o resto do corpo ficou na estrada. O senhor da carrinha, como deixou de me ver, achou que eu já tinha entrado no terminal de tripulação e avançou com a carrinha, passando-me com a roda por cima do tornozelo direito. Posto isto, a dor foi imensa. Isto aconteceu no verão, eu estava de farda, com um vestido, e o alcatrão queimou-me o joelho. Fiquei com aquelas feridas de abrasão do alcatrão, a perna cheia de sangue, mas nunca achei que tivesse a gravidade que realmente tinha. Portanto, fiz uma queimadura no joelho. Depois, quando os colegas que estavam lá tentaram ajudar-me a levantar, eu já não consegui... pronto. O tornozelo inchou e, dali, fui para [o Gabinete de] Medicina do Trabalho A, que foi o primeiro impacto que tive após o acidente. Bom, foi assim. O acidente, basicamente, foi isto. Foi isto que aconteceu.
9	Entrevistador: Acabaram por ser que lesões?
10	T4: A lesão, como estava a dizer, assustou-me por causa do joelho, porque fiz uma fricção grande no alcatrão e com as meias, o sangue ensopou e espalhou-se. Portanto, parecia que tinha um dano maior, até porque senti uma dor muito forte no tornozelo, mas que irradiava até ao joelho. Inicialmente, achei que tivesse sido algo no joelho. Só quando tentei pôr-me de pé é que percebi que o joelho era apenas uma ferida e, a partir daí, já não consegui pousar o pé no chão, porque ficou muito inchado. Pronto, e aí chamaram a ambulância, e lá fui para a Medicina do Trabalho A. A partir daqui, começou a desenrolar-se um quadro mais negro, mais complicado – também por minha parte –, porque sempre achei que isto fosse apenas uma entorse ou uma rotura de ligamentos. Desde o início, foi dito quase como um tiro certo, como se costuma dizer, que eu tinha de dizer adeus aos aviões. Pronto, foi-me posto logo isto assim. O que me foi explicado é que o tendão esticou como se fosse um elástico. Com a sua elasticidade no máximo, esticou e, depois, quando tentou voltar à posição normal, já não recuperou a elasticidade que era suposta. Eles até chamam a este estado "laxo". Nós dizemos que algo está "laxo", como um cordão ou uma corda, e eles chamam-lhe "laxo". Portanto, o meu tendão esticou e, quando voltou à posição, ficou completamente sem elasticidade, ficou solto. Foi assim que me descreveram o que aconteceu. E pronto, depois, a partir daí – isto foi em agosto –, começou o rol de tratamentos: fisioterapia, consultas, opiniões... Tudo dentro do âmbito do que é um acidente de trabalho, com tudo o que isso implica, sempre pela seguradora. Obviamente, também fui tentando perceber, por minha conta, o que estava realmente a acontecer. Porque, como disse, o cenário foi logo muito negro. Basicamente, disseram-me logo: "Você está arrumada." Insurgi-me um bocadinho contra isso, até porque, na altura do acidente, estava em vias de ser promovida a Supervisora. Estava a chegar ao topo da minha carreira e ainda gostava muito de voar. Gostava mesmo muito de voar. Portanto, para mim, foi lutar contra moinhos de vento enormes... mas pronto, não consegui, e foi-me dada a incapacidade.
11	Entrevistador: Com o que idade iniciou o seu percurso profissional de tripulante de cabine e qual a idade e à data da inaptidão em definitivo para o voo?
12	T4: Então, iniciei a minha carreira na aviação em 1987. O meu acidente foi em 2016, portanto... vai fazer... ajuda-me... 16?
13	Entrevistador: 30 anos... ou 29 anos?
14	T4: Este ano faço 36 anos na Companhia Aérea A. Desde 1988... exatamente, faço 36 anos. Deixei de voar há 6 anos, ou seja, voei durante 30 anos.
15	Entrevistador: Como foi o processo médico desde o acidente de trabalho até a decisão de inaptidão em definitivo para o voo?
16	T4: Foi moroso, com muitos saltos de um lugar para outro. Houve uma parte que foi muito rápida, que foi a avaliação no IML, no Instituto de Medicina Legal – essa foi muito rápida. Depois, o processo retrocedeu um bocadinho, porque houve um médico que achou que, com uma operação, talvez não recuperasse totalmente, mas pudesse ganhar confiança na minha perna. O que é que o acidente, basicamente, me fez? Eu não coxeio. Se olharem para mim a andar, não tenho danos visíveis. O que acontece é que, por exemplo, se eu quiser fazer o chamado "pé-coxinho" com a perna esquerda, consigo. Mas, com a perna direita, o meu joelho cede. A partir daí, disseram-me que, como chefe de cabine, teria que abrir uma porta. A porta do avião abre para fora, portanto, é esta parte direita do corpo que vai para fora – e inclusivamente a perna. Se me caísse um passageiro na cabine, para o levantar e socorrer, também não teria força suficiente para o fazer. Foi com base nestes pressupostos – do que era ser chefe de cabine, mais do que apenas tripulante – e das funções que me eram atribuídas, que se concluiu que eu estava muito limitada. Ou melhor, estas limitações levaram à decisão da minha incapacidade. De resto, correu tudo bem. Não tenho nada a apontar à forma como fui tratada. Não houve nada que eu não fizesse, nem exame nenhum que não tivessem feito. Mas, desde o início, achei sempre que era: "OK, vamos fazer, mas isto é porque tem que ser feito, é o protocolo dos seguros." Pronto, e foi assim.
17	Entrevistador: Voltou a exercer funções após o acidente?
18	T4: Não, após o acidente, jamais voltei a voar como tripulante.

19	Entrevistador: Os critérios médicos para a inaptidão em definitivo para o voo foram claramente explicados por parte do Gabinete de Medicina do Trabalho? Entendeu porque não poderia continuar a exercer funções como tripulante de cabine?
20	T4: Pelos serviços médicos da Companhia Aérea A, certo? Neste caso, a nossa Medicina do Trabalho A. Não. Nunca me foi... Senti que, ali na Medicina do Trabalho A, achavam que era apenas mais um caso. Pronto, era mais um caso. Havia, com certeza, casos se calhar mais graves que o meu, mais visíveis. Porque eu andava, não coxeava, portanto... não. Da Companhia de Seguros A, sim, e dos médicos das Companhia de Seguros A, sim. Digamos que tive acompanhamento e esclarecimento da parte dos serviços médicos da Companhia Aérea A? Não.
21	Entrevistador: Os exames e avaliações médicas realizados foram suficientes e adequados para determinar a inaptidão em definitivo para o voo?
22	T4: Foram...foram.
23	Entrevistador: Solicitou uma segunda opinião médica antes da decisão final?
24	T4: Eu sempre tive segundas opiniões, só que, na prática, não servem para nada. Se estamos num acidente de trabalho, temos que seguir os médicos que nos são atribuídos pela Companhia de Seguros A e pelos protocolos que assim o exigem. Tudo o que vem de fora... pronto, é para nós, mas, em termos de processo de acidente de trabalho, uma segunda opinião fora da Companhia de Seguros A não conta como tal. Fiz para mim, não para a Companhia de Seguros A.
25	Entrevistador: Existiram divergências nesses pareceres médicos?
26	T4: Nos pareceres médicos, nunca houve divergência. Houve, sim, uma dúvida. Chegou a ser posta a hipótese de me colocarem o que eles chamam de uma âncora em titânio no tornozelo, de forma a melhorar a minha sustentação ou evitar futuras quedas – que continuo a ter. Mas, depois, concluíram que, tendo em conta a recuperação, a minha idade e tudo o mais, já não valeria a pena fazer isso para a profissão.
27	Entrevistador: Considera que os critérios médicos utilizados foram justos e coerentes com a sua condição de saúde?
28	T4: Considero.
29	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão definitiva para o voo pelo Gabinete de Medicina do Trabalho da companhia aérea, foi reencaminhada para o Gabinete de Medicina Aeronáutica?
30	T4: Não percebo, peço desculpa.
31	Entrevistador: A Medicina do Trabalho não é o mesmo que o Gabinete de Medicina Aeronáutica. Hoje em dia, verifica-se muito isso no edifício onde a Medicina do Trabalho A está. O Gabinete de Medicina Aeronáutica fica no segundo piso e é o único gabinete acreditado pela ANAC para retirar a licença médica, o Unfit to Fly. O que eu pergunto é – dado o conhecimento que tenho pelo menos nos moldes atuais –, se, a partir do momento em que alguém é considerada inapta no Gabinete de Medicina do Trabalho, vulgo Medicina do Trabalho A, deve ou não ser reencaminhada para o Gabinete de Medicina Aeronáutica, para que o seu certificado médico seja alterado para Unfit. Isso aconteceu na época?
32	T4: Aconteceu.
33	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo?
34	T4: Pela entidade patronal, não. Mas eu também nunca propus nem sugeri isso. Fiz por fora.
35	Entrevistador: Houve uma comunicação clara entre a Medicina do Trabalho, a Companhia Aérea e o gabinete de Medicina Aeronáutica sobre a sua situação? Na sua percepção, claro.
36	T4: Sim.
37	Entrevistador: Considera que os processos médicos atuais garantem uma decisão imparcial e equilibrada, ou há influência das Companhias Aéreas, Seguradoras e outras partes interessadas?
38	T4: Eu acho que há interesses e há coisas que nos escapam. Mas, no meu caso, nunca senti isso na parte dos tratamentos que me foram feitos, nem nos diagnósticos que me apresentavam. Comecei a notar isso na parte final, quando chegou a altura da chamada indemnização. Aí, sim, senti.
39	Entrevistador: Por exemplo, na decisão de inaptidão em definitivo para o voo, não sentiu isso?
40	T4: Não.
41	Entrevistador: Qual o impacto da decisão de inaptidão em definitivo para o voo na sua vida profissional e pessoal?
42	T4: O impacto foi brutal. Hoje já consigo falar nisto, mas foi muito grande, porque, pronto... isto é a chamada lei de Murphy, e, na minha vida, estava a acontecer tudo ao mesmo tempo. O meu filho estava a acabar o curso de piloto, e eu andava ali, mortinha, para um dia voar com ele. Estava a mudar de casa. Estava em pleno verão e, quando acabasse o verão, iria para supervisora. Portanto, estava tudo em ebulição e, de repente, tudo isso foi pelo cano... tirando a parte do meu filho. Não fui para supervisora. Não voltei a voar. Já não mudei de casa, porque, entretanto... separei-me. Foi difícil lidar comigo nessa altura. Se calhar... digo eu. O impacto do acidente foi muito grande na minha vida, o chamado castelo de cartas desmoronou. Já para não falar na parte financeira, não é?
43	Entrevistador: O que mudaria no processo da avaliação médica, tanto da Medicina do Trabalho como da medicina aeronáutica, para torná-lo mais justo e transparente?
44	T4: O que eu mudaria neste processo, em que há cruzamento de informação entre os médicos de medicina aeronáutica, as seguradoras e os centros de saúde, onde somos encaminhados para fazer fisioterapia e tudo isso, era uma maior comunicação entre eles. E não seria de todo disparatado incluir, por exemplo, um médico de família neste processo. Porquê? No meu caso, quando há bocado, na pergunta anterior, me foi questionado se tinha tido apoio psicológico, eu não tive da parte da Companhia Aérea A, mas também não quis. Mas, com a minha médica de família, tive. Portanto, quando falo no médico de família, falo mesmo no sentido de que já me conhece há 30 anos, sabe como eu sou. Isso poderia ajudar bastante na elaboração dos processos e dos relatórios médicos, porque é difícil para um médico que nunca me viu ter uma consulta comigo e perguntar: "Mas gostava de voar? Qual era o voo que gostava mais?" E pronto, olhar para mim, estar no computador e, a partir daí, elaborar um relatório. Numa fase

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

	destas, acho que era importante haver mais abertura entre eles. Eles fecham-se muito na Medicina do Trabalho A. Eles falam... e fecham-se. A Companhia de Seguros A, aquilo parece que é tudo muito sigiloso. Além disso, cada vez que vais, é um médico diferente, em zonas diferentes. Corri quase todos... fisioterapia, ginástica aquática e tudo mais. Portanto, acho que, nesse campo, poderiam colaborar mais uns com os outros.
45	Entrevistador: Muito obrigado. Mudemos agora um pouco de foco. Vamos focar-nos na responsabilidade social corporativa por parte da companhia aérea. Qual foi a primeira ação da companhia aérea após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo? Houve algum contacto formal para discutir os próximos passos?
46	T4: Não. A partir do momento em que foi dada a incapacidade para o voo, há um proforma que temos de tratar com os recursos humanos e tudo isso. A partir daí, é com eles. São eles que arranjam, digamos assim, e que dizem para onde vamos e o que vamos fazer.
47	Entrevistador: Contactaram-na?
48	T4: Contactaram-me dos recursos humanos. Sim.
49	Entrevistador: A empresa ofereceu algum suporte imediato após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo? Quais foram as medidas implementadas?
50	T4: Houve, na medida em que, assim que me foi dada a incapacidade, comecei a trabalhar no mês seguinte.
51	Entrevistador: Portanto, contactaram-na para explicar os passos?
52	T4: Não. Primeiro, os recursos humanos... fui eu que tive que ir até lá. Os recursos humanos contactaram-me para marcar uma reunião e, a partir daí, fiquei à espera de ser contactada para a atribuição de um lugar em terra. E foi isso que aconteceu. Entretanto, chamaram-me – foi muito rápido – e apresentaram-me o que poderia esperar, dentro das minhas habilitações e da minha experiência. Tive sorte. Fui colocada de volta na área do voo, para colaborar com a área do PNC. Na altura, foi só isto.
53	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo foi implementado um plano de acompanhamento médico?
54	T4: Não, nunca mais tive nada relacionado com o meu acidente de trabalho. Foi decretado, foi decretado... e acabou.
55	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico imediato após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo?
56	T4: Não.
57	Entrevistador: Acredita que esse apoio teria sido essencial?
58	T4: Sim.
59	Entrevistador: Após a inaptidão em definitivo para o voo, a empresa ofereceu outra função dentro da organização?
60	T4: Sim.
61	Entrevistador: Quais as opções e a categoria profissional?
62	T4: Eu só tive uma opção, que foi logo dada. Acho que, nessa altura, até se lembraram de mim, por isso fui para a parte da avaliação do PNC. Dada a minha experiência, acharam que eu seria uma mais-valia para essa área, mas sem que interferisse em nada. Eu simplesmente iria analisar os dados e ver quem tinha mais avaliações, menos avaliações...pronto, era só isso. Mas, sim, dentro daquilo que eu conhecia, pelo menos as pessoas em si.
63	Entrevistador: E a categoria profissional?
64	T4: Foi administrativa. Passei a ser a administrativa.
65	Entrevistador: Teve acesso a programas de requalificação profissional para essa função? Isto é, a companhia forneceu formação profissional para essa função?
66	T4: Sim.
67	Entrevistador: Que tipo de formação?
68	T4: Pronto, a partir do momento em que fui para ali, aprendi a trabalhar com Excel, PowerPoint, Word, e todas essas ferramentas informáticas. A empresa facultou a formação necessária, de forma a que eu pudesse estar mais por dentro do que se tratava e do que se fazia naquilo que fui fazer na altura.
69	Entrevistador: Houve progressão na carreira e/ou evolução salarial?
70	T4: Tem havido progressão, dentro daquilo que é normal em terra, pela senioridade. Tanto que comecei com a categoria 1, creio eu, e, neste momento, este ano, subi para a categoria 3 – administrativa de grau 3, ou algo assim.
71	Entrevistador: A organização possui um seguro de inaptidão em definitivo para o voo, aplicável a Tripulantes com incapacidade permanente parcial decorrente de acidente de trabalho?
72	T4: Sim.
73	Entrevistador: A empresa garantiu o pagamento das compensações financeiras e benefícios legais associado a esse seguro?
74	T4: Sim.
75	Entrevistador: Recebeu apoio jurídico ou administrativo da companhia aérea para entender e reivindicar os seus direitos laborais?
76	T4: Não.
77	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo, a empresa manteve contacto regular ou sentiu-se desamparada?
78	T4: Não, não me senti desamparada. Mas também acho que isso se deve ao facto de ter ido parar a um departamento ligado ao voo. Houve colegas que foram para outras áreas e, acho que ali, isso está muito compartimentado – cada área é uma área. Como fui para uma área ligada ao voo, não senti, pelo contrário, que me tivessem posto de lado ou esquecido. Não. Mas sei de casos de pessoas que foram para outras áreas e, sim, sentiram isso. Na área para onde fui, fui bem acompanhada.
79	Entrevistador: O Gabinete de Recursos Humanos ou o Gabinete de Segurança e Saúde no Trabalho prestaram apoio durante essa transição?
80	T4: Nem sei o que responder. Acho que me apoiaram. Poderia ter sido melhor? Poderia. Mas deram-me apoio e acompanharam-me nesta parte. Acompanharam, sim.

81	Entrevistador: A empresa possui políticas eficazes de responsabilidade social para apoiar tripulantes sinistrados.
82	T4: Não.
83	Entrevistador: Se pudesse retroceder no processo o que acredita que a companhia aérea deveria ter feito de forma diferente no seu caso?
84	T4: Aí entramos numa zona de conflito – não propriamente com a Companhia Aérea A, mas com a Medicina do Trabalho A. Acho que essa pergunta, se fosse direcionada à Medicina Aeronáutica, aí sim...em relação à empresa, acho que não tenho nada a acrescentar.
85	Entrevistador: Teve de recorrer a um processo legal para assegurar os seus direitos? Em que momento isso ocorreu?
86	T4: Não, não tive. Tudo isto correu dentro dos trâmites normais, não tive que recorrer a absolutamente nada.
87	Entrevistador: Moveu uma ação judicial para reconhecimento de capacidade permanente absoluta para o trabalho habitual?
88	T4: Não.
89	Entrevistador: Portanto, não houve IPATH no seu caso?
90	T4: Não. Houve IPATH.
91	Entrevistador: Era essa a questão que eu estava a perguntar. Vamos retroceder à pergunta
92	T4: Sim, sim, eu não estava a perceber.
93	Entrevistador: Teve de recorrer a um processo legal para assegurar os seus direitos?
94	T4: Sim.
95	Entrevistador: Em que momento isso ocorreu? Logo imediatamente a seguir a decisão de inaptidão, ou...
96	T4: Estava a decorrer. Estava a decorrer. Dois meses depois...por aí.
97	Entrevistador: Moveu uma ação judicial para o reconhecimento de IPATH?
98	T4: Sim.
99	Entrevistador: A decisão final confirmou a sua IPATH?
100	T4: Sim.
101	Entrevistador: Quanto tempo durou o processo legal até a decisão final? E em que instância o caso foi concluído?
102	T4: Demorou cerca de 18 meses. Em que instância como assim?
103	Entrevistador: Tribunal de Primeira Instância, Tribunal da Relação ou Tribunal Constitucional?
104	T4: Primeira instância.
105	Entrevistador: Acredita que o tempo de espera pela decisão judicial afetou significativamente a sua vida pessoal e profissional?
106	T4: Sim, muito.
107	Entrevistador: A seguradora impôs obstáculos ao reconhecimento dos seus direitos ou tentou minimizar a gravidade da sua situação?
108	T4: Aqui também temos... não sei bem como explicar isto. Vamos lá ver. Nós temos o seguro de grupo. Como funcionários da Companhia Aérea A, temos uma apólice de grupo para acidentes de trabalho. Essa aí, tudo ok. Depois, temos outra, que é de acidentes pessoais. E eu, fora disto, particularmente, tinha um seguro, até porque, na altura dos factos, o meu companheiro era piloto. Tínhamos um seguro de saúde que, infelizmente, era na mesma seguradora da entidade patronal. Quando tive o meu acidente, eles resumiram tudo, ou seja, neste caso, havia duas apólices – uma particular e uma de grupo –, mas eles resumiram tudo a uma só. Portanto, para responder a essa pergunta, em termos de companhia de seguros, não houve nada que contrariasse a apólice de grupo. Foi só na apólice de grupo, mas também é nisso que nos baseamos neste acidente de trabalho. Portanto, não.
109	Entrevistador: Sentiu que os seus argumentos e documentação médica foram considerados de forma justa pelo sistema judicial?
110	T4: Foram.
111	Entrevistador: O sistema jurídico foi ágil e eficiente no seu caso ou enfrentou atrasos excessivos?
112	T4: Enfrentei atrasos. Apanhei muitas vezes greves dos funcionários judiciais, depois as férias...Houve muitos atrasos, falta do representante da Companhia de Seguros A também. Tive a sessão adiada três ou quatro vezes.
113	Entrevistador: A perícia médico-legal, junta médica, para confirmar a sua IPATH foi conduzida de forma justa e transparente?
114	T4: Foi.
115	Entrevistador: Considera que a legislação nacional e comunitária oferece proteção adequada aos Tripulantes sinistrados? Ou existem lacunas que considera necessárias corrigir?
116	T4: Há muitas lacunas que têm que ser corrigidas. Há muitas.
117	Entrevistador: Tais como?
118	T4: Na minha perceção, acho que o aproveitamento dos tripulantes que sofrem acidentes de trabalho é muito mau. Há muitas limitações, muitas falhas, muita incompreensão. Eu, por exemplo, com 30 anos de voo, acho que poderia ter sido uma mais-valia na área da formação de tripulantes. Sei que não posso saltar em mangas, portanto, o salvamento estava fora de questão. Mas havia outras coisas que poderia ter feito, em vez de estar aqui, em casa, a ler relatórios de comandantes. Há muita coisa que poderia mudar nesse sentido.
119	Entrevistador: E, mais em particular, na legislação nacional e comunitária, consegue identificar alguns?
120	T4: Na legislação, pouco ou nada há a fazer, uma vez que nós não temos carteira, não é? Temos um certificado de tripulante, ao contrário dos pilotos, que têm uma perda de licença. Nós não temos nada disso. Temos um certificado que, a meu ver, pouco ou nada vale. Só nestes casos, em que nos é retirado para nos atribuir uma incapacidade, é que ganha alguma relevância. Acho que é isso.
121	Entrevistador: Recebeu apoio de sindicatos ou associações para defender os seus direitos?

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

122	T4: Nada. Deixei de ser sindicalizada a partir do dia do acidente. Aliás, dessindicalizaram-me, não fui eu que me dessindicalizei. Da parte do sindicato, apoio zero.
123	Entrevistador: Que alteração pode sugerir na legislação para reforçar a proteção dos Tripulantes sinistrados?
124	T4: Para proteção, começaria logo por nos ser reconhecida uma licença, e não um certificado. Começaria logo por aí. O certificado não vale nada. O certificado vale dentro do avião. Dentro do avião, se aparecer alguém da ANAC, mostramos aquele papelinho. Cá fora, não serve de nada. Absolutamente nada. Acho que começaria por aí: termos a chamada carteira profissional, que não temos.
125	Entrevistador: O que recomendaria a um tripulante que esteja a enfrentar um processo semelhante ao seu?
126	T4: Primeiro, paciência. É preciso muita paciência. Segundo, além da paciência... sei lá, é acreditar que tudo há de melhorar. Que é mais uma etapa que tem que se ultrapassar e que, pronto, vamos ficar bem. Como se dizia durante a COVID: "Vamos ficar bem." É o que se pode dizer. Não há mais nada que se possa fazer. Não podemos fugir disso. Se for um acidente, como o nome indica, é um acidente. Ninguém está à espera, é imprevisível. Eu ia para Fortaleza... e já não fui.
127	Entrevistador: Muito obrigado.

T5 - TRIPULANTE DE CABINE 5

1	Entrevistador: Muito boa tarde. Como disse, muito obrigado por aceder ao meu convite. Peço de autorização para a gravação da entrevista. Autorizado?
2	T5: Sim, autorizo.
3	Entrevistador: Na dissertação será o Tripulante 5 [T5], está certo? É portador de uma incapacidade permanente parcial que determinou uma inaptidão em definitivo para o voo decorrente de um acidente de trabalho nas funções de tripulante de cabine?
4	T5: Sim.
5	Entrevistador: Pode detalhar a natureza da incapacidade?
6	T5: A incapacidade é a nível físico. Quais são as mazelas com que fiquei ou em termos da percentagem?
7	Entrevistador: Por exemplo...
8	T5: Então, fraturei o ombro direito em três sítios e fraturei o colo do fémur esquerdo e o acetábulo, o osso da bacia. Neste momento, tenho dor neuropática. Já fiz seis cirurgias, porque, quando tive o acidente, tive que colocar parafusos e placas em ambas as articulações. Passado um ano, tive de fazer duas cirurgias para remoção desse material. Depois, fiz uma terceira cirurgia à anca para reconstrução. E agora, no fim de 2023, coloquei uma prótese na anca, porque a dor estava completamente incapacitante – não conseguia sequer andar. Tive que colocar a prótese, mas continuo com dor neuropática e estou agora em processo de reavaliação da nova incapacidade.
9	Entrevistador: Como ocorreu o acidente de trabalho? Fale-me um pouco mais das lesões resultantes.
10	T5: O acidente de trabalho ocorreu no TOD, à chegada a Miami, num voo de Lisboa para Miami. Turbulência severa inesperada. Estávamos a começar a arrumar a galley, e eu estava na galley de trás. Na altura, os drenos da galley estavam entupidos. Tentei despejar as cafeteiras à pressa, vi que o dreno não estava a facilitar, tirei as tampas das cafeteiras e fui despejá-las na sanita mais próxima. No momento em que fiz este movimento, fui completamente cuspidas para o teto. Ao cair, tentei agarrar-me, parti o braço por me ter agarrado e parti a anca assim que bati no chão.
11	Entrevistador: Com que idade iniciou o percurso profissional de tripulante de cabine e qual a sua idade à data da inaptidão em definitivo para o voo?
12	T5: Então, comecei a voar com 24 anos. Comecei noutra companhia aérea, a Companhia Aérea C. Depois, passei para a Companhia Aérea B e, aos 28, entrei para a Companhia Aérea A. Fiquei inapta para o voo com 35 anos.
13	Entrevistador: Como foi o processo médico desde o acidente de trabalho até a decisão de inaptidão em definitivo para o voo?
14	T5: Intenso. Onde sinto que correu melhor foi nos Estados Unidos, porque, realmente, lá têm um tato diferente. O internamento foi longo, perdi imenso sangue, tive que levar uma transfusão durante a primeira cirurgia e fiquei anémica. Tive um longo processo de recuperação e, quando fui transferida para Lisboa, continuei internada. Fiquei praticamente seis meses sem conseguir andar, numa cadeira de rodas. Voltei para casa nesse estado e assim fiquei, em recuperação. Tive alguma sorte com alguns médicos com quem me cruzei – foram bastante humanos. Tive outros que nem tanto, sem qualquer tato, muito desprendidos, porque tratam acidentes de trabalho como se fossem uma espécie de "ronha" das pessoas. Vêem-nos como dramáticos, como se só quiséssemos dinheiro das seguradoras, e não como alguém com queixas reais. Tive esse dilema e algumas chatices com a seguradora, falta de apoio até para casa. O apoio domiciliário foi sempre uma guerra enorme. Mas, de resto, sempre que me queixo, realmente, eles reabrem o processo e ajudam-me. Tanto que, agora, quando pedi a reabertura, porque não estava a aguentar com as dores, já fui acompanhada no Porto, porque, entretanto, mudei de morada. Devia estar mesmo mal, para ter tantas queixas, e voltaram a examinar-me. Viram que, realmente, o melhor era colocar a prótese. O acompanhamento no Porto tem sido bom.
15	Entrevistador: Voltou a exercer funções após o acidente?
16	T5: Não.
17	Entrevistador: Os critérios médicos para a sua inaptidão em definitivo para o voo foram claramente explicados por parte do Gabinete de Medicina do Trabalho? Entendeu porque não poderia continuar a exercer funções como tripulante de cabine?
18	T5: Sim.
19	Entrevistador: Os exames e avaliações médicas realizados foram suficientes e adequados para determinar a sua inaptidão em definitivo para o voo?
20	T5: Não foram realizados, foram simplesmente lidos os relatórios médicos da seguradora. O [Gabinete de] Medicina do Trabalho A não me realizou qualquer exame. Simplesmente leram os relatórios médicos que já tinha da seguradora, portanto, depreendo que esses foram suficientes para tomarem a decisão.
21	Entrevistador: Solicitou uma segunda opinião médica antes da decisão final?
22	T5: Não.
23	Entrevistador: Considera que os critérios médicos utilizados foram justos e coerentes com a sua condição de saúde?
24	T5: Não.
25	Entrevistador: Importa-se de explicar, por favor?
26	T5: Eu nunca mais pude voltar a trabalhar. Tenho stress pós-traumático, sofro de ansiedade, depressão e dor crónica. E deram-me 20% de incapacidade... 20%!
27	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo pelo Gabinete de Medicina do Trabalho da Companhia Aérea foi encaminhada para o Gabinete de Medicina Aeronáutica?
28	T5: Não tenho memória disso.
29	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo?
30	T5: Por parte da Companhia Aérea A, da Medicina do Trabalho A?

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

31	Entrevistador: Por parte dos serviços médicos, sim.
32	T5: Não.
33	Entrevistador: Houve uma comunicação clara entre a Medicina do Trabalho, a Companhia Aérea e o Gabinete de Medicina Aeronáutica sobre a sua situação?
34	T5: Não. Fui eu que fui a ponte, a maior parte do tempo. Mesmo quando estava completamente analgesiada em Miami, fui eu quem fez todas as comunicações, até mesmo entre a Companhia de Seguros C e a Companhia Aérea A. O gabinete de seguros da Companhia Aérea A e a Companhia de Seguros A... fui eu que tratei de tudo. Fui importunada durante dias inteiros, porque não havia ninguém na Companhia de Seguros A que conseguisse comunicar corretamente em inglês com a Companhia de Seguros C para coordenar o que eu precisava quando chegasse a Lisboa.
35	Entrevistador: Considera que os processos médicos atuais garantem uma decisão imparcial e equilibrada ou há influência de companhias aéreas, seguradoras e outras partes interessadas?
36	T5: Acho que existe muita influência da seguradora e da companhia aérea nas decisões.
37	Entrevistador: Importa-se de justificar a resposta?
38	T5: Nós temos o seguro de vida, que também é acionado depois de sermos considerados inaptos e onde somos reavaliados. Foi nessa altura que descobri que iria receber apenas 25% do prémio desse seguro, porque, por escolha da Companhia Aérea A – por pedido da Companhia Aérea A –, alteraram a apólice para que os problemas ortopédicos não fossem considerados ou fossem excluídos. Isto foi feito para que, nessa altura, não se recebesse tanto dinheiro. É um dos pontos. O seguro da Companhia de Seguros C incluía problemas ortopédicos, e foi a própria Companhia Aérea A que pediu para não incluir. Quando, na realidade, a coisa mais normal de acontecer a bordo é ficarmos com um problema ortopédico – e é a primeira coisa que nos coloca como inaptos.
39	Entrevistador: É tudo?
40	T5: E depois, em tudo o que envolve a Companhia de Seguros A, complicam muito. Tentam sempre ir para os mínimos. Também acho que faz parte do trabalho deles, e é assim que ganham dinheiro. Mas, para nós, acidentados, além da luta física que temos depois de um acidente de trabalho, ainda temos que ganhar forças para a luta mental – o braço de ferro com a seguradora – para conseguirmos ter alguma dignidade no fim disto tudo. O processo é todo muito complicado.
41	Entrevistador: Qual é o impacto da decisão de inaptidão para o voo na sua vida profissional e pessoal?
42	T5: Ai... quer pôr-me a chorar. Vamos começar por esta sensibilidade emocional com que fiquei...Eu amava o que fazia. Vestia a minha farda todos os dias...com o maior dos orgulhos. E, por algum motivo, oito anos depois, ainda me emociono ao pensar que nunca mais poderei fazer isto. Nunca mais...Nem sequer me foi oferecida uma opção.
43	Entrevistador: Entendo.
44	T5: É isso...
45	Entrevistador: Quer parar um pouco? Não tem problema.
46	T5: Não. Faz parte...está tudo bem.
47	Entrevistador: O que mudaria no processo de avaliação médica...
48	T5: Está aí o impacto...
49	Entrevistador: O que mudaria no processo de avaliação médica tanto da Medicina do Trabalho como da medicina aeronáutica para torná-lo mais justo e transparente?
50	T5: Acho que devia haver uma articulação maior e uma especificidade mais clara sobre quais são realmente as nossas funções e o que isso implica. Porque, na verdade, nós não podemos ir trabalhar nem com 0,1% de incapacidade. Portanto, tudo devia ser muito mais fácil. Eu sei que, desde o momento em que tive o acidente, logo nos Estados Unidos, me estavam a preparar mentalmente para o facto de eu nunca mais poder voltar a voar. Isso já estava em cima da mesa, era a hipótese mais provável. Até corri o risco de ficar sem a perna. Portanto, obviamente, nunca ia poder voltar a voar. Por muito bem que eu ficasse, nunca ficaria bem o suficiente para voltar a voar. Por isso, acho que tudo devia ser muito mais célere, tudo mais simplificado, para evitar tanto desgaste. Seria bom para todas as partes. Fui operada pela última vez em novembro de 2023 e só fui chamada agora, em janeiro – um ano e três meses depois – para a primeira avaliação no Instituto de Medicina Legal. Não há necessidade disto. Isto é apenas uma adenda a um processo, portanto, tudo isto podia ser simplificado, tudo isto podia ser melhorado. Podiam existir canais facilitadores para todos.
51	Entrevistador: Vamos passar para o foco da responsabilidade social corporativa. Qual foi a primeira ação da companhia aérea após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo?
52	T5: Acho que foi só mandarem-me para o gabinete de seguros para tratar da parte do seguro de vida. E mais nada. Depois, na Medicina do Trabalho A, disseram-me que, como o processo ainda não estava terminado em tribunal, podia pedir baixa à médica de família para continuar de baixa até o processo estar concluído. Quando o processo ficou terminado, a companhia aérea fez-me uma proposta de vir para casa... uma rescisão por mútuo acordo.
53	Entrevistador: A empresa ofereceu algum tipo de suporte imediato após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo?
54	T5: Não.
55	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo foi implementado um plano de acompanhamento médico?
56	T5: Pela Medicina do Trabalho A ou pela Companhia de Seguros A?
57	Entrevistador: Não...na perspetiva da entidade patronal.
58	T5: Não. Nada.
59	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico imediato após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo?
60	T5: Não.
61	Entrevistador: Acredita que esse apoio teria sido essencial?
62	T5: Sem dúvida.

63	Entrevistador: Após a inaptidão em definitivo para o voo a empresa ofereceu outra função dentro da organização?
64	T5: Não. Foi na altura da reestruturação, portanto, disseram-me que não havia lugar nenhum e que era um mútuo acordo.
65	Entrevistador: Portanto, assinou uma rescisão por mútuo acordo?
66	T5: Sim.
67	Entrevistador: As próximas duas questões não se colocam. A organização possui um seguro de inaptidão em definitivo para o voo aplicável a Tripulantes com incapacidade permanente parcial decorrente de acidente de trabalho?
68	T5: Eu não consegui ouvir...
69	Entrevistador: A organização possui um seguro de inaptidão em definitivo para o voo aplicável a Tripulantes com incapacidade permanente parcial decorrente de acidente de trabalho?
70	T5: Sim, a resposta é sim.
71	Entrevistador: A empresa garantiu o pagamento de compensações financeiras e benefícios legais associado a esse seguro?
72	T5: A empresa garantiu o pagamento?
73	Entrevistador: Sim.
74	T5: Sim, eles pagaram o seguro na altura, depois da avaliação da seguradora.
75	Entrevistador: Recebeu apoio jurídico e administrativo da companhia aérea para entender e reivindicar os seus direitos laborais?
76	T5: Não.
77	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo a empresa manteve contacto regular ou sentiu-se desamparada?
78	T5: Nem me lembro quem são as pessoas da empresa. Ainda estou à espera que o Gabinete de Segurança de Voo me dê algumas respostas, porque nem sequer tive acesso à investigação do meu acidente. Foi-me recusado.
79	Entrevistador: O Departamento de recursos humanos ou Gabinete de Segurança e Saúde do Trabalho prestaram um apoio durante a sua transição?
80	T5: Não.
81	Entrevistador: A empresa possui políticas eficazes de responsabilidade social para apoiar tripulantes sinistrados?
82	T5: Do meu conhecimento se tiverem no aplicam porque não tenho conhecimento de nada.
83	Entrevistador: Se pudesse retroceder no processo o que acredita que a companhia aérea deveria ter feito de forma diferente no seu caso?
84	T5: Podiam ter sido mais transparentes. Podiam ver-nos para além de um número. Na altura, até queriam fazer a entrevista da investigação nos edifícios da empresa. Fui eu que disse que não estava em condições de sair, porque teria que ir de ambulância. Convidei o Gabinete de Segurança de Voo para vir a minha casa fazer essa entrevista. E essa foi a única vez que tive contacto com alguém da Companhia Aérea A. Enquanto estive internada, tive, sim, contacto com a responsável pelos seguros, e com a chefia de cabine. Mas foi apenas uma vez. Depois disso, não tive qualquer contacto com ninguém da empresa. Acho que era importante manter esse contacto. Acho que era importante tratarm-nos com respeito, porque acidentes de trabalho acontecem quando estamos a vestir a camisola. Então, devíamos ser tratados de outra forma. Até mesmo a rescisão não devia ser igual às outras rescisões. Porque foi um acidente de trabalho. Tudo é feito de uma forma que nos faz sentir que não somos nada. É nessa altura que percebemos realmente que somos apenas um número.
85	Entrevistador: Vamos agora para a questão do processo jurídico e dos direitos médico-alegais. Teve de recorrer a um processo legal para assegurar os seus direitos?
86	T5: Sim.
87	Entrevistador: Em que momento isso ocorreu?
88	T5: Quando foi declarada, após a avaliação médica por parte do Instituto de Medicina Legal e depois de ter tido alta da seguradora, o processo foi levado a tribunal para obtenção de uma sentença que declarasse a inaptidão e o valor a ser pago. Portanto, tive que recorrer a um advogado para me acompanhar durante esse processo e, mesmo agora, durante esta fase de reavaliação, também.
89	Entrevistador: Moveu uma ação judicial para reconhecimento de IPATH?
90	T5: Não acho que não tenha sido um processo especial, foi o processo normal. A IPATH foi pedida pela seguradora, não fui eu que a solicitei. Foram apenas os trâmites legais normais, porque, depois de a seguradora dar alta, a situação tem que ter um nome. E isso só pode ser feito em tribunal. Não tive que pedir nada.
91	Entrevistador: A decisão final confirmou a sua IPATH?
92	T5: Sim.
93	Entrevistador: Quanto tempo durou o processo legal até à decisão final?
94	T5: Um ano e meio.
95	Entrevistador: Em que instância o caso foi concluído?
96	T5: Instância como?
97	Entrevistador: 1ª instância, Tribunal da Relação ou Tribunal Constitucional? Foi dado a razão logo no primeiro processo?
98	T5: Sim, foi logo considerado IPATH. A única questão foi a percentagem, onde houve tentativas de reconciliação, mas tudo foi tratado através do Tribunal de Trabalho.
99	Entrevistador: Acredita que o tempo de espera pela decisão judicial afetou a sua vida profissional e pessoal.
100	T5: A nível profissional, não, porque eu já estava considerada inapta – foi apenas uma questão burocrática. A nível pessoal, sim, porque a espera causa muito stress.
101	Entrevistador: A seguradora impôs obstáculos ao reconhecimento dos seus direitos ou tentou minimizar a gravidade da sua condição?

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

102	T5: Tentaram minimizar a gravidade da situação. A proposta inicial foi de 8% de incapacidade.
103	Entrevistador: Quais foram as dificuldades enfrentadas?
104	T5: Acho que foi, sobretudo, a desvalorização da incapacidade. E isso implica tanto nos valores pagos como no dia a dia, não é?
105	Entrevistador: Sentiu que os seus argumentos e documentação médica foram considerados de forma justa pelo sistema judicial?
106	T5: Sim.
107	Entrevistador: O sistema jurídico...
108	T5: Desculpe, mas acho que há um pormenor importante. Na altura, não me informaram corretamente ou a lei era diferente, não sei exatamente em que linha se inclui essa parte. Mas a componente psicológica não foi incluída na minha incapacidade, e a dor também não. Constava que, nos acidentes de trabalho, tanto o dano psicológico como a dor não eram contabilizados. Portanto, a seguradora partiu logo do princípio de que seria apenas 8% e que a parte ortopédica estava completamente desvalorizada.
109	Entrevistador: O sistema jurídico foi ágil e eficiente no seu caso ou enfrentou atrasos excessivos?
110	T5: Atrasos excessivos, sem dúvida. Férias judiciais, burocracias... tudo serve como atraso, e as vidas ficam em suspenso até que se decidam.
111	Entrevistador: A perícia médico-legal, a junta médica, para confirmar a sua IPATH, foi conduzida de forma justa e transparente?
112	T5: Sim, sim. Depois, é tudo uma questão de perspetiva do médico, de sorte com o tato do médico que aparece. Mas quem estava fez o que era suposto.
113	Entrevistador: Considera que a legislação nacional e comunitária oferece proteção adequada aos Tripulantes sinistrados ou existem lacunas que considera necessárias corrigir?
114	T5: Existem lacunas, principalmente a nível mental, porque é um trabalho muito exigente, que nos faz ter uma vida totalmente diferente de quem sai de casa todos os dias para ir para um escritório. Não é a mesma coisa. Logo, devíamos ter outro tipo de apoio, porque a vida muda muito. Nós não podemos simplesmente estar no escritório a fazer um trabalho e, de repente, mudar apenas o tipo de trabalho que fazemos ou ter uma redução de horário – isso não acontece. Ou estamos bem, ou não estamos, e, se não estamos, não vamos. Acho que devia haver outro tipo de apoio, uma outra rede, alternativas e opções para os tripulantes que deixam de poder exercer, sem que a única solução seja simplesmente ir embora da empresa.
115	Entrevistador: Recebeu apoio de sindicatos ou associações para defender os seus direitos?
116	T5: Não, ainda estou à espera que me retornem as chamadas que fiz. Nunca me ligaram.
117	Entrevistador: Que a alteração pode sugerir na legislação para reforçar a proteção dos Tripulantes sinistrados?
118	T5: A pergunta é difícil, mas acho que sim. Pelo menos, a tabela nacional de incapacidades tem percentagens muito baixas para cada item. Acho que devia existir uma tabela específica para o nosso trabalho, pelo menos para a aviação em geral, porque é um trabalho tão específico que devia ter uma valorização diferente nesse tipo de tabela. Acho que isso seria o principal.
119	Entrevistador: O que recomendaria a um tripulante que esteja a enfrentar um processo semelhante ao seu?
120	T5: Para procurar apoio psicológico logo, para ter uma boa base mental e conseguir enfrentar os desafios que vai ter pela frente. Mesmo.
121	Entrevistador: Muito obrigado pela colaboração.

T6 - TRIPULANTE DE CABINE 6

1	Entrevistador: Muito obrigado. Autoriza a gravação da entrevista?
2	T6: Sim, autorizo.
3	Entrevistador: Muito obrigado. Para efeitos de estudo e no documento da dissertação do mestrado, não vai ser identificada pelo seu nome. Vamos atribuir-te o número 6 portanto, será sempre referida como [T6], o Tripulante 6. É portador de uma incapacidade permanente parcial que determinou uma inaptidão em definitivo para o voo, decorrente de um acidente de trabalho nas funções de tripulante de cabine?
4	T6: Sim.
5	Entrevistador: Poderia, por favor, detalhar a natureza da sua incapacidade?
6	T6: Ora, a natureza da incapacidade. Fiquei com uma incapacidade no joelho direito, que não me permite estar dentro do avião devido à pressão e a todas as exigências físicas que um tripulante tem de cumprir: a mobilização, subir e descer escadas, empurrar carrinhos para a frente e para trás, agachar-se. Principalmente agachar-se, que é a parte mais complicada. Pronto... a rótula sai. Tenho alturas em que a rótula sai mesmo do sítio. O meu último voo... a decisão foi tomada precisamente porque a rótula saiu durante o voo.
7	Entrevistador: Em resumo, como ocorreu o acidente de trabalho e quais foram as lesões resultantes?
8	T6: O acidente de trabalho ocorreu num voo de regresso de Salvador da Bahia, Salvador-Lisboa. Estava a fazer o serviço de refeição quando me pediram mais bebidas, que não tinha no trolley, e tive que regressar à galley do meio. Na altura, ocupava a posição de EX no avião. Ao regressar à galley do meio, travei o carrinho na fila 13 e fui buscar as bebidas. A cortina estava corrida, fechada. Ao abri-la, não olhei para o chão, sinceramente, não olhei, e continuei a andar...ia com pressa, queria despachar. Escorreguei em dejetos deixados por um passageiro da classe executiva, mesmo à porta da casa de banho. Alguém não chegou a tempo. Pisei, escorreguei e rodei o joelho de tal forma que o pé ficou logo virado para um lado e a perna torceu-se completamente. Fiquei estatelada no chão. Tive apenas milésimos de segundo para rodar a cara e evitar bater no trolley, que estava na galley. E pronto, fiquei estatelada no chão. Os passageiros gritaram mais do que eu. Tentaram levantar-me, o Chefe de Cabine veio a correr para me ajudar, mas só conseguiram puxar-me mais para trás e fechar a cortina. Entretanto, eu tinha a perna virada para um lado e o joelho para o outro. Tive uma reação que nem sei explicar. Peguei na perna e obriguei o joelho a voltar ao sítio. Ouviu-se um estalo gigante. A dor foi imensa. Depois disso, fui para a classe executiva, com o joelho super inchado e já sem conseguir pousar o pé no chão. Vim o resto do voo assim. Saí pelo meu próprio pé, fui para o TTA, segui para o parque de estacionamento, sempre sozinha, cheia de dores. A supervisora do voo não informou quem devia ter informado. Se isso tivesse acontecido, teríamos regressado a Salvador para que eu fosse assistida. Mas isso não aconteceu.
9	Entrevistador: Com que idade iniciou o seu percurso profissional como tripulante de cabine e qual era a sua idade à data da inaptidão definitiva para o voo?
10	T6: Ora, isto foi em 2014. Tinha 33 anos. Entreguei as asas em 2017, com 36 anos.
11	Entrevistador: Com que idade iniciou o percurso profissional?
12	T6: 24 anos.
13	Entrevistador: Como foi o processo médico desde o acidente de trabalho até à decisão de inaptidão em definitivo para o voo?
14	T6: A palavra que resume é péssimo. Fui atendida e diagnosticaram-me uma entorse. Três dias depois, voltei com a mesma entorse, não me deram rigorosamente nenhum medicamento, nenhum analgésico, nada. Mandaram-me para casa com uma canadiana. Três dias depois, fui vista por um ortopedista que diagnosticou um desvio da rótula. A rótula estava mesmo com um desvio, apesar de eu ter colocado o joelho no sítio. Os aparelhos de diagnóstico médico do hospital onde fui assistida não refletiram o que realmente estava a acontecer. Diziam que eu não tinha nada no joelho, que estava tudo bem. No entanto, continuava muito inchado e com muitas dores. Fiz uma infiltração no dia 28 de agosto e só piorou. Desinchou, mas a perna ficou feia. A parte de baixo da perna ficou completamente gelatinosa, sem força. Não tinha estabilidade, não dava. No dia 8 de setembro de 2014, fui à consulta para avaliar o efeito da infiltração e já não me deixaram sair do hospital. Cheguei lá às 9 da manhã e já não saí. Tinha que ser operada de urgência, nesse mesmo dia. Fui operada e o próprio médico disse que iam ver o que encontravam, porque o joelho não estava bem. Os exames diziam que sim, mas, a olho nu, percebia-se que algo não estava certo. Entrei na sala de operações de muletas e, depois da cirurgia, acordei sem sentir a perna direita. Não tinha qualquer sensibilidade e a única indicação que recebi da enfermeira foi para não tentar pôr-me de pé sozinha. A perna estava toda enfaixada, desde o pé até à virilha, não podia pousá-la no chão nem fazer qualquer tipo de peso. Não sabia o que tinha acontecido durante a cirurgia e o médico limitou-se a dizer que tinham visto o que havia e retirado algumas coisas, mas nunca foi explícito sobre o que realmente tinha feito. Fiquei sem sentir a perna, sem conseguir pousar o pé no chão ou sustentar-me sozinha. Passei dois meses numa cadeira de rodas e, naquela altura, senti que tudo tinha acabado, não só a nível profissional, mas também pessoal. Até que o médico me disse que não havia nada a fazer, que iria ficar assim, que a condromalácia na rótula se tinha instalado e que não havia solução. Decidi procurar outro médico. Um amigo meu, que também era piloto da companhia, indicou-me um especialista e fui a uma consulta com ele no dia 10 de novembro. Ele disse-me que teria que me magoar para analisar a situação, e eu permiti. Assim que avaliou, disse logo que tinha sido feita uma asneira. Não conseguimos obter os relatórios clínicos da cirurgia, nem os CDs, nada, tudo desapareceu. Mas o médico foi claro: "Eu posso não a pôr a voar, mas ponho-a a andar." Segui em frente. Redigi um texto para a companhia de seguros, que já me tinha avisado que ia demorar muito tempo e que não iriam autorizar um médico fora da rede. No entanto, em três dias, autorizaram a consulta, porque, após a primeira operação, fiz fisioterapia sempre num hospital. O médico tinha dado indicação à fisiatra para que me fosse feita fisioterapia ao menisco interno, mas, em vez disso, suturaram-me o menisco externo, deixando o corno do menisco interno partido. Está cá dentro, não se mexe mais, acabou. Além disso, cortaram-me um nervo, o que levou à perda de sensibilidade na perna. Após expor o caso à seguradora, em três dias autorizaram que eu fosse vista pelo outro médico,

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

	incluindo já a cirurgia. Em dezembro ficou tudo encaminhado e, em 14 de janeiro, fui operada. Entrei de cadeira de rodas no hospital e, no dia 16, saí de muletas, já a conseguir pousar o pé no chão. A recuperação foi extremamente difícil. Fiquei com dores permanentes, dor crônica, tive que recorrer a consultas da dor, tudo isto acompanhado por uma luta constante com a seguradora. Eles queriam, a todo o custo, que eu desistisse, que aceitasse que tinha acabado. Mas eu sempre tentei combater isso até ao limite do que pude. Só fui vista por um médico da seguradora, em Junta Médica, no dia 22 de junho de 2015, onde, durante a avaliação, o próprio médico me provocou uma entorse. Nesse mesmo dia, dei novamente entrada no hospital, com o joelho completamente inchado. Diagnosticaram-me outra entorse, mas o médico não quis assumir responsabilidade. Não assumiu, pronto. Fazer queixa vale o que vale, porque eles protegem-se uns aos outros e trabalham sempre em conjunto, em segredo. A alta foi-me dada em 2016, apesar de continuar com dores extremas, de estar medicada com oxicodona e de ainda não ter a mobilidade necessária. Tive que fazer fisioterapia por minha conta, com os fisioterapeutas que eu escolhi, e, mesmo assim, colocaram-me novamente na possibilidade de voltar a voar, alegando que eu não deveria ter sido operada. Segundo eles, a minha lesão deveria ter sido tratada apenas com fisioterapia corretiva, dolorosa, sim, mas suficiente. Não precisava de cirurgia, não tinha que ter sido submetida a uma intervenção. Isto foi dito por médicos externos, ortopedistas de fora. Mesmo assim, voltei. Tentei voar, mas as dores eram imensas. Trabalhava com uma joelheira com placas de metal para manter o joelho estável, o que me impedia de me agachar corretamente e dificultava muitas das minhas funções a bordo. Fiz um acordo com a minha chefia direta para tentar aguentar até ao Natal, para não desistir logo. Mas as dores eram insuportáveis. Passava os dias de folga a tentar recuperar, chegava ao hotel nos voos e precisava de fazer gelo constantemente. Não dava, não era vida para ninguém. Foi então que me fiz a pergunta-chave: "Se a minha filha estivesse dentro do avião, eu conseguiria salvá-la?" A resposta foi clara: não. Então, não fazia sentido continuar ali. Se eu não era capaz de salvar um dos meus, também não poderia salvar mais ninguém. No meu último voo, a rótula voltou a sair do sítio. E foi essa a decisão final.
15	Entrevistador: Daí à decisão de inaptidão em definitivo para o voo, portanto, em junta médica dos serviços de Medicina do Trabalho, foi um passo, não é?
16	T6: Cheguei no dia 7 de agosto de 2017 e dirigi-me imediatamente à Medicina do Trabalho A. Eles já sabiam, mais ou menos, qual seria a minha decisão. Assim que cheguei do voo, fui direta para lá. Pediram-me para pensar seriamente durante dois dias e marcaram-me uma consulta com a médica para o dia 10 de agosto. No dia 10, compareci na Medicina do Trabalho A, onde estavam três médicas, já a par de toda a situação. Foi então que me atribuíram a incapacidade permanente para o voo.
17	Entrevistador: Voltou a exercer funções após o acidente? Se sim, por quanto tempo até à decisão?
18	T6: 3 ou 4 meses. Exerci durante 3 ou 4 meses.
19	Entrevistador: Os critérios médicos para a inaptidão em definitivo para o voo foram claramente explicados por parte do Gabinete de Medicina do Trabalho? Entendeu porque não poderia continuar a exercer funções como tripulante de cabine?
20	T6: Sim, sim.
21	Entrevistador: Os exames e avaliações médicas realizados foram suficientes e adequados para determinar a sua inaptidão em definitivo para o voo?
22	T6: Os exames que realizei de forma particular e aqueles feitos no âmbito do acidente de trabalho, em ambiente hospitalar, pela seguradora, não revelavam a verdadeira extensão da minha lesão. Fiz uma ressonância no dia 1 de dezembro de 2014, no hospital onde estava a ser seguida, e esse exame indicava que eu não tinha nada no joelho direito. No entanto, dois dias depois, a 3 de dezembro, fiz uma nova ressonância, desta vez a nível particular, noutra entidade hospitalar, e esse exame revelou tudo, absolutamente tudo o que o meu joelho tinha. Isso só prova que todos os exames realizados desde o acidente, ocorrido a 28 de junho, até dezembro, não refletiam a realidade. Fui submetida a exames que ocultavam a verdadeira extensão da minha lesão e tive que recorrer a uma instituição independente, pagando pelos exames do meu próprio bolso, para provar que, de facto, tinha um problema real no joelho. Não era invenção, não estava a exagerar, não estava a enganar ninguém. Eu queria voltar a voar. Tinha acabado de regressar ao trabalho depois de ter sido mãe. Voltei a voar no dia 2 de junho e caí no dia 28 de junho. Passaram apenas 26 dias desde o meu regresso. Estava pronta para recomeçar a minha carreira e, de repente, tudo mudou.
23	Entrevistador: Solicitou uma segunda opinião médica antes da decisão final? Em caso afirmativo, houve divergências entre os parceiros médicos?
24	T6: Sim, houve divergências, porque o meu segundo médico, fora da rede da seguradora, conseguiu identificar tudo o que realmente se passava no meu joelho. Optou por uma segunda cirurgia e, ao contrário do primeiro médico da seguradora, que minimizava a minha situação, foi ele quem me pôs a andar e quem me reabilitou.
25	Entrevistador: Considera que os critérios médicos utilizados foram justos e coerentes com a sua condição de saúde?
26	T6: Não.
27	Entrevistador: Uma breve explicação, por favor.
28	T6: Não foram, porque, primeiro, nunca tiveram em atenção aquilo que eu transmitia. Nunca consideraram as dores e as dificuldades que eu tinha. O joelho continuava inchado, eu não tinha mobilidade, inchado ao ponto de não conseguir vestir calças normais. Sempre desvalorizaram, como se não fosse nada. Durante a fisioterapia, queixei-me imensas vezes de dores, mas nada fizeram. De setembro a novembro, procurei várias vezes o médico, tive recaídas ao ponto de não conseguir fazer a fisioterapia e ter que ficar apenas com analgésicos. Mas ninguém me ouvia. Os exames não mostravam a realidade das coisas, e, por isso, da parte da seguradora, nada do que fizeram foi correto. Nem a cirurgia. Eu não devia ter sido operada.
29	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo pelo Gabinete de Medicina do Trabalho da Companhia Aérea, foi encaminhada para o Gabinete de Medicina Aeronáutica?
30	T6: Foi logo tudo na Medicina Aeronáutica, foi feita a junta médica, foi feita com o diretor da clínica, a médica da Medicina Aeronáutica e outra, que eu não me lembro qual era a função.
31	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo?

32	T6: Não.
33	Entrevistador: Houve uma comunicação clara entre a Medicina do Trabalho, a Companhia Aérea e a Medicina Aeronáutica sobre a sua situação?
34	T6: A comunicação que houve foi que eu estava inapta para o voo. Ponto.
35	Entrevistador: Considera que os processos médicos atuais garantem uma decisão imparcial e equilibrada ou há influência de Companhias Aéreas, Companhias de Seguros ou outras partes interessadas? Justifique a resposta.
36	T6: Existe sempre influência, principalmente da seguradora. A seguradora quer que o acidente de trabalho seja reduzido ao mínimo de dias possível. Não está interessada em prolongar o caso. Se for um dedo partido ou um braço partido, eles são exímios a tratar dessas situações. Mas assim que surge algo mais complicado, que possa impedir o tripulante de estar a 100% fisicamente, como exige a sua função, a seguradora tenta imediatamente afastá-lo. A solução mais fácil para eles é dar logo a inaptidão, porque sabem que o caso pode trazer problemas a longo prazo. Caso contrário, alegam que a pessoa não tem nada ou que a questão é apenas psicológica. Chegaram mesmo a dizer que o meu problema era "da minha cabeça". Quanto à empresa, a comunicação comigo foi zero. Tive contacto com pessoas da administração ou direção, sim, mas apenas a nível pessoal. Nunca houve um contacto formal enquanto tripulante. Nunca me disseram: "Agora estou a falar contigo como teu diretor". Nada disso. A empresa age como se nos virasse as costas. Temos um acidente de trabalho, precisamos de apoio, mas a atitude deles é simplesmente ignorar. É como se dissessem: "Vai-te lá tratar, não queremos saber de nada." Fazem apenas o mínimo indispensável.
37	Entrevistador: Qual o impacto da decisão de inaptidão em definitivo para o voo na sua vida profissional e pessoal?
38	T6: Não foi uma decisão fácil, foi uma decisão pela qual tive que lutar durante muito tempo. Comecei esse processo em 2017. A saudade é constante, o meu marido é piloto, por isso estou sempre rodeada pelo mundo da aviação, vejo sempre coisas relacionadas com aviões em casa. Foi muito difícil, muito, muito complicado. Precisei de apoio psicológico depois, por minha conta, porque não houve, de maneira nenhuma, qualquer apoio institucional. Tive que procurar ajuda porque não sabia lidar com a perda das minhas "asas", com o facto de já não ser tripulante. Acabou, simplesmente acabou. Tive um excelente último voo, mas isso não me encheu para o futuro, não me bastou. Essa dor, infelizmente – ou felizmente, não sei –, só foi esquecida quando o meu pai faleceu. Houve uma dor maior que se sobrepôs. Hoje em dia, tenho saudades, claro. Tenho saudades de escalar, de ser quem era, de vestir a farda, de ter a importância que sentia quando a usava, de tudo aquilo que tinha que saber, de tudo o que fazia parte da minha vida. Tenho saudades da minha vida. E isso sem falar do impacto financeiro, que foi um rombo, um rombo gigante. Estava habituada ao estilo de vida que tinha e, além de perder o meu estatuto, financeiramente foi uma mudança enorme. Foi uma habituação forçada a uma nova vida.
39	Entrevistador: O que mudaria no processo de avaliação médica, tanto da Medicina do Trabalho como da Medicina Aeronáutica, para torná-lo mais justo e transparente?
40	T6: Seria mais rígida quando aparecesse um acidente de trabalho, muito mais rígida a analisar o que é, o que se passa, o que não se passa. Não lidar apenas como "mais um" que vem para aqui queixar-se, mas sim prestar real atenção. Independentemente de ser um acidente de trabalho ou não, é um paciente, um ser humano, que está com dores em algum lado e essa dor tem que ser analisada, tem que se perceber de onde vem. A nível da empresa, deveria haver uma comunicação com a pessoa. A pessoa teve um acidente, sofreu, está a sofrer, não sabe o que vai acontecer à sua vida. Pode ser uma coisa que se resolva em dois meses, ou pode ser algo que mude a sua vida inteira. Bastava um simples "estamos cá", "se precisar de alguma coisa, contacte-nos". Nem que fosse um e-mail, um postal, qualquer coisa. A seguradora é muito inflexível, muito inflexível, e, se não tivermos conhecimento legal sobre como as coisas se processam, sobre os nossos direitos como trabalhadores, como pessoas, e principalmente na área da saúde, eles enganam-nos muito bem, muito bem. A nível financeiro, tentam sempre reduzir ao máximo. Não são transparentes nisso, não são.
41	Entrevistador: Mudando agora para a vertente da Responsabilidade Social Corporativa de parte da empresa. Qual foi a primeira ação da Companhia Aérea após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo? Houve um contacto formal para discutir os próximos passos?
42	T6: Nesse mesmo dia, saí da clínica, fui à empresa entregar os papéis e mostrá-los: "Está aqui, já aconteceu." Recebi logo um papel e, depois, mais tarde, recebi em casa, por carta, a informação de que tinha 60 dias para decidir se queria sair da empresa ou ficar a trabalhar em terra. Como era óbvio, tinha esses 60 dias para decidir. Comuniquei de imediato que precisava de trabalhar, não podia ficar sem emprego, e informei a empresa da minha decisão. Depois disso, fiquei em standby até ser chamada para uma entrevista no início de outubro. A entrevista já estava toda muito alinhavada e, no dia 16 de outubro de 2017, comecei a trabalhar no departamento onde estou até hoje.
43	Entrevistador: A empresa ofereceu algum suporte imediato após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo?
44	T6: Não. Suporte como assim?
45	Entrevistador: Suporte a todos os níveis.
46	T6: Não, não, não, não. Nada.
47	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo, foi implementado um plano de acompanhamento médico?
48	T6: Não.
49	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico imediato após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo?
50	T6: Não.
51	Entrevistador: Acredita que o apoio teria sido essencial?
52	T6: Sim. Sim.
53	Entrevistador: Após a inaptidão em definitivo para o voo, a empresa ofereceu outra função dentro da organização? Se sim, quais as opções e a categoria profissional?

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

54	T6: Só me ofereceram uma opção: Schedule Planner, analista de planeamento de voos, responsável por criar os voos, separar as estações e atas. Sempre fiquei com a sensação de que foi aquilo que estava disponível no momento, mas não tive mais nenhuma opção. Tinha manifestado interesse em ir para outra área, mas não me foi dada sequer a hipótese de escolher. Não era, de todo, para onde queria ir.
55	Entrevistador: Teve acesso a programas de requalificação profissional para essa função?
56	T6: Não.
57	Entrevistador: A Companhia Aérea forneceu formação para a nova função?
58	T6: Não, não, não. Foi tudo on-the-job, dado por outros, sem qualquer... nada.
59	Entrevistador: Houve progressão na carreira e/ou evolução salarial?
60	T6: Na altura, quando eu entrei, não, não houve. Houve mais tarde, sim, como todos os outros que estavam e estão no departamento, e até hoje, sim, tenho tido evoluções na carreira correspondentes à função onde estou, igualzinha a todos os outros.
61	Entrevistador: A organização possui um seguro de inaptidão definitiva para o voo aplicável a Tripulantes com Incapacidade Permanente Parcial decorrente de acidente de trabalho?
62	T6: Sim.
63	Entrevistador: A empresa garantiu o pagamento dessas compensações financeiras e benefícios legais associados a esse seguro?
64	T6: Só recebi o montante, não recebi mais benefícios nenhuns.
65	Entrevistador: Sim, mas garantiu que o pagamento fosse efetuado?
66	T6: Sim, sim, fui contactada pela seguradora, que não é a mesma que trata os acidentes de trabalho. Fui contactada por essa seguradora, tive que me dirigir aos escritórios e levantar.
67	Entrevistador: Recebeu apoio jurídico ou administrativo da Companhia Aérea para entender e reivindicar os seus direitos laborais?
68	T6: Não
69	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo, a empresa manteve contacto regular ou sentiu-se desamparada?
70	T6: Completamente desamparada.
71	Entrevistador: O Departamento de Recursos Humanos ou o Gabinete de Segurança e Higiene do Trabalho prestaram apoio durante a transição?
72	T6: Não.
73	Entrevistador: A empresa possui políticas eficazes de Responsabilidade Social para apoiar tripulantes sinistrados?
74	T6: [Acena com a cabeça a assinalar que não]
75	Entrevistador: É um não?
76	T6: Grande. Não, não, não. Não tem mesmo...nada.
77	Entrevistador: Se pudesse retroceder no processo, o que acredita que a Companhia deveria ter feito de forma diferente no seu caso?
78	T6: Pelo menos acompanhamento psicológico. A partir do momento em que já tinha, por exemplo, um ano e meio de baixa e todas as perspetivas indicavam que ia perder as asas e ficar com incapacidade, a companhia deveria ter-me dado esse apoio. Teria sido algo essencial e ficaria muito bem à empresa proporcionar esse acompanhamento. Foi uma decisão muito complicada, muito dura, e precisei desse apoio, que não tive da parte da companhia.
79	Entrevistador: Em relação ao último pilar, o processo jurídico e os direitos dos tripulantes sinistrados. Teve de recorrer a um processo legal para assegurar os seus direitos? Se sim, em que momento isso ocorreu?
80	T6: Sim, foi instaurado logo a partir do momento em que atingi um ano e meio de incapacidade e estava de baixa por acidente de trabalho. Assim que se atinge esse período, automaticamente, é iniciado um processo para o Ministério Público. É algo recorrente, assim que atingimos um ano e meio, inicia-se um processo para averiguar se a pessoa vai ficar assim, se há indemnização, tudo. Todo o processo legal de indemnização da seguradora, da companhia, tudo o que houver, é tratado a partir daí. Depois de ter tido alta, tive que contratar advogados para tratar da minha situação. Foram feitas quatro perícias médicas no Instituto de Medicina Legal de Lisboa, porque os médicos da seguradora afirmavam que eu não tinha incapacidade nenhuma, que não tinha problema nenhum no joelho, que era eu que não queria voltar a voar. Tive que me sujeitar quatro vezes a ser periciada no Instituto de Medicina Legal, onde estava sempre presente um médico da seguradora, neste caso, a própria pessoa que criou a Tabela de Incapacidades, o doutor Duarte Nuno, se não me engano. Era ele que estava sempre presente. Esse senhor tratou-me abaixo de cão em todas as juntas médicas. Fazia questão de gozar comigo sobre a minha situação e de tentar desacreditar-me. Ele foi muito mau. Cheguei a ter uma junta médica marcada para o dia 11 de outubro de 2021 e, já nessa altura, estava numa fase complicada. O meu pai estava em fase terminal e eu fui psicologicamente muito em baixo. O meu processo já não tinha sido fácil, foi uma luta constante, eu a dizer que tinha problemas, que tinha incapacidade, que a Medicina Aeronáutica me tinha atribuído incapacidade, não só o último médico da seguradora me deu incapacidade parcial, como a Medicina Aeronáutica me deu incapacidade total para o voo. O que eles alegavam era que eu podia trabalhar em part-time, de forma parcial. Tive que explicar várias vezes que não dava, que não se pode ser tripulante a meio tempo, deixar as mazelas em casa e ir voar, não dá. Foi uma coisa que decorreu durante muito tempo. Em 2021, tive mais uma junta médica. No dia 5 de julho, fui a uma junta médica onde não estava presente o juiz, nem presencial, nem online, só estava o médico da seguradora, o doutor Duarte Nuno, e médicos do Instituto de Medicina Legal que ainda não me tinham avaliado. Essa já era a terceira perícia e decidiram que eu não tinha nada. Veio a decisão, veio o ofício a dizer que eu não tinha rigorosamente nada. Tive que fazer um requerimento porque, primeiro, tinha lá a assinatura de um juiz que, mais tarde, se descobriu que nem sequer estava escalado para estar no Instituto de Medicina Legal naquele dia. Foi tudo feito de forma ilegal e ficou provado que essa junta médica não era válida. Foi então realizada outra junta médica, em outubro, no dia 11, e eu estava psicologicamente muito fragilizada. Quando chegou a altura de me analisarem, de ter que me despir e ir para a marquesa

	para observarem o meu joelho, retirei as calças e ia vestir uns calções. Tanto a médica do Instituto como o doutor Duarte Nuno mexeram no meu joelho, magoaram-me, e eu desatei num pranto. Tive um ataque de choro, um ataque de pânico, porque me senti violentada naquela sessão. Depois disso, alegaram que eu não estava bem da cabeça, que tinha um problema mental e que precisava de ser avaliada psiquiatricamente. Tive que ir a uma junta de psiquiatria em novembro. Expliquei aos três psiquiatras, incluindo um da seguradora, que no dia 11 eu estava muito frágil psicologicamente, porque o meu pai estava em fase terminal e veio a falecer no dia 29 de outubro. Eles perceberam a seriedade do meu estado. Fiz a junta médica de psiquiatria e, por decisão unânime, concluíram que eu não tinha nenhum problema mental. Que estava apta a tomar as minhas decisões, que era completamente capaz e que tudo aquilo que eu dizia que tinha era real. Não havia nada escondido, eu não queria deixar de voar porque não queria a vida de tripulante. Nada disso. Pelo contrário, eu queria continuar a ser tripulante, queria a minha profissão. Tudo aquilo que o doutor Duarte Nuno, da seguradora, alegava, foi provado que não tinha razão. Depois disso, tive outra junta médica, desta vez no tribunal, com um juiz, o próprio juiz do meu processo. Durante o meu processo, passei por vários juizes, mas este decidiu estar presente e fazer-me todas as perguntas que considerava necessárias. Tive que recorrer a uma empresa de dano corporal, com médicos especialistas que avaliaram toda a minha situação. Entreguei toda a documentação que tinha. Havia documentos que nem eu nem o tribunal possuíamos, porque desapareceram. O relatório da minha primeira cirurgia, o CD da primeira cirurgia, tudo isso desapareceu no hospital. Mais tarde, surgiu um relatório que veio dar-me razão. Provou que tudo aquilo que foi feito na minha cirurgia inicial estava mal feito. Na junta médica do tribunal, foi-me atribuída a incapacidade. Já não os 30% que eu tinha inicialmente em 2015/2016, entretanto fui fazendo fisioterapia, fui exercitando a perna, fui recuperando dentro do possível. Foi-me atribuída uma incapacidade de 4,5%. O juiz, contra aquilo que a seguradora queria – que era não dar o IPATH –, ordenou a atribuição do IPATH. Ele escreveu uma sentença exemplar, onde descreveu todas as funções de um tripulante de cabine. Explicou todos os procedimentos que temos de cumprir, desde os checklists, o baixar para tirar refeições do fundo do trolley, pegar nas garrafas que estão nos compartimentos superiores, retirar contentores, até os procedimentos de emergência. Descreveu tudo e concluiu que, na minha situação, eu não podia ser tripulante. Baseou-se também na legislação da EASA, que é a que nos rege. Essa sentença foi suficiente. Ninguém veio contestar. Foi-me dada razão. Depois, seguiram-se os processos monetários e financeiros. Não foi fácil lutar por tudo aquilo que eu tinha direito.
81	Entrevistador: Vou fazer-lhe mais uma questão que já está respondida, mas que tenho de fazer. Moveu uma ação judicial para o reconhecimento de IPATH?
82	T6: Sim.
83	Entrevistador: A decisão final confirmou a sua IPATH?
84	T6: Sim.
85	Entrevistador: Quanto tempo durou o processo legal até à decisão final e em que instância o caso foi concluído? Em Primeira Instância, Relação ou Constitucional?
86	T6: [Tribunal da] Relação.
87	Entrevistador: Quanto tempo durou o processo?
88	T6: 10 anos. 10 anos. Desde o acidente?
89	Entrevistador: Não, desde a altura em que ele foi interposto.
91	T6: Ele foi interposto em dezembro de 2015 e a primeira sentença do Tribunal de Primeira Instância saiu no dia 31 de agosto de 2023.
93	Entrevistado: 8 anos e depois com o recurso.
95	T6: Sim, depois a Companhia Aérea A recorreu para o Tribunal da Relação, porque o juiz atribuiu a responsabilidade de 61% à Companhia de Seguros A e os restantes 30% à empresa. O juiz, por iniciativa própria, descobriu algo que nem eu, nem os advogados tínhamos percebido. Durante a minha baixa por acidente de trabalho, a Companhia Aérea A não pagou 19 mil euros referentes a cláusulas do acordo de empresa que não foram cumpridas. O juiz ordenou que a Companhia Aérea A pagasse esse valor. No entanto, a empresa recorreu, alegando que não eram 19 mil, mas sim 11 mil euros. Ou seja, acabaram por admitir que tinham, de facto, fugido à responsabilidade. O caso foi então para o Tribunal da Relação, onde três juizes, de forma unânime, mantiveram a decisão da primeira sentença, sem qualquer alteração. Mas ainda não terminou por aí. Depois disso, houve um processo de execução, porque a Companhia Aérea A não cumpriu a sentença. Fui obrigada a avançar com um processo de execução e a penhorar uma conta da Companhia Aérea A para que me pagassem. Teve que ser mesmo à força, mesmo, mesmo à força. E eu a trabalhar lá todos os dias.
102	Entrevistado: Acredita que o tempo de espera pela decisão judicial afetou, significativamente, a sua vida profissional e pessoal?
104	T6: Sim. Sim.
106	Entrevistador: Um breve resumo dos impactos.
108	T6: Só após a sentença, só após ter sido confirmado que eu tinha razão, de me ter sido dada razão, de me sentir ouvida e reconhecida, é que consegui começar a apaziguar este tumulto, esta revolta que tinha dentro de mim. Tanto que eu estava a trabalhar no mesmo sítio, a minha entidade patronal era aquela que estava contra mim, que não acreditava, mas, ainda assim, colocou-me num local onde não tenho que andar de saltos altos, onde posso estar sentada ou em pé, como quiser, onde não tenho que exercer um terço ou um décimo daquilo que fazia a bordo. E, ao mesmo tempo, todos os dias ia para a empresa sabendo que estavam a dificultar o processo de aceitação, que é algo que tem que ser feito e que eu tive que fazer. Só comecei, sinceramente, a descansar e a respirar quando a sentença saiu. Logo na primeira sentença, assim que foi publicada, vi que estava lá tudo explicado, tim-tim por tim-tim, todas as minhas lesões descritas. E só essa parte foi, sem palavras... só essa parte foi ótima.
112	Entrevistador: A Seguradora impôs obstáculos ao reconhecimento dos seus direitos ou tentou minimizar a gravidade da sua situação?
114	T6: Os dois...impôs obstáculos e tentou minimizar a minha situação.

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

116	Entrevistador: Alguma dificuldade enfrentada [...]?
118	T6: O não reconhecimento primeiro de incapacidade e o obstáculo mais difícil de todos foi o reconhecimento de incapacidade para o voo, que segundo eles pode-se servir à mesa em qualquer lado. E para servir à mesa não preciso do joelho.
120	Entrevistador: Sentiu que os seus argumentos e documentação médica foram considerados de forma justa pelo sistema judicial?
122	T6: Os últimos, sim, os últimos que tive. Tive que contratar uma empresa à parte, completamente imparcial, que analisou tudo, fez os relatórios completos e, a partir daí, não havia como negarem. Estava tudo provado. Não só o meu médico, o segundo médico que me operou, tinha todos os registos e deixou tudo bem documentado, assim como o meu médico da dor, mas também esta empresa elaborou um relatório extensivo, acompanhou-me à junta médica e enfrentou diretamente o próprio doutor que criou as tabelas de incapacidade. E só aí é que tudo foi reconhecido, todos os exames.
126	Entrevistador: O sistema jurídico foi ágil e eficiente, no seu caso, ou enfrentou atrasos excessivos?
128	T6: Atrasos excessivos.
130	Entrevistador: A Junta Médica para confirmar a sua IPATH, foi conduzida de forma justa e transparente?
132	T6: Não, não, de todo. Primeiro, era raro serem os mesmos médicos, exceto uma única pessoa que estava sempre presente, a mesma figura da parte da seguradora. Os outros não me conheciam, muitos nem sequer tinham lido o processo, não sabiam o que se estava a passar, não sabiam o que iam analisar. As perícias não eram feitas com a devida preparação, eles não tinham as bases, não sabiam exatamente o que estavam a avaliar. E, em todas as juntas médicas, faziam-me reviver tudo.
136	Entrevistador: Considera que a legislação nacional e comunitária oferece proteção adequada aos Tripulantes sinistrados ou existem lacunas que são necessárias corrigir?
138	T6: Espere...tem que reformular essa?
140	Entrevistador: Considere que a legislação nacional e comunitária oferece proteção adequada aos Tripulantes sinistrados ou existem lacunas que são necessárias a corrigir?
142	T6: Os Tripulantes sinistrados são tratados da mesma forma que qualquer outra pessoa, como em qualquer outra profissão. Não há distinção nenhuma, nenhuma, nenhuma.
144	Entrevistador: Recebeu apoio de sindicatos ou associações para defender os seus direitos?
146	T6: Não. Foi recusado.
148	Entrevistador: Que alteração pode sugerir na legislação para reforçar a proteção dos Tripulantes sinistrados?
150	T6: Primeiro, é reconhecer que, apesar de ainda não ser considerada uma profissão de risco, a função de tripulante de cabine é extremamente desgastante. E quando a pessoa deixa de exercer essa profissão – seja tripulante ou qualquer outra que exija tantos requerimentos e dependa do bem-estar físico –, a transição não é simples. Deveria haver mais apoio nesse sentido, porque, no fundo, a pessoa deixa de ser quem era. Durante anos – no meu caso, foram anos –, tudo estava estruturado em torno da minha profissão. Ser tripulante de cabine não é apenas um estatuto, não é só um título, é algo que se sente. Só quem o é, ou quem o foi, sabe o que isso significa. Somos várias profissões numa só. E, de repente, tudo acaba. Deixamos de ser importantes. Perdemos a importância que tínhamos para aquela pessoa assustada no avião, para aquela criança que está a vomitar e cuja mãe precisa de ajuda, para aquele passageiro que sofre um enfarte a bordo. Deixamos de ser quem éramos. No meu caso, eu perdi a minha identidade.
157	Entrevistador: Uma última questão. O que recomendaria um tripulante que esteja a enfrentar um processo semelhante ao seu?
159	T6: Não desistir. Essa é a palavra-chave. Lutar até ao fim. Lutar e não desistir. Eles são maus. Em cada oportunidade que têm, especialmente os da seguradora, quando estamos juntos fisicamente, aproveitam para nos desgastar. Esmifram-nos, tratam-nos mal, deixam-nos psicologicamente em baixo. Temos que ser superiores a isso. Custa muito. É horrível. Dá vontade de desistir logo, logo a seguir. Mas não. Não desistir. Eu não desisti. Por muitas vezes que tenha passado pela minha cabeça, não o fiz. E segui aquele velho ditado: "Já que me comeram a carne, roam-me os ossos." Foi assim que fiz. Foi assim que consegui tudo. Consegui tudo. Indemnização, <i>perdiem's</i> , ajudas de custo. Estou a receber tudo. Consegui o bolo inteiro. Tenho uma pensão paga pela seguradora e outra paga pela Companhia Aérea A. Tenho duas pensões. Consegui tudo, tudo aquilo que, financeiramente, a minha vida como tripulante de cabine me daria. Porque não desisti. Por isso, se já não podemos ser os profissionais que éramos, pelo menos que haja alguma coisa boa para podermos usufruir um pouco daquilo que não tivemos.
166	Entrevistador: Muito obrigado.

T7 - TRIPULANTE DE CABINE 7

1	Entrevistador: Boa tarde. Antes de mais agradeço a autorização de gravação da entrevista. Está autorizado?
2	T7: Boa tarde. É com muito gosto. Sim, sim. Está autorizado. Autorizado.
3	Entrevistador: No documento, na dissertação, vai ficar conhecida como a Tripulante 7, [T7]. É portador de uma incapacidade permanente parcial que determinou uma inaptidão em definitivo para o voo decorrente de um acidente de trabalho nas funções de tripulante de cabine?
4	T7: Sim. Tive uma IPP com 13% de desvalorização com o IPATH.
5	Entrevistador: Em resumo, como ocorreu o acidente de trabalho e quais foram as lesões resultantes?
6	T7: O acidente de trabalho ocorreu durante uma turbulência severa, enquanto estávamos a pegar nos contentores para arrumar. Estávamos sentados em cima deles para comer e, ao tentar organizá-los, senti um estalo na coluna e fiquei presa. Já não consegui endireitar-me. A partir daí, fui piorando, piorando, até que, em agosto, praticamente deixei de andar. Ficou confirmado que era uma lesão do nervo ciático. Fui operada duas vezes em 2013 e voltei a ser operada em 2016, porque deveria ter parado a atividade logo no início. A nossa coluna, como tripulantes, está extremamente desgastada devido aos impactos das aterragens e a todas as exigências da profissão. Devido à minha lesão inicial, o impacto incidiu nas vértebras acima e abaixo da lesão, causando deterioração. Depois, numa aterragem particularmente forte, houve uma extrusão da hérnia nas vértebras superiores, o que me obrigou a nova cirurgia. Foi um total de três cirurgias. A lesão principal afetou o nervo ciático, a nível das vértebras L3 e L4.
7	Entrevistador: Com que idade iniciou o percurso profissional do tripulante cabine e qual a sua idade à data da inaptidão em definitivo para o voo?
8	T7: Pronto, inicie a atividade com 20 anos, e a inaptidão foi decretada em 2018, aos 37, 38 anos.
9	Entrevistador: Como foi o processo médico desde o acidente de trabalho até a decisão de inaptidão em definitivo para o voo?
10	T7: Foi complicado. Tive quatro advogados até que o último é que resolveu a situação. Inicialmente, foi-me atribuída apenas uma incapacidade, mas, como voltei a ser submetida a outra cirurgia, decidi que, provavelmente, continuar a voar representava um risco para a minha saúde e para o meu futuro. Por isso, iniciámos um pedido de revisão da incapacidade e, a partir daí, foi decretada a incapacidade definitiva para o trabalho habitual [inaptidão definitiva para o voo]
11	Entrevistador: Voltou a exercer funções após o acidente de trabalho? Se sim por quanto tempo até a decisão de inaptidão em definitivo para o voo?
12	T7: Como referi anteriormente, inicialmente tive apenas uma incapacidade [Permanente Parcial] e continuei a voar. Quando fui submetida à terceira cirurgia, foi então que parei completamente de voar. Isso aconteceu dois anos antes da decisão do tribunal.
13	Entrevistador: Portanto, desde o primeiro acidente de trabalho até à inaptidão em definitivo para o voo quanto tempo foi?
14	T7: 5 anos.
15	Entrevistador: Os critérios médicos para a inaptidão em definitivo para o voo foram claramente explicados por parte do Gabinete de Medicina do Trabalho? Entendeu por que não poderia continuar a exercer funções como tripulante de cabine?
16	T7: Na realidade, fui eu que pedi, porque também sou licenciada em Fisioterapia e sabia os riscos que corria, assim como os danos que já tinha na altura. Portanto, sugeri ao médico, e ele concordou plenamente.
17	Entrevistador: Os exames e avaliações médicas realizados foram suficientes e adequados para determinar a sua inaptidão em definitivo para o voo?
18	T7: Não, não. Eu realizei alguns exames às minhas custas, e foram esses que se revelaram determinantes na decisão. Foram os meus exames.
19	Entrevistador: Pode identificar os exames que foram feitos para complementar?
20	T7: Foi um eletromiograma e ressonância magnética.
21	Entrevistador: Solicitou uma segunda opinião médica antes da decisão final? Em caso afirmativo, houve divergência entre os pareceres médicos?
22	T7: Solicitei, até porque, entretanto, comecei a ler a lei e a conhecer melhor os meus direitos. A partir do momento em que comecei a demonstrar que não me conformava com o que diziam, eles começaram a complicar a situação. Nomeadamente na terceira cirurgia, em que a hérnia ocorreu na vértebra superior, alegaram que não tinha nexo causal com o primeiro acidente. Foi nessa altura que recorri aos meus próprios médicos, e a terceira cirurgia não foi paga pela seguradora, exatamente porque alegaram que não estava relacionada com o acidente. Claro que tinha nexos! O corpo humano é um todo, não somos partes, uma vértebra aqui, outra ali. Era evidente que estava relacionado. Por isso, fui operada por mim, com o meu seguro pessoal e com o médico da minha escolha. Todos os relatórios que apresentei foram da minha parte.
23	Entrevistador: Considera que os critérios médicos utilizados foram justos e coerentes com a sua condição de saúde?
24	T7: Em relação à sentença?
25	Entrevistador: Não. Ainda não. Na questão da avaliação médica.
26	T7: Por parte da empresa? Da Seguradora? Não, não foram justos. Não foram justos. Não foram.
27	Entrevistador: Pode explicar porquê? Por que considera que não foram justos?
28	T7: Foi o que eu referi na pergunta anterior. Portanto, eu continuei a voar depois das primeiras duas cirurgias, em que só tinha a incapacidade. Continuei a voar e, depois, quando voltei à seguradora, antes da terceira cirurgia, eu teria outra hérnia, que resultava dos impactos – não é? – de todos os impactos que sofremos devido às forças G nas aterragens e à turbulência. Foi considerado que aquela hérnia não tinha nexos com o acidente inicial.
29	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo pelo gabinete de Medicina do Trabalho da Companhia Aérea, foi encaminhada para o Gabinete de Medicina Aeronáutica?

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

30	T7: Não.
31	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo?
32	T7: Não.
33	Entrevistador: Houve uma comunicação clara entre o Gabinete de Medicina do Trabalho, a Companhia Aérea e o Gabinete de Medicina Aeronautica sobre a sua situação?
34	T7: Não.
35	Entrevistador: Identifique as falhas de comunicação.
36	T7: Falha de comunicação, obviamente. Desprezo pela pessoa. Senti-me um caso solitário, abandonada à minha sorte, no fundo. Os conhecimentos que eu tinha eram da minha formação e acho que não estão minimamente preparados para estas situações.
37	Entrevistador: Considera que os processos médicos atuais garantem uma decisão imparcial e equilibrada ou há influência de Companhias Aéreas, Seguradoras e outras partes interessadas?
38	T7: Claro que sim.
39	Entrevistador: Justifique.
40	T7: Olhe, deparei-me com muitas situações dessas na seguradora. Eu própria, por exemplo, ao questionar o médico, o cirurgião...portanto, ele viu a minha ressonância, e eu fiquei com bastantes limitações na perna – na força, na mobilidade –, ou seja, em toda a perna esquerda. O senhor olhou para a minha ressonância e disse que estava tudo bem. Eu questionei e disse: "A partir de agora, o senhor fala comigo de médico para fisioterapeuta, porque eu não sou como aquelas pessoas que estão ali fora e que aceitam tudo o que o médico diz como lei." E, a partir desse momento, as minhas consultas com ele foram canceladas. Fui atendida por outros médicos da seguradora. Em relação às seguradoras e à companhia [aérea], penso que sim, penso que prestam o mínimo possível às pessoas, limitando-se ao que está na legislação. Na verdade, não somos tratados como seres humanos.
41	Entrevistador: Qual o impacto da decisão de inaptidão em definitivo para o voo na sua vida profissional e pessoal?
42	T7: Bem, na minha vida pessoal, afetou-me bastante a vários níveis, porque foi uma mudança de vida drástica. Tive de optar por outras saídas profissionais. Por sorte, tinha uma boa estabilidade familiar que me podia auxiliar e recursos para me preparar para o futuro.
43	Entrevistador: O que mudaria no processo de avaliação médica, tanto da Medicina do Trabalho como da Medicina Aeronáutica, para tornar algo mais justo e transparente?
44	T7: Talvez a imparcialidade nos resultados e a justiça. Portanto, sermos honestos e coerentes.
45	Entrevistador: Vamos falar um pouco da Responsabilidade Social Corporativa. [...] Qual a primeira ação da companhia aérea, após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo? Houve um contacto formal para discutir os próximos passos?
46	T7: Não, não houve nada. Houve apenas da minha parte.
47	Entrevistador: A empresa ofereceu algum suporte imediato após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo?
48	T7: Não, não.
49	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo, foi implementado um plano de acompanhamento médico?
50	T7: Não.
51	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico imediato após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo?
52	T7: Não.
53	Entrevistador: Acredita que esse apoio teria sido essencial?
54	T7: Sim, eu própria tive apoio, mas às minhas custas, até que descobri que tinha algo mais de que desconhecia.
55	Entrevistador: Após a inaptidão em definitivo para o voo a empresa ofereceu outra função dentro da organização?
56	T7: Não. Ofereceu antes.
57	Entrevistador: Como assim?
58	T7: Antes da decisão da sentença, eu não podia... Quando tive alta da minha terceira cirurgia, eu não podia dar início ao pedido de revisão de capacidade, não poderia faltar ao voo, como é óbvio, até ter a decisão final. Convocaram-me para uma reunião, aproximadamente um ano antes da decisão do tribunal, para me oferecerem um cargo em terra, o qual não aceitei, pois implicava uma redução do meu ordenado base em cerca de 550 euros.
59	Entrevistador: Qual era a função e categoria profissional?
60	T7: Era administrativa. Penso que era uma função de administrativa.
61	Entrevistador: A organização possui um seguro de inaptidão em definitivo para o voo, para Tripulantes com incapacidade permanente parcial decorrente de acidente de trabalho?
62	T7: Não, não recebi nada. Por isso, tenho ainda um processo a decorrer exatamente para esse fim.
63	Entrevistador: Recebeu apoio jurídico ou administrativo da Companhia Aérea para entender e reivindicar os seus direitos laborais?
64	T7: Não.
65	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo, a empresa manteve contacto regular ou sentiu-se desamparada?
66	T7: Senti-me desamparada.
67	Entrevistador: O Departamento de Recursos Humanos ou o Gabinete de Segurança e Higiene no Trabalho prestaram apoio durante a sua transição?
68	T7: Muito pouco.
69	Entrevistador: Pode descrever, por favor?

70	T7: Falei com os recursos humanos. Acho que é um mundo à parte dentro da empresa. É uma pessoa extremamente simpática. Da parte da segurança [Gabinete de Segurança e Saúde no Trabalho], penso que falei algumas vezes com o responsável, mas nada em concreto. Mas não, a resposta é não.
71	Entrevistador: A empresa possui políticas eficazes da responsabilidade social para apoiar a tripulantes sinistrados?
72	T7: Não.
73	Entrevistador: Se pudesse retroceder no processo, o que acredita que a companhia aérea deveria ter feito de forma diferente no seu caso?
74	T7: Penso que a empresa deveria ter reunido comigo e com o meu advogado para prestar algum apoio, uma vez que a responsabilidade do dano lhe pertence. Acredito que deveria ter havido um pouco mais de humanidade em todo o processo.
75	Entrevistador: Em relação ao processo jurídico e aos direitos dos tripulantes sinistrados. Teve de recorrer a um processo legal para assurar os seus direitos?
76	T7: Sim.
77	Entrevistador: Em que momento isso ocorreu?
78	T7: Em vários momentos...em vários momentos, isso ocorreu no período de reavaliação. O advogado, que eu escolhi, teve de intervir. Tive de instaurar um processo para solicitar a apólice de seguro, pois nem a seguradora nem a companhia me respondiam. Tive de instaurar outro processo quando recusei o cargo em terra antes da decisão do Tribunal, pois a empresa suspendeu os pagamentos e o contrato. Assim, foi necessário interpor uma ação para que pagassem os ordenados em atraso. No entanto, não pagaram, e tive de recorrer a um agente de execução. A Companhia Aérea B foi condenada. Atualmente, tenho outra ação em curso para acionar o seguro.
79	Entrevistador: Qual seguro?
80	T7: O seguro de...é um seguro de...acho que é o de morte ou invalidez.
81	Entrevistador: Moveu uma ação judicial para o reconhecimento de uma Incapacidade Permanente Absoluta para o Trabalho Habitual [IPATH]?
82	T7: Sim.
83	Entrevistador: A decisão final confirmou o IPATH?
84	T7: Sim.
85	Entrevistador: Quanto o tempo durou o processo legal até a decisão final?
86	T7: O pedido de revisão demorou cerca de 1 ano e 3 meses. No total, foram aproximadamente 3 anos, desde a primeira ação instaurada no período de incapacidade até ao final do processo de revisão e à decisão de IPATH.
87	Entrevistador: Em que instância foi a decisão final?
88	T7: Tribunal da Relação.
89	Entrevistador: Acredita que o tempo de espera pela decisão judicial afetou significativamente a sua vida profissional e pessoal?
90	T7: Sim.
91	Entrevistador: Quais foram os impactos?
92	T7: Os impactos, no meu caso, foram significativos. Já queria sair de Lisboa há muito tempo, mas fiquei à espera, à espera, à espera...psicologicamente, é desgastante, porque queremos ter as coisas resolvidas, e o dinheiro não abunda, não é? É um processo muito difícil, psicologicamente exaustivo, até conseguirmos chegar a bom porto – que é aquilo a que temos direito.
93	Entrevistador: A seguradora impôs obstáculos ao reconhecimento dos seus direitos ou tentou minimizar a gravidade da sua situação?
94	T7: Sim, sim.
95	Entrevistador: Relate as dificuldades encontradas por favor?
96	T7: As dificuldades surgiram durante o processo, especialmente na junta médica do Tribunal. Eles tentam sempre levar a deles avante e desvalorizar a situação. No entanto, graças a Deus, os exames que realizei por minha iniciativa e a opinião do médico que me defendeu tiveram um peso decisivo. A avaliação dele valeu muito mais na decisão final.
97	Entrevistador: Sentiu que os seus argumentos e a sua documentação médica foram considerados de forma justa pelo sistema judicial?
98	T7: Sim.
99	Entrevistador: O sistema jurídico foi ágil e eficiente no seu caso ou enfrentou atrasos excessivos?
100	T7: Atrados excessivos.
101	Entrevistador: Por quê? Porquê da demora?
102	T7: Porque penso que são situações em que o processo poderia ser mais célere. Até porque as pessoas estão doentes, no fundo, e enfrentam uma luta...uma luta pela reivindicação pelos seus direitos, por aquilo a que têm direito e que a lei exige. Deveria ser um processo bastante mais célere.
103	Entrevistador: A perícia Médico-legal, a Junta Médica, para confirmar a sua IPATH foi conduzida de forma justa e transparente?
104	T7: Sim. sim. Foi.
105	Entrevistador: Considera que a legislação nacional e comunitária oferece uma proteção adequada aos Tripulantes sinistrados ou existem lacunas que considera necessário corrigir?
106	T7: Acho que existem bastantes lacunas.
107	Entrevistador: Pode indicar resumidamente?

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

108	T7: Penso que poderiam aproveitar melhor as pessoas e a sua formação de base. Isso poderia estar previsto na legislação, de forma a garantir que os profissionais fossem aproveitados em funções adequadas, em vez de serem colocados em cargos indiferenciados. Seria uma forma de premiar a pessoa dentro da própria empresa. Mas, pronto, imagino que isso seja difícil de implementar.
109	Entrevistador: Recebeu apoio de sindicatos ou associações para defender os seus direitos?
110	T7: Muito pouco.
111	Entrevistador: Como assim?
112	T7: A minha segunda advogada era a advogada do sindicato, mas não parecia disposta a empenhar-se muito no caso. Quando pedi que solicitasse a invalidez, ela respondeu: "Não, deixa estar, logo se pede." E pronto, foi assim. Depois, tive de ser operada novamente, precisei de contratar outro advogado e, só ao quarto, é que finalmente acertei.
113	Entrevistador: O suporte foi relevante para o seu caso?
114	T7: Irrelevante. Irrelevante sim.
115	Entrevistador: Que alteração pode sugerir na legislação para reforçar a proteção dos Tripulantes sinistrados?
116	T7: Pode repetir?
117	Entrevistador: Que alteração pode sugerir na legislação para reforçar a proteção de Tripulantes sinistrados?
118	T7: Como referi anteriormente, trata-se, no fundo, de não abandonar as pessoas, pois existem sempre lacunas na legislação. Seria importante integrá-las de forma a não perderem o seu poder de compra nem as condições de vida a que estavam habituadas e para as quais tinham a sua vida organizada. Não me estou a lembrar de mais nada.
119	Entrevistador: O que recomendaria a um tripulante que esteja a enfrentar um processo semelhante ao seu?
120	T7: Recomendaria falar com pessoas que tenham passado pela mesma situação, informar-se bem sobre a legislação da aviação e o Código do Trabalho, e, acima de tudo, escolher cuidadosamente quem nos vai defender. Aliás, cheguei a ter esta ideia uma vez, quando estava na seguradora a fazer fisioterapia. Havia imensa gente a ser enganada pela seguradora, e eu gostava de ter criado uma associação dos "enganados pelas seguradoras". No fundo, seria um grupo de apoio para quem estivesse a passar pelo mesmo processo. Acho que teria sido bastante interessante, com contactos de advogados, psicólogos e outros profissionais, criando uma base de apoio para ajudar aqueles que viessem a seguir e que precisassem de orientação para enfrentar este percurso.
121	Entrevistador: Muito obrigado. Obrigado pela colaboração.

T8 - TRIPULANTE DE CABINE 8

1	Entrevistador: Boa noite [T8], antes de mais muito obrigado. Posso pedir-lhe autorização para a gravação da entrevista?
2	T8: Sim. Está autorizado.
3	Entrevistador: É portador de uma incapacidade permanente parcial que determinou uma inaptidão em definitivo para o voo decorrente de um acidente de trabalho nas funções de tripulante de cabine?
4	T8: Sim.
5	Entrevistador: Pode detalhar sumariamente a natureza da sua incapacidade?
6	T8: O meu joelho não opera devido a esse acidente. Já não tenho cartilagem e sinto muitas dores. Resumidamente, o joelho não funciona. Essa condição compromete a minha aptidão, sobretudo em situações que exijam evacuação de emergência. Na parte de segurança, em procedimentos de evacuação de passageiros, saltar por cima de cadeiras, apagar um fogo ou qualquer outra necessidade operacional, o joelho não me permite realizar essas funções adequadamente. Além disso, no dia a dia da nossa profissão, há exigências físicas como agachamentos, recolha de objetos e o próprio serviço a bordo, que requerem esforço físico. O meu joelho não permite esses movimentos sem dor ou limitações. Foi então determinado, com base nas legislações europeias, que eu não poderia continuar a exercer a função. Essa decisão não partiu de mim, mas sim do cumprimento das normas europeias, que exigem que os funcionários estejam fisicamente aptos para desempenhar as suas funções. Foram analisadas ressonâncias magnéticas, ecografias e outros exames, e fui avaliado fisicamente em várias instâncias. No final, foi determinado que já não existiam condições para que eu continuasse a exercer a minha profissão.
7	Entrevistador: Em resumo como ocorreu o acidente de trabalho e quais foram as lesões resultantes?
8	T8: Isto não aconteceu propriamente a bordo. Foi antes... foi antes do... foi antes do Sign On. Na verdade, não ocorreu dentro da aeronave, mas sim no período anterior, nos 30 minutos que antecedem a apresentação. Foi algo que aconteceu já fardado, cerca de 15 minutos antes do Sign On. Foi um acidente um pouco... parvo, por assim dizer, e prefiro deixar por aí, porque não aconteceu exatamente dentro do avião. Por isso, não considero que seja tão relevante.
9	Entrevistador: Mas, ainda assim, foi considerado acidente de trabalho, correto?
10	T8: Sim, porque já estava naquele período de deslocação para o serviço. O acidente ocorreu 15 minutos antes do Sign On. Inclusive, nessa altura, dirigi-me imediatamente para o TTA. Já estava fardado e encontrava-me nas imediações do aeroporto, mais precisamente no parque de estacionamento.
11	Entrevistador: Com que idade iniciou o seu percurso profissional como Tripulante de Cabine e qual era a sua idade à data da inaptidão definitiva para o voo?
12	T8: Iniciei a minha carreira como Tripulante de Cabine aos 18 anos, numa empresa. Aos 21, mudei para outra companhia. A inaptidão para o voo foi determinada em 2019, salvo erro, o que significa que tinha cerca de 35 ou 36 anos na altura. 36 anos. Cerca de 18 anos depois de começar a voar.
13	Entrevistador: Como foi o processo médico, desde o acidente de trabalho até à decisão de inaptidão em definitivo para o voo?
14	T8: Por parte da seguradora ou por parte da Companhia Aérea A? Porque são dois processos que correm...
15	Entrevistador: O processo médico, portanto, desde o acidente de trabalho, existiu o acidente de trabalho e o processo médico até à decisão da inaptidão pelos serviços médicos da Medicina do Trabalho?
16	T8: Ok, vou tentar, então, fazer aqui uma sinopse do que aconteceu. O acidente de trabalho ocorreu em fevereiro. Fui reencaminhado pela Medicina do Trabalho A para realizar ressonâncias magnéticas, raios X, entre outros exames. Tratei-me numa unidade de saúde que, creio, pertence ao Hospital da Companhia de Seguros A, localizada nas Torres de Lisboa. É a unidade de saúde da Companhia de Seguros A, que presta serviços como seguradora da Companhia Aérea A, e, teoricamente, era aí que deveria ser acompanhado. Na ressonância magnética, em poucos segundos, o médico constatou que a lesão era gravíssima e que não havia outra opção senão proceder à cirurgia. Marcámos a cirurgia para depois da inflamação diminuir. Já não me recordo se foi 10 ou 15 dias depois. A cirurgia foi realizada nas Torres de Lisboa, junto à Segunda Circular. Foi uma cirurgia relativamente simples, dentro do possível. Tratou-se de uma reconstrução do ligamento cruzado. A lesão consistia numa rutura total do ligamento cruzado anterior, acompanhada de danos no menisco e na cartilagem. Como foi uma rutura total, fizeram a reconstrução do ligamento, retirando um tendão da parte de trás da perna e utilizando-o para criar um novo ligamento. Não sei o termo médico exato, mas é um procedimento comum. Após a cirurgia, fiquei um ou dois dias no hospital, mas depois começou a parte mais difícil: a fisioterapia. A fisioterapia foi indicada por um prestador escolhido pela Companhia de Seguros A, com base na minha área de residência. Como moro em Cascais, ficou determinado que o meu processo seria acompanhado e tratado aqui. O esquema era simples: "Agora vai fazer 20 sessões, todos os dias". Ou seja, 20 sessões correspondiam a cerca de um mês, e depois havia uma nova avaliação. A recuperação foi muito difícil. A lesão e a reconstrução eram graves. No primeiro mês, eu mal podia pôr o pé no chão, o que fez com que perdesse toda a massa muscular na perna, ficando praticamente sem força. O tempo de recuperação típico para este tipo de lesão varia entre 6 a 8 meses, mas, no meu caso, por ser uma pessoa alta e precisar de mais estabilidade muscular, indicaram-me um prazo mais próximo dos 8 meses. Durante esse período, mês a mês, ou a cada 90 dias, fazia consultas na Companhia de Seguros A para acompanhar a evolução. Analisavam a recuperação da massa muscular, a mobilidade, a flexibilidade, entre outros aspetos. No início, o progresso era muito lento, mas fui melhorando gradualmente. No entanto, apesar da melhoria, as dores persistiam. Não conseguia dobrar bem a perna, fazer agachamentos, e havia um estalar constante na articulação. À medida que os meses passavam, comecei a ficar preocupado, pois via o tempo de recuperação a esgotar-se sem que houvesse uma solução definitiva para as dores e limitações. O processo foi-se prolongando, com sucessivas tentativas de melhoria. Continuava com sessões de fisioterapia marcadas pela Companhia de Seguros A, que até providenciava transporte, uma vez que, no primeiro mês, eu não podia conduzir nem sequer apoiar o pé no chão. O transporte vinha buscar-me a casa, levava-me às sessões e trazia-me de volta. Ao fim de cerca de um ano de tratamento, disseram-me: ", nós aqui não podemos fazer mais nada por si". Foi um verdadeiro choque. A

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

	mensagem era clara: "Ou melhora com o que já foi feito, ou não há mais nada a fazer". Foi nesse momento que comecei a entrar em pânico. Nunca, na altura do acidente, imaginei que não poderia voltar a voar. Isso nunca esteve nos meus planos. Já tinha tido outros acidentes de trabalho e lesões antes, sempre recuperei e regresssei à atividade. Por isso, esta possibilidade nem me passava pela cabeça. Quando passou um ano, fui então chamado a uma junta médica, creio eu, na Companhia de Seguros A. Foi nesse momento que me informaram que não podiam fazer mais nada por mim. Disseram-me que iriam dar-me – não sei se se chama alta ou fim de tratamento, não sei o termo exato – para encerrar o processo. A partir daí, começaram a determinar as percentagens de incapacidade, ou seja, o grau de inaptidão. Com essa informação, tive de informar a Companhia Aérea A sobre a minha situação. Nesse contexto, apresentei a documentação e fui convocado para consultas na Medicina do Trabalho A. Nessas consultas, houve algumas conversas com a médica sobre as consequências da minha condição e até que ponto eu poderia continuar a desempenhar as funções. No entanto, a questão não era apenas sobre o que eu conseguia aguentar, mas sim sobre a minha real capacidade física para exercer o cargo. O primeiro passo foi a avaliação da Medicina do Trabalho A, que determinou que eu não poderia voar mais. A partir desse momento, retiraram-me a licença.
17	Entrevistador: Marcaram uma junta médica para determinar uma inaptidão em definitivo para o voo?
18	T8: Sim, mas há dois termos distintos, não é? Uma coisa é a Inaptidão para o voo, outra é a Inaptidão Física. Ou seja, há pessoas que... Como posso explicar? Em termos de inaptidão, a Medicina do Trabalho determina que o tripulante não pode voar mais. Com essa decisão, tem de entregar a licença e o seu vínculo laboral com a Companhia Aérea A termina. Paralelamente, há outro processo que corre com a Companhia de Seguros A, que é um assunto distinto. A partir desse momento, tive de tomar uma decisão. Foi extremamente difícil, mas a verdade é que eu já não estava em condições – e continuo a não estar, infelizmente. Mas a vida segue. Tive de tomar essa decisão porque não havia alternativa. Não podia continuar indefinidamente com fisioterapia. Já estava há um ano em tratamento intensivo, além dos meus treinos pessoais, pois sempre fui muito focado e orientado por objetivos. O meu objetivo era recuperar totalmente, voltar a fazer as coisas que gosto – brincar com os meus filhos, praticar desporto... Mas, infelizmente, nunca mais pude correr, saltar ou praticar alguns desportos que adorava, porque o joelho simplesmente não permite. Tive de adaptar toda a minha vida a essa nova realidade. Foi uma mudança muito grande. Depois, o processo seguiu o seu curso na Companhia de Seguros A.
19	Entrevistador: Voltou a exercer funções de tripulante de cabine após o acidente de trabalho?
20	T8: Não, não, não. A partir desse momento, nunca mais consegui. Naquele primeiro ano, mal conseguia caminhar, subir escadas. Depois disso, o processo seguiu o seu curso normalmente, mas eu nunca mais recuperei totalmente.
21	Entrevistador: Os critérios médicos para a sua inaptidão em definitivo para o voo, foram claramente explicados por parte do Gabinete de Medicina do Trabalho? Entendeu porque não poderia continuar a exercer as funções de tripulante de cabine?
22	T8: Sim, nessas últimas reuniões, a decisão era um pouco forçada. Quase que não me davam uma escolha real. Foi como se dissessem: "Temos esta situação, estas limitações, e agora?" Mas, no fundo, a decisão era minha. Se eu quisesse, poderia sujeitar-me a inúmeras infiltrações, tomar Brufen antes de cada voo e continuar assim indefinidamente. Mas eu expliquei: "Tenho 35 anos, o meu fígado e o meu corpo não vão aguentar tomar Brufen durante 30 anos só para conseguir voar." Porque, de facto, eu não conseguia voar nessas condições. Disse claramente: "Peço desculpa, mas eu não consigo fazer isso." Estavam a colocar-me entre a espada e a parede, perante uma decisão que eu simplesmente não podia tomar. O que me foi dito? Algo como: "Mas veja lá, é tão novo! Vai deixar de voar para sempre?" Pintavam um cenário dramático, quase como se eu estivesse a desperdiçar uma oportunidade. Acredito que, ao longo deste processo, tanto do lado da Companhia de Seguros A como da Companhia Aérea A, existiam muitos interesses comerciais que pressionavam as pessoas. Não senti que houvesse uma verdadeira liberdade para seguir com a minha vida de forma independente e sem interferências.
23	Entrevistador: Os exames e avaliações médicas realizados foram suficientes e adequados para determinar a sua inaptidão em definitivo para o voo?
24	T8: Sim, isso nunca gerou grande dúvida. As minhas lesões eram evidentes, o diagnóstico do médico era claro, e a operação confirmou tudo. Além disso, ficou igualmente evidente que, se um ano de fisioterapia não resolveu o problema, nada mais poderia ser feito. Até hoje, já passaram quatro anos, e continuo a sentir as mesmas limitações. Essa parte nunca esteve em questão.
25	Entrevistador: Solicitou uma segunda opinião médica desde a decisão final?
26	T8: Da decisão final da inaptidão?
27	Entrevistador: Da inaptidão pelos serviços de Medicina do Trabalho.
28	T8: Não me recordei bem do timing, mas sei que, ao longo de todo esse processo, é muito comum as pessoas recorrerem a um segundo especialista. No meu caso, por se tratar de uma questão ortopédica, fui recomendado pelo meu advogado a consultar um ortopedista. Foi com esse ortopedista e com o meu advogado que tive de enfrentar a Companhia de Seguros A nesse assunto. Portanto, sim, consultei esse ortopedista, mas já não me recordei bem se foi um pouco antes ou depois de determinada fase do processo.
29	Entrevistador: Houve divergências nos pareceres?
30	T8: As divergências prendiam-se, sobretudo, com a minha tolerância à dor, e não tanto com o parecer clínico. Ou seja, todos concordavam que eu tinha, de facto, os problemas que apresentava. A questão era outra. Chegou a um ponto em que perguntei diretamente: "O que é que sugerem? Que eu continue com infiltrações, Brufen e gelo após cada voo, apenas para conseguir aguentar? Ainda me faltam 30 anos de carreira, não estamos a falar de um ou seis meses para a reforma. Sou demasiado novo para continuar a destruir o meu corpo desta forma." A pressão atmosférica não me fazia bem, o joelho inchava e desinchava constantemente, agravando-se a cada esforço. Não era sustentável. Portanto, a divergência não estava no diagnóstico clínico – isso nunca foi posto em causa, pois era evidente. A dúvida residia apenas na tomada de decisão: se eu iria realmente encerrar o contrato ou não.
31	Entrevistador: Considera que os critérios médicos utilizados foram justos e coerentes com a sua condição de saúde?

32	T8: Da parte da Medicina do Trabalho ou da parte da Companhia de Seguros?
33	Entrevistador: Da parte da Medicina do Trabalho.
34	T8: Sim. Da parte da Medicina do Trabalho, foi, de certa forma, um processo de aceitação. Reconheceram que, de facto, eu tinha esta condição e que realmente não podia continuar. Foi tudo muito simples nesse sentido.
35	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo pelo gabinete de Medicina do Trabalho da Companhia Aérea foi encaminhado para o gabinete de Medicina Aeronáutica?
36	T8: Acho que não sei exatamente o que é esse gabinete, para ser sincero. Posso estar a cometer um grande erro ao falar sobre isso.
37	Entrevistador: [...]
38	T8: No meu caso, como o ortopedista que me operou era um médico da Companhia de Seguros A, num hospital, essa ponte foi feita diretamente por aí. Acabei por não ter grande contacto com outras instâncias. O processo foi liderado, sobretudo, pela médica da Medicina do Trabalho, que assumiu um papel central nessa fase.
39	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo?
40	T8: Não. Não.
41	Entrevistador: Houve uma comunicação clara entre a Medicina do Trabalho, a Companhia Aérea e o gabinete de Medicina Aeronáutica sobre a sua situação?
42	T8: Na parte de voo?
43	Entrevistador: Na sua percepção...houve uma comunicação clara sobre a sua situação entre a Medicina do Trabalho, a Companhia Aérea e o gabinete de Medicina Aeronáutica?
44	T8: Na minha opinião, não foi nada claro. Senti que era eu quem tinha de informar a minha chefia sobre o que se estava a passar. Se a questão é saber se me senti apoiado ou acompanhado, a resposta é não, zero. Quando ocorre uma situação destas, uma verdadeira tragédia a nível profissional, a pessoa sente-se extremamente isolada, e isso torna tudo muito mais complicado. Posso dizer que estes foram os piores anos da minha vida profissional, precisamente por essa razão. Era sempre eu quem tinha de comunicar: "Está a acontecer isto", "Agora vou à junta médica", "Agora estou nesta fase". Tinha de informar constantemente que estava de baixa, que estava a passar por determinado processo, porque, caso contrário, nem sequer sabiam se deveriam continuar a incluir-me no planeamento ou não. Havia claramente necessidade de uma comunicação mais eficaz para que houvesse um real acompanhamento da situação. Lembro-me até de um episódio caricato em que, salvo erro, não sei se chegaram a emitir planeamento para mim ou se faltava algo no sistema. Não chegou ao ponto de ser um problema grave, mas demonstrava uma total falta de conhecimento e acompanhamento do que se estava a passar. No entanto, não quero afirmar que isto se deve exclusivamente à Companhia Aérea A ou à Companhia de Seguros A. Talvez fosse mais uma questão relacionada com a pessoa que estava naquela função, naquele momento. Acredito que estas situações envolvem um pouco das duas coisas: falta de estrutura e falta de sensibilidade por parte de quem gere os processos.
45	Entrevistador: Considera que os processos médicos atuais garantem uma decisão imparcial e equilibrada ou há influência das Companhias Aéreas, Seguradoras e outras partes interessadas?
46	T8: Acho que há influências.
47	Entrevistador: Pode resumir assim.
48	T8: Acho que isto é um pouco como tudo, e não apenas no setor da aviação. No caso das seguradoras, percebe-se claramente que há um custo financeiro associado a estes processos, não é? Seja nas sessões de fisioterapia, seja na pressa em querer pôr as pessoas de volta ao trabalho, há um interesse comercial evidente. Isso é perceptível. O discurso da seguradora é muitas vezes algo como: "Pronto, já não lhe vamos dar mais sessões de fisioterapia, já não vai melhorar mais, então decida." Há uma grande pressão nesse sentido. Por outro lado, na Medicina do Trabalho, há um discurso diferente, mas igualmente pressionante: "Olhe que esta decisão é para sempre, veja bem, você é tão novo..." A minha grande mágoa, digamos assim, é essa: a pessoa acaba por ser tratada como um número. O interesse principal parece ser apenas que volte a voar e a produzir. Eu compreendo perfeitamente esse ponto de vista e não quero parecer uma vítima, porque não é esse o meu intuito. Aliás, penso que a ideia deste estudo passa precisamente por isso: melhorar os processos e torná-los mais justos para quem passa por estas situações. Mas sim, existe claramente uma pressão. Da parte das seguradoras, essa pressão só pode ser financeira, não é? Porque, no fundo, a seguradora presta um serviço e, quanto mais sessões de fisioterapia forem necessárias, mais dinheiro têm de gastar. Se houver lugar a indemnizações, há mais custos envolvidos. E, por outro lado, quanto mais depressa colocarem as pessoas novamente a voar, mais rapidamente voltam a produzir, há menos baixas e aumentam as oportunidades operacionais. Essa lógica sente-se claramente em todas as fases do processo.
49	Entrevistador: Qual foi o impacto da decisão de inaptidão em definitivo para o voo na sua vida profissional e pessoal?
50	T8: É devastador. Foi, sem dúvida, a decisão mais difícil da minha vida. Vem a depressão, a ansiedade, a necessidade de acompanhamento psicológico e psiquiátrico para tentar lidar com tudo isto. A ansiedade é enorme, porque a pessoa não sabe o que o futuro lhe reserva – em termos financeiros, familiares e profissionais. Num dia, estamos a fazer aquilo de que gostamos, aquilo que imaginamos continuar a fazer para sempre. Eu ainda era muito novo. Tinha 35 anos, era chefe de cabine há pouco mais de um ano. Aliás, era um dos chefes de cabine mais novos da Companhia Aérea na altura. A minha vida estava tranquila, tudo parecia bem encaminhado. E, de um momento para o outro, tudo muda. Não foi o acidente em si que mudou tudo, mas sim aquilo que veio depois. Porque, na minha cabeça, tudo seguiria um percurso normal de recuperação. Nunca imaginei que não conseguisse recuperar totalmente. E não acho que isso tenha sido devido a uma má fisioterapia ou a uma má operação. Não tenho queixas da parte dos cuidados médicos. Pelo contrário, acho que o meu médico foi impecável e que essa parte do processo foi bem conduzida. Mas o impacto que esta situação tem nas pessoas é brutal. É uma mudança de vida total.
51	Entrevistador: O que mudaria no processo de avaliação médica tanto da Medicina do Trabalho como da Medicina Aeronáutica para torná-lo mais justo e transparente?

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

52	T8: Eu acho que deveria haver uma ligação ou alguém. Obviamente, isto tem sempre custos, mas tinha que haver alguém da empresa a apadrinhar estes casos, ou pelo menos a acompanhar estas situações. Uma pessoa a quem se pudesse reportar diretamente. Recordo-me de que, quando ia à Medicina do Trabalho, tentei – e consegui – criar alguma amizade, digamos assim, com uma das pessoas da parte administrativa. Pronto, eu ia lá, pegava na baixa e ela ajudava-me, encaminhando-me. Não se trata de as pessoas serem crianças e não conseguirem fazer as coisas sozinhas, mas, numa fase tão vulnerável das nossas vidas, em que não sabemos o dia de amanhã, estamos fisicamente debilitados e sem rumo, é essencial algum apoio. E, inevitavelmente, devido a essas questões comerciais, que se sentem logo à partida, a pessoa não sabe se os médicos, os enfermeiros e todos os envolvidos no sistema estão a pressionar-nos para o bem da empresa e dos seus interesses comerciais, ou se realmente têm em conta o nosso futuro. E essa foi a principal decisão que tive de tomar: perceber que tinha que cuidar de mim próprio, porque, se não o fizesse, iria apenas destruir mais 30 e tal anos da minha vida. Se eu já não estava bem naquele momento e não conseguia suportar as funções, não iria funcionar a longo prazo. Se me perguntassem: "Será que conseguias aguentar um voo?" Se fizesse uma infiltração, tomasse três Brufen e colocasse gelo antes e depois, talvez conseguisse um voo. Mas e quando tivesse três pernas num dia e três no outro? E quando tivesse que fazer isso durante 30 anos? Era algo insustentável. Para melhorar esta situação, deveria existir alguém dentro da empresa para apadrinhar estes casos, acompanhar as pessoas e garantir um feedback constante. Alguém que dissesse: "Não se esqueça, agora tem que fazer isto, agora faz aquilo, vamos falar, vamos resolver esta questão." Claro que isto é muito complicado, porque da parte da empresa dificilmente haverá uma representação legal a favor do trabalhador. No fim das contas, os interesses são contrários. A disputa legal nem é diretamente com a Companhia Aérea A, pois, no fundo, a luta acaba por ser contra a Companhia de Seguros A, que é contratada pela companhia aérea. Mistura-se tudo, e, quando estas situações acontecem, torna-se difícil perceber exatamente quem são os nossos adversários. Mas sim, acho que o que falta é precisamente essa parte: um gabinete ou uma pessoa que faça esse acompanhamento, para que os trabalhadores não se sintam tão abandonados e isolados. Tem de haver um elo de ligação, seja um responsável, seja um sistema que oriente e encaminhe as pessoas. Até hoje, recebo telefonemas de pessoas que me pedem ajuda e querem saber como proceder, exatamente como eu fiz naquela altura. E, assim como me ajudaram, eu também tento ajudar os outros.
53	Entrevistador: Qual foi a primeira ação da Companhia Aérea após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo?
54	T8: Eu acho que a companhia quase nem teve. É o que eu estou a dizer, parecia que era sempre eu a tomar a iniciativa. Por exemplo, se a minha baixa terminava no dia 30, eu ficava com aquela ansiedade de não saber o que iria acontecer no dia 31 ou no dia seguinte. Então, era eu que me deslocava lá e perguntava: "E agora?" Eu estava sempre a antecipar o próximo passo, porque não queria ser apanhado em falso. Não queria ter uma baixa injustificada, nem que fosse por um único dia. Por isso, nem posso dizer que tenha sido a companhia a fazer alguma coisa. Sempre fui eu quem procurou a solução para o problema. Acho que não consigo responder a essa questão de outra forma.
55	Entrevistador: A empresa ofereceu algum suporte imediato após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo?
56	T8: Em termos de trabalho?
57	Entrevistador: Não, em termos de suporte nos processos, suporte psicológico ou suporte...
58	T8: Não. Nada.
59	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo, foi implementado um plano de acompanhamento médico por parte da Companhia Aérea?
60	T8: Não.
61	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico imediato após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo?
62	T8: Não. Eu é que fui buscar.
63	Entrevistador: E esse apoio teria sido essencial?
64	T8: Sem dúvida.
65	Entrevistador: Após a inaptidão em definitivo para o voo, a empresa ofereceu outra função dentro da organização?
66	T8: Não houve nada de forma formal. Houve algumas conversas informais sobre o assunto, mas todas muito desanimadoras. E, lá está, voltamos àquela mesma questão: como é que isso se sente? Sente-se no facto de que eu era, provavelmente, o chefe de cabine mais novo da empresa naquela altura – uma empresa com centenas de trabalhadores. Tinha o salário que tinha, ocupava um cargo de responsabilidade, e, de repente, as opções que me apresentavam eram algo do tipo: "Pronto, temos aqui esta função A ou B." O problema é que o salário seria obviamente muito diferente. O vencimento base nem sei se poderia ser o mesmo ou não, mas, com todos os componentes variáveis que fazem parte da nossa remuneração, a diferença seria enorme. Além disso, as funções sugeridas eram muito pouco apelativas em termos intelectuais e não tinham qualquer relação com o trabalho que desempenhávamos. Não havia, por parte da empresa, qualquer tipo de interesse ou abertura para encontrar uma solução diferente. Por isso, essa hipótese nem chegou realmente a ser colocada em cima da mesa.
67	Entrevistador: Não identificaram nunca as opções e a categoria profissional?
68	T8: Acho que, nessa conversa informal, falou-se um pouco sobre o que poderia, talvez, estar disponível.
69	Entrevistador: Recorda-se ou não?
70	T8: Era no call center, era algo desse género. Não quero dizer "arquivos", mas era algo muito desanimador. Não quero usar a palavra "básico", mas era algo assim. E, pela conversa, percebi que era uma proposta feita quase para que eu recusasse. Senti um pouco isso. A questão era o meu salário. Ficava claro que pensavam: "Este rapaz tem 35 anos, um salário muito elevado para Chefe de Cabine, mas, para ele, acaba por ser pouco, considerando os rendimentos variáveis, como ajudas de custo, perdiems, etc." Colocaram-me uma opção em que eu ganharia quatro vezes mais do que um colega do lado, no call center. Mas isso não fazia sentido. Eu não teria qualquer experiência naquela função, faria um trabalho pior do que os que já estavam lá há anos, e isso não seria justo para os meus colegas. O ambiente de trabalho não seria adequado, não havia qualquer tipo de acompanhamento ou uma solução viável. Depois, a empresa poderia sempre justificar-se: "Ah não, mas são as circunstâncias do mercado." Isto aconteceu

	mesmo na altura da pandemia. Foi um período estranho em todos os aspetos. O meu acidente foi antes da crise do Covid-19, e saí da empresa pouco antes disso. Acho que foi em fevereiro, e o Covid surgiu logo a seguir. Foi uma situação muito estranha em todos os aspetos.
71	Entrevistador: A organização possui um seguro de inaptidão em definitivo para o voo aplicável a Tripulantes com incapacidade de permanente parcial decorrente de acidente de trabalho?
72	T8: Eu creio que sim, porque eu fui. Eu recebi, depois, da Companhia de Seguros C. Recebi um bolo, digamos assim. Fui lá, fui eu que fui. Um bocadinho também porque me informei: onde é que é, o que é que se faz e então vou ali para onde? E depois, ao perguntar, eles informaram-me onde era e o que tinha de fazer. E fui, e fui, e fiz.
73	Entrevistador: A empresa garantiu o pagamento dessas compensações financeiras e benefícios legais associados a esse seguro?
74	T8: Eu não creio que eles tenham perguntado se eu fui lá e tratei das coisas ou não. Eu é que sou muito expedito, digamos assim, e fui logo tratar de tudo o quanto antes. E sim, correu tudo bem. Houve alguns atrasos nos pagamentos, mas acabaram por pagar, e está tudo bem.
75	Entrevistador: Recebeu apoio jurídico ou administrativo da Companhia Aérea para entender e reivindicar os seus direitos laborais?
76	T8: Não.
77	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo a empresa manteve contacto regular ou sentiu-se desamparado?
78	T8: Desamparado, totalmente desamparado.
79	Entrevistador: O Departamento de Recursos Humanos ou o Gabinete de Segurança e Saúde no Trabalho prestaram apoio durante a transição?
80	T8: Não. Eu fiz essas coisas pelos meus próprios meios. Na parte jurídica, contratei um advogado, tratei de tudo e, depois, o processo ainda decorreu por mais dois ou três anos. Essa parte foi toda minha, sozinho. Foi uma caminhada muito solitária.
81	Entrevistador: A empresa possui políticas eficazes de responsabilidade social para apoiar tripulantes sinistrados?
82	T8: Eu acho que os seguros funcionam. Acho que o que está implementado, no papel, está bem estruturado. Por um lado, posso dizer que fui muito bem tratado e não posso queixar-me disso. A cirurgia foi muito boa, os seguros contratados são sólidos e, corporativamente, tudo parece estar em conformidade. A sensação, no entanto, é que a empresa faz tudo para não ser apanhada em falso. No sentido em que tem os seguros, e isso funciona – desde que tudo encaixe no perfil certo. Se todos os requisitos forem cumpridos, o processo segue o seu rumo. Mas depois, a verdadeira batalha já não é com a empresa, é com a Companhia de Seguros A. Isso é outra questão. O que falta é esse tal elo. A pessoa sente-se desamparada, como se estivesse a navegar sozinha pelo processo, sem orientação. É como se disséssemos: "Estou a fazer isto, mas e agora? Como é que isto funciona?" É um caminho desconhecido, e quando chega a altura, acaba por ser uma surpresa para todos. Eu estive 14 ou 15 anos na empresa e tive um ou outro acidente de trabalho, situações normais e relativamente banais, mas nunca nada desta magnitude.
83	Entrevistador: Identificou algumas boas práticas que poderiam ser melhoradas nessas políticas por parte da empresa?
84	T8: As boas práticas, na minha opinião, estão presentes no acompanhamento hospitalar. Essa parte foi muito bem feita. A cirurgia correu bem, as fisioterapias também, e tudo o que a companhia contrata nesse âmbito está muito bem organizado. O que falta é esse tal elo. O que pode ser melhorado é precisamente isso: ter alguém que acompanhe a pessoa durante o processo, que ajude a perceber o que tem de ser feito, como está a evolução, qual é o objetivo, qual a previsão. Ninguém sabe nada. É como se dissessem: "Ok, depois ligue daqui a um ano." Durante esse ano de fisioterapia, por exemplo, o contacto foi praticamente nulo. A única coisa que fazia era ir informando e entregando os papéis das baixas. Sempre que os entregava, era apenas isso – nada mais.
85	Entrevistador: Se pudesse retroceder no processo, o que acredita que a Companhia Aérea deveria ter feito de forma diferente no seu caso?
86	T8: Podia ter sido mais humana. Acho que tudo se resume a isso. A companhia podia ter sido mais humana comigo. E, talvez, o resultado fosse exatamente o mesmo, mas, se calhar, não teria gerado tanta ansiedade, tanto stress, tanta preocupação. Também faltou uma explicação mais clara. Mais transparência sobre os passos do processo: "Pode acontecer isto, pode acontecer aquilo, estas são as consequências." Em vez disso, a pessoa vai explorando tudo pelo caminho, e isso é muito assustador. Independentemente da idade, é sempre muito assustador. Acredito que há pessoas mais capazes e outras menos capazes do que eu, e para algumas pode ter sido ainda mais assustador do que foi para mim. No fundo, está em risco tudo: a nossa carreira, a nossa vida, o nosso sustento. E isso é muito assustador.
87	Entrevistador: Teve de recorrer a um processo legal para assegurar os seus direitos
88	T8: Sim.
89	Entrevistador: Em que momento isso ocorreu?
90	T8: Ocorreu quando a companhia de seguros, depois de quase encerrado o processo das juntas médicas, declarou que eu tinha... e agora não me recordo bem do termo...recebi uma declaração, uma declaração de... um IPA. As siglas exatas não sei. Um é o IPATH, pelo que me explicou o meu advogado. Mas, para além do IPATH, incapacidade permanente para trabalho habitual...
91	Entrevistador: Um IPP...incapacidade permanente parcial?
92	T8: Exatamente. A companhia de seguros disse logo que eu tinha IPP quando foi elaborado o relatório para esse efeito. O que não me queriam atribuir era o IPATH. O IPATH é o que envolve o pagamento de subsídios e outras compensações. A IPP atribuíram de imediato, com os tais 5% ou 8% determinados nas juntas médicas. Era claro, nunca houve dúvidas em relação à lesão, pois era algo evidente. O que a companhia de seguros tentou argumentar, inicialmente, foi que eu não teria direito ao IPATH. Chegou ao ponto de, na decisão dos juízes – que não tinham qualquer ligação à aviação –, sugerirem que, como chefe de cabine, eu poderia delegar algumas funções quando necessário. Por exemplo, como eu afirmava que não conseguia fazer certas recolhas nem desempenhar algumas tarefas, e que, em caso de emergência, não estaria fisicamente apto, sugeriram que eu simplesmente delegasse essas funções. Isso estava escrito no relatório. Ou seja, segundo essa lógica, quando chegasse ao momento de realizar certas tarefas, eu

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

	não as faria, porque "o chefe de cabine apenas se senta e não executa funções físicas". Tivemos que explicar – várias vezes – o que realmente implica a função de chefe de cabine, a função de comissário de bordo, qual era a minha rotina e quantas horas trabalhava por dia. Tive de esclarecer que os turnos variam: às vezes são 12 horas, às vezes são três voos num dia; se for um voo para São Paulo, é apenas um, mas, se forem voos na Europa, podem ser três. A sugestão de delegar funções era completamente inviável. O meu advogado e eu explicámos que isso não era permitido, pois os regulamentos internacionais da aviação civil, incluindo as convenções de Genebra, não permitem que um tripulante esteja a bordo sem estar totalmente preparado para cumprir todas as suas funções de segurança. Na primeira instância, a sentença não atribuiu o IPATH, apenas o IPP, que, na prática, resulta numa pensão irrisória. O IPATH, por outro lado, corresponde a uma percentagem do salário. Recorremos ao Tribunal da Relação e, por unanimidade, ficou provado que, sim, eu deveria receber o IPATH. O processo foi muito desgastante, pois ficou evidente que ele foi sendo arrastado, indo para trás e para a frente. Fui chamado a várias juntas médicas, houve esperas de seis meses para uma decisão, um mês para outra, depois o médico estava fora...enfim, o processo foi um pesadelo do início ao fim. E o Tribunal da Relação, por unanimidade, decidiu também que o processo não tinha sido bem conduzido, quase a sugerir negligência da própria juíza. Sugerir que eu não fizesse metade do trabalho quando tivesse dores no joelho, que me encostasse e mandasse os outros trabalhar porque era chefe, era simplesmente ridículo. Chegou-se ao ponto de questionar: "Se ele, em termos de segurança, não está apto e houver uma emergência, quem é que se responsabiliza?" Quando se trata de segurança, parece que a abordagem muda um pouco. E, a partir desse momento, foi decidido, por unanimidade, que eu deveria receber o IPATH. A partir daí, o processo continuou, mas foi necessário passar por novas juntas médicas. Fui convocado novamente e, numa dessas vezes, quando cheguei, mandaram-me para fora da sala: "Você não está aqui a fazer nada. Espere lá fora." Fiquei do lado de fora, enquanto o meu advogado e o meu ortopedista falavam com o advogado e o ortopedista da Companhia de Seguros A. E eu ouvia a discussão lá de fora: um dizia que um jogador de futebol já teve a mesma lesão e voltou a jogar, outro argumentava que os jogadores fazem isto durante seis meses, mas depois saem de cadeira de rodas e nunca mais andam na vida...são coisas que não são comparáveis. Jogadores de futebol não têm que salvar vidas, não têm que garantir a segurança de ninguém. Se os clubes pagam milhões para os jogadores aguentarem mais três ou seis meses de contrato a jogar lesionados, isso é com eles. Mas isso não tem qualquer relação com a minha situação. Sim, essa parte foi, claramente, a pior.
94	Entrevistador: Moveu uma ação judicial para reconhecimento da Incapacidade Permanente Absoluta para o Trabalho Habitual? IPATH?
95	T8: Sim. Tve que ser.
96	Entrevistador: A decisão final confirmou a sua IPATH?
97	T8: Sim.
98	Entrevistador: Quanto tempo durou o processo legal até à decisão final, desde a primeira ação que entrou em tribunal até a decisão final na última instância do tribunal?
99	T8: Eu não sei, porque, às vezes, é difícil ter uma noção exata de tudo, mas diria que talvez uns dois anos, algo assim.
100	Entrevistador: Em que instância o caso foi concluído? Primeira Instância, Tribunal da Relação ou...
101	T8: Tribunal da Relação. A primeira instância era aquela que dava um IPP e dizia para eu mandar os outros trabalhar quando me doesse.
102	Entrevistador: Acredita que o tempo de espera pela decisão judicial afetou significativamente a sua vida profissional e pessoal?
103	T8: Sim, sem dúvida. Foi essa ansiedade esse tempo todo, porque as desculpas eram ridículas. Porque era a Companhia de Seguros A com quem eu estava em litígio, mas depois o médico da Companhia de Seguros não podia naquele dia, porque ia de férias ou porque não estava. Depois, o médico do Instituto de Medicina Legal também não estava disponível num dia, depois havia sempre muitos atrasos. E depois a juíza...tive muito azar com a juíza que me calhou. As perguntas da juíza eram surreais, de quem não tinha um mínimo de conhecimento, e sugeria um pouco que nem tivesse lido o processo. Porque depois, como foi durante a Covid, houve ali uma troca de juizes a meio. Então, o processo depois teve de ficar assim, uma coisa tão simples e teve de ficar assim. Então, as perguntas que a juíza fazia sugeriam um pouco que não tinha lido o processo. Fazia perguntas que não faziam sentido. Essa de quantas horas é que trabalha, e o nosso advogado teve que dizer: "Tem que perguntar à Companhia Aérea A quantas horas é que ele trabalha." Ah, não, isso não tem resposta.
104	Entrevistador: A seguradora impôs obstáculos ao reconhecimento dos seus direitos ou tentou minimizar a gravidade da sua condição?
105	T8: Sim. A seguradora esteve sempre a dizer que não. "Está bem, tem essa lesão, tudo bem, mas pode voar e... está impecável." A seguradora teve sempre essa postura.
106	Entrevistador: Essas foram as principais dificuldades...o reconhecimento do IPP..
107	T8: Não, o IPP foi logo dado de início, e essa era a grande incongruência. Se reconheceram o IPP desde o início – "Está aqui, são X% [já nem me lembro exatamente quanto], está aqui reconhecida a lesão, está aqui a incapacidade" – então qual era a dúvida? Era apenas uma questão financeira. Não fazia sentido. Depois, no Tribunal da Relação, que já conta com três juizes, o processo foi muito rápido. Quando chegou à Relação, a decisão foi unânime. Aí já não era uma questão de sorte ou azar, e muito rapidamente concluíram que a juíza da primeira instância tinha sido, no mínimo, negligente. O meu advogado chegou a ponderar mover um processo contra a juíza da primeira instância, porque as perguntas que fazia e as exigências que colocava eram completamente surreais. Desde questões sobre horários a pedidos de informações que já nem me recordo bem – já passou tanto tempo –, mas lembro-me de que eram coisas que nem o meu ortopedista nem os outros médicos podiam responder. Simplesmente, não faziam sentido.
108	Entrevistador: Sentiu que os seus argumentos e documentação médica foram considerados de forma justa pelo sistema judicial?
109	T8: Na Relação, sim. Na primeira instância, não, porque a juíza... Eu acho que ela nem os leu, para ser sincero. Aquilo foi uma coisa muito estranha.

110	Entrevistador: O sistema jurídico foi ágil e eficiente no seu caso ou enfrentou atrasos sucessivos?
111	T8: Não. Atrasos sucessivos, sempre, com tudo.
112	Entrevistador: Alguns exemplos, por favor.
113	T8: Sim, foram esses. Por isso é que eu estava a dizer, tinha uma junta médica marcada, porque era sempre necessário haver três pessoas envolvidas na junta médica. Era preciso o meu médico ortopedista, que estava sempre disponível – sempre, sempre disponível, porque eu era a pessoa interessada, não é? Depois, o médico ortopedista da Companhia de Seguros, que representava a Companhia de Seguros A, e, por fim, o médico do Instituto de Medicina Legal. O primeiro médico do Instituto de Medicina Legal era uma pessoa que tratava destes casos e, na minha opinião, foi perfeitamente justo. Analisou tudo, explicou de forma clara e até me tranquilizou: "Não se preocupe, isto está aqui tudo documentado, não há dúvidas nenhumas." E não sei porquê, a meio do processo, esse médico foi substituído por outro. E, nessa mudança, notava-se uma grande cumplicidade entre esse novo médico do Instituto de Medicina Legal e o médico da Companhia de Seguros A. É aí que eu acho que as coisas não foram muito claras. Fez-me lembrar um pouco o futebol. Depois, através do meu advogado, consegui perceber que havia ali certas relações que, se calhar, não eram as mais indicadas para partes que, teoricamente, deveriam ser independentes.
114	Entrevistador: A perícia médico-legal, junta médica, para confirmar a IPATH foi conduzida de forma justa e transparente?
115	T8: Hummm. Pela conclusão, digo que sim no fim, mas no início não senti isso. Porque eram tempos de Covid. Eu ficava numa marca, depois estava lá um médico, e tínhamos o juiz a assistir à minha junta médica por vídeochamada. E depois o juiz dizia: "Dobre lá a perna, veja lá se dobra a coisa." A pessoa fica ali um bocado sem saber como reagir. Depois, ali a falar, e havia uma clara intimidação por parte do médico da Companhia de Seguros, que é um profissional disto, que só faz isto. Faz lembrar aqueles filmes nos Estados Unidos, o advogado no seu fato mais brilhante, mais caro, mais poderoso, digamos assim, para me enfrentar, a mim, com o meu mero advogado, que não era uma figura tão ilustre nem tinha os mesmos recursos. A Companhia de Seguros tem outros recursos jurídicos que nós não temos. E isso sente-se. Sente-se que a Companhia de Seguros tem uma estrutura que lhe dá muito mais apoio jurídico. E é isso que eu acho que não devia acontecer, não é? A pessoa sente-se ali como se estivesse numa batalha, quando não devia estar. Não devia ser uma batalha, devia ser uma clarificação. Esse médico...não digo que me tenha faltado ao respeito, mas foi muito desagradável. Não me falou bem, não mostrou respeito pela minha situação, tentou sempre menosprezar o problema. "Ah, mas isso não lhe dói.", "Mas isso está aqui assim...", "Pois, o joelho até hoje está normal.", "Isso não dói nada, isso é normal, isto é assim, isto é assado." E eu pensava: As dores sou eu que as sinto, não é o doutor. E depois o meu médico questionava: "Mas como é que ele não tem dor? Está aqui, vê-se nas ressonâncias, na cartilagem, e tal." Tanto é que, depois, os juízes comprovaram que era impossível não haver dor, com base nas ressonâncias magnéticas. Ainda bem que eu tinha esses exames todos, porque eram a minha evidência médica: relatórios, peritagens, ecografias, ressonâncias... Tudo a comprovar o que eu dizia. Porque, se fosse uma lesão menos visível, se calhar, as coisas teriam tomado outro rumo. Esse é o receio que eu tenho. Mas, felizmente, no final, as coisas correram bem.
116	Entrevistador: Considera que a legislação nacional e comunitária oferece proteção adequada aos Tripulantes sinistrados ou existem lacunas que são necessárias corrigir?
117	T8: Na conclusão, acho que funciona bem, não é? Verifica-se que existe um Estado social e que as coisas funcionaram. No final, as coisas correram bem. O que é que são as lacunas? As lacunas estão no atraso. Demora muito tempo, demora mesmo muito tempo a analisar estes casos. Esta intimidação que existe por parte da seguradora não deveria ser permitida, na minha opinião. A forma como se fala deveria ser mais neutra e não esta pressão intimidatória por parte do médico da Companhia de Seguros. Por isso, sim, eu diria que existe essa preocupação social, porque sou a prova de que, no final, as coisas acabam por correr bem, mas há claramente muitas lacunas, não é? Tanto na parte temporal, como na intimidação, como na forma como tudo foi conduzido. A mudança dos juízes foi má para mim. A mudança do médico no Instituto de Medicina Legal também foi má. O que eu acho mal neste sistema é que parece que a pessoa tem que rezar para ter sorte. E não se deveria precisar de sorte com o juiz. Os juízes são seres humanos, eu sei, mas a aplicação da lei devia ser mais objetiva. Os juízes são peritos na aplicação da lei. Deviam interpretar as coisas tal como elas são, estudar e analisar os processos com olhos de ver. E a minha juíza, nesse caso, não fez isso. Claramente, não tinha conhecimento. E depois, como é uma área tão específica como a aviação, essas sugestões que fizeram foram tão ridículas e absurdas que a pessoa quase que se começa a rir, não é? A pessoa começa-se a rir. O que é que estava lá escrito? Ou foi numa entrevista com o juiz? "Como é chefe, pode... Ah, isso são só umas duas horas, aguenta. E depois, quando estiver cansado, descansa, porque são nove horas de trabalho. Mas vocês têm períodos de descanso pelo meio, não é?" Mas quanto tempo é o período de descanso? Varia. Pode não haver períodos de descanso. Pode haver um período de descanso. São questões completamente absurdas, de quem não conhece, claramente, a aviação. Claro que não é possível ter um juiz especializado apenas em aviação civil, mas poderiam convidar um perito ou alguém que compreendesse melhor o assunto, antes de tentarem argumentar com coisas que simplesmente não fazem sentido.
118	Entrevistador: Recebeu apoio de sindicatos ou associações para defender os seus direitos?
119	T8: Não e eu estava no sindicato na altura. Informava também um bocadinho sobre a situação. Eles perguntaram-me se eu precisava de alguma coisa, mas como eu já estava encaminhado, não.
120	Entrevistador: Que alteração pode sugerir na legislação para reforçar a proteção dos tripulantes sinistrados, para além do que já mencionou?
121	T8: Acho que não tenho muito mais a acrescentar. Tem que haver uma maior imparcialidade. E essa questão da mudança dos juízes, dos tempos...tem que haver prazos a cumprir. Depois, não havia prazos. Eu perguntava: "Então, mas qual é o prazo?" E a resposta era: "Não há." "Agora, a próxima disponibilidade é daqui a dois meses, daqui a um mês e meio." E pronto, era assim. De junta em junta, de processo em processo, e a pessoa nunca sabe quando é que aquilo termina. E isto não acontece só com os casos de Tripulantes, mas na justiça portuguesa em geral. São meses, anos, para as coisas se resolverem. O meu caso não foi diferente. Há colegas que tiveram tudo resolvido em seis meses. O meu demorou dois anos. Pronto.
122	Entrevistador: Uma última questão: o que recomendaria a um tripulante que esteja a enfrentar um processo semelhante ao seu?

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

123	T8: Que tivesse apoio jurídico logo de início. Logo de início, para, como eu costumo dizer, não dar passos em falso. E pronto, como não há essa parte do gabinete de tripulantes da Companhia Aérea A, no nosso caso, é falar com pessoas que já passaram pelo mesmo. Pessoas que possam sugerir melhores formas de proceder, indicar certas coisas a evitar para que o processo decorra da melhor forma. Mas sim, sozinho é muito difícil. Não só pela parte psicológica, emocional, física, profissional, etc. Logo, um apoio jurídico. Isso também tem custos, não é? É o mundo em que vivemos.
124	Entrevistador: Muito obrigado pela entrevista.

T9 - TRIPULANTE DE CABINE 9

1	Entrevistador: Boa tarde. Queria perguntar-lhe se estou autorizado a gravar a entrevista?
2	T9: Está sim.
3	Entrevistador: Muito obrigado. Então é o seguinte: como eu disse, ainda antes de iniciar a gravação, a confidencialidade é mantida e a informação é estritamente usada para efeito académico. O nome nunca vai aparecer mencionado e será conhecida, na dissertação, como Tripulante 9, o [T9]. Podemos dar início?
4	T9: Sim senhor. Vamos a isso.
5	Entrevistador: É portadora de uma incapacidade permanente parcial que determinou uma inaptidão, em definitivo, para o voo, decorrente de um acidente de trabalho nas funções de tripulante de cabine?
6	T9: Sim.
7	Entrevistador: Pode detalhar a natureza da incapacidade?
8	T9: Portanto, eu estava a bordo e, após a descolagem e a autorização para me levantar da minha estação de descolagem, ia a andar e torci o pé. Caí para cima de uma das cadeiras da executiva - eu estava a dirigir-me para a parte da frente do avião -, o pé dobrou completamente e eu caí com todo o peso do meu corpo sobre o pé, resultando numa fratura que não foi identificada senão cerca de um ano e tal depois. E então, por essa razão, eu não conseguiria desempenhar as funções que teria de desempenhar, nomeadamente em termos de segurança e não só, também no serviço a bordo. Não podia estar muito tempo em pé, não podia usar mais saltos altos e, portanto, essa incapacidade, embora não fosse total, fosse parcial, não permitia que eu continuasse as minhas funções.
9	Entrevistador: É possível dizer que a natureza da incapacidade foi uma fratura no tornozelo?
10	T9: Foi no peito do pé, mais ou menos.
11	Entrevistador: Foi no peito do pé. A segunda questão era esta; embora já me tenha dado algumas indicações, vou fazer a pergunta na mesma. Em resumo, como ocorreu o seu acidente de trabalho e quais as lesões resultantes? Percebi que se estava a levantar a seguir ao sinal de cintos desligado - portanto, ao recycle -, torceu o pé, caiu... e mais?
12	T9: Caí...portanto, torci o pé... eu ainda estava de salto alto...portanto, a entorse foi bastante grande e, como não estava a contar, fiquei desamparada e caí para a frente, com o pé torcido, com o peso todo do meu corpo. E então resultou essa... essa lesão.
13	Entrevistador: Com que idade iniciou o seu percurso profissional de tripulante de cabine?
14	T9: Tinha 25 anos. 25 anos.
15	Entrevistador: E qual a idade que tinha à data da inaptidão em definitivo para o voo?
16	T9: Agora eu tenho 58, foi há cerca de 4 anos, 54, 55.
17	Entrevistador: Como foi o processo médico, desde o acidente de trabalho até à decisão de inaptidão definitiva para o voo?
18	T9: Ora, eu penso que isto se deve ter complicado mais porque foi mesmo no início do Covid. Portanto, eu fiz a lesão no último dia de janeiro e penso que, em março, foi quando fechou tudo. Fiz o procedimento que me era exigido, que era ir ao hospital que a seguradora indicava, e depois fui sempre seguida pelos médicos da seguradora. Mandaram-me fazer fisioterapia. Eu achava que estava a ser seguida por um ortopedista - foi uma lesão no pé, no osso - e só cerca de seis meses depois é que soube que estava a ser seguida por clínica geral. Depois é que me encaminharam para a especialidade. Não detetaram a fratura, queriam, por força, dar-me alta. Eu não via melhorias - pelo contrário. Aconselhavam-me a fazer não só fisioterapia, como caminhadas, e isso. A parte que talvez me tenha ajudado um bocadinho mais foi o confinamento. Portanto, fui forçada a ficar em casa, com o pé em repouso. Depois, por minha iniciativa, fui procurar ajuda, porque não via melhorias e queriam dar-me alta, e eu não percebia como é que me podiam dar alta quando não conseguia pôr o pé no chão nem andar sem dor. Então, procurei um ortopedista especialista do pé, que mandou fazer uma ressonância magnética, e foi detetado que eu tinha, não só uma fratura, como também estilhaços de osso no pé. Depois forçaram-me a uma alta, que eu contestei. Procurei aconselhamento jurídico também. Continuei com o meu médico privado, vá, que me foi aconselhando sobre o que devia fazer, até se iniciar todo o procedimento com a seguradora - de ir a tribunal, de ser analisada -, mandaram-me fazer mais exames. Não sei se quer que eu continue...
19	Entrevistador: Portanto, e o exame foi considerada inapta em definitivo para o voo no gabinete de Medicina do Trabalho, correto? Da Medicina do Trabalho A?
20	T9: Da Medicina do Trabalho A, sim, sim, sim.
21	Entrevistador: Foi só depois de todo esse processo desencadeado com a seguradora?
22	T9: Durante esse processo. Durante esse processo, ainda não tinha sido determinado o processo da seguradora.
23	Entrevistador: Diga-me uma coisa: voltou a exercer funções após o acidente de trabalho?
24	T9: Não.
25	Entrevistador: Os critérios médicos para a inaptidão definitiva para o voo foram claramente explicados por parte do Gabinete de Medicina do Trabalho?
26	T9: Sim, eles disseram que, uma vez que eu recebesse, portanto, o diagnóstico de inaptidão para o voo, não poderia mais exercer as minhas funções.
27	Entrevistador: Mas entendeu porque é que não poderia continuar a exercer as funções?
28	T9: Entendi, porque, claramente, eu, fisicamente, não estava apta para desempenhar aquilo que está estabelecido e que é necessário para um tripulante de cabine.
29	Entrevistador: Os exames e avaliações médicas realizados foram suficientes e adequados para determinar a sua inaptidão definitiva para o voo?
30	T9: Em relação à seguradora?

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

31	Entrevistador: Por exemplo...
32	T9: Da seguradora...não, de todo. E, em relação à Medicina do Trabalho A, como eu já ia munida de relatórios médicos e exames que fiz a título particular, eles consideraram que não era necessário realizar mais exames.
33	Entrevistador: A próxima questão já me respondeu, mas eu preciso que me responda novamente: solicitou uma segunda opinião médica antes da decisão final?
34	T9: Sim, sim, sim.
35	Entrevistador: Houve divergências nos pareceres médicos?
36	T9: Em relação ao médico que procurei a título particular, a opinião foi completamente díspar da dos médicos da seguradora.
37	Entrevistador: Considera que os critérios médicos utilizados - a parte da avaliação médica, não a do médico particular - foram justos e coerentes com a sua condição de saúde?
38	T9: Não. Não.
39	Entrevistador: Pode explicar sumariamente, por favor?
40	T9: Primeiro, porque eu não fui tratada pelas especialidades que o meu caso necessitava, não é? Neste caso, a nível de ortopedia. E não foi detetada. Portanto, se, se calhar, atempadamente eu tivesse feito uma ressonância magnética, se tivessem identificado qual era o problema que eu tinha e qual o melhor tratamento, se calhar as coisas poderiam ter corrido de outra maneira. E, uma vez que isso não aconteceu, quando eu finalmente fui para a ortopedia - não sei se é considerada ortopedia geral - a ortopedista encaminhou-me para a ortopedia do pé. E esse ortopedista da seguradora... a opinião dele foi que tinha muitos casos que tratava em que a melhor maneira de resolver a situação era praticar desporto e perder mais peso. Foram essas as coisas que me foram ditas.
41	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão definitiva para o voo, por parte do Gabinete de Medicina do Trabalho, foi encaminhada para o Gabinete de Medicina Aeronáutica?
42	T9: Não.
43	Entrevistador: Recebeu suporte...
44	T9: Quer dizer, peço desculpa, sim, fui vista pela doutora F., que faz parte da Medicina Aeronáutica. Foram elas que me deram a inaptidão [...] foram três médicas, foram três médicas que me deram a inaptidão.
45	Entrevistador: Podemos considerar que foi encaminhada para o Gabinete de Medicina Aeronáutica, então?
46	T9: Sim, sim.
47	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico após a decisão de inaptidão definitiva para o voo?
48	T9: Não.
49	Entrevistador: Houve uma comunicação clara entre o Gabinete de Medicina do Trabalho, a companhia aérea e o Gabinete de Medicina Aeronáutica sobre a sua situação?
50	T9: Ninguém falou mais comigo.
51	Entrevistador: Considera que os processos médicos atuais garantem uma decisão imparcial e equilibrada, ou há influência das companhias aéreas, seguradoras ou outras partes interessadas?
52	T9: Eu penso que de imparcial não tem nada, e é claro que há pressão, possivelmente das companhias aéreas - tenho a certeza que sim. E, então, se formos falar a nível das seguradoras, é uma coisa tenebrosa, se é que posso usar esse termo, porque o que é procurado é desvalorizar todos os sintomas que nós temos e as preocupações, dar alta o mais rapidamente possível e desvincular-se da situação e do processo.
53	Entrevistador: Qual foi o impacto da decisão de inaptidão definitiva para o voo na sua vida profissional e pessoal?
54	T9: Bem, acho que posso falar talvez por 99% dos tripulantes: quem está na aviação está na sua profissão de sonho, é aquilo que gostamos de fazer, é aquilo que nos vemos a fazer. Portanto, é um quebrar de um sonho, de um ciclo. É também - e vou falar especificamente no meu caso - eu tinha 54 anos. Sou bastante nova para ficar com uma incapacidade e bastante velha para procurar outro tipo de emprego. Isto deixa-nos numa situação de instabilidade e de insegurança muito grande, não só a nível físico, porque ficamos com as mazelas, mas também a nível psicológico. É uma coisa muito dura, porque, de repente, passamos de um oito para um menos oito mil. Ou seja, passamos de uma vida extremamente ativa e preenchida para uma coisa que eu, há 30 anos, não sabia o que era: estar em casa sempre, sem ter o que fazer. Isso mexe muito a nível emocional e psicológico.
55	Entrevistador: O que mudaria no processo de avaliação médica, tanto da Medicina do Trabalho como da Medicina Aeronáutica, para o tornar mais justo e transparente?
56	T9: Eu penso que...não sei se também fui um bocado vítima da pandemia, não é? Não sei. Não posso falar dos casos de outras pessoas, só posso falar do meu. E, como o meu foi durante a pandemia, a sensação que tive foi de que estava sozinha, desamparada. Portanto, uma coisa - não sei se teria resolução - mas a sensação que tive foi que não fui devidamente examinada, o meu caso não foi visto como deveria ser, pelos especialistas que deveriam tê-lo avaliado, e o tratamento não foi adequado. O resultado foi diferente do que poderia ter sido. E depois estamos a juntar este tipo de incapacidade com o contexto da pandemia, em que também não houve, nem por parte da empresa nem da seguradora, qualquer esforço para assegurar que, a nível psicológico, existisse algum tipo de apoio ou abertura para que eu procurasse esse apoio. E isso faz toda a diferença.
57	Entrevistador: Mudando um pouco o pilar da nossa conversa para a responsabilidade social corporativa...qual foi a primeira ação da companhia aérea após a decisão de inaptidão definitiva para o voo?
58	T9: Ninguém me disse nada. Disseram apenas que eu não podia voar mais. Eu estava de baixa, continuei de baixa, mas não tive qualquer contacto por parte da empresa.
59	Entrevistador: Portanto, houve contacto formal para discutir os próximos passos?
60	T9: Nada.
61	Entrevistador: A empresa ofereceu algum suporte imediato após a decisão de inaptidão definitiva para o voo?

62	T9: Não.
63	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão definitiva para o voo, foi implementado um plano de acompanhamento médico?
64	T9: Não.
65	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico imediato após a decisão de inaptidão definitiva para o voo?
66	T9: Não.
67	Entrevistador: Acredita que esse apoio teria sido essencial?
68	T9: Sim, sim, é como é óbvio - uma pessoa que deu 30 anos à empresa e que está a passar por uma situação destas - seria, no mínimo, já nem digo só humano, mas importante da parte da empresa assegurar, não só o meu bem-estar, como também criar algum tipo de alternativa que eu pudesse ocupar dentro da própria empresa e que fosse, a nível físico, possível.
69	Entrevistador: Após a inaptidão definitiva para o voo, a empresa ofereceu-lhe outra função dentro da organização?
70	T9: Não.
71	Entrevistador: Portanto, assinou um RMA, correto?
72	T9: Certo.
73	Entrevistador: A organização possui um segundo processo de inaptidão definitiva para o voo, aplicável a Tripulantes com incapacidade permanente parcial decorrente de acidente de trabalho?
74	T9: A companhia?
75	Entrevistador: Sim.
76	T9: Não. Ou, pelo menos que eu tenha conhecimento, não. O apoio que tenho é através da seguradora, mas a Companhia Aérea A nunca me contactou em relação a nada.
77	Entrevistador: Quando fala do apoio que tem da Seguradora, façamos aqui um breve...
78	T9: Exato, a seguradora é através da Companhia Aérea A, claro.
79	Entrevistador: Não, não, não, não é isso que eu estava a perguntar. Portanto, existe a Companhia de Seguros A, que é responsável pelos acidentes de trabalho relacionados com Tripulantes da Companhia Aérea A, e existia outra, a Companhia de Seguros M, que tinha um seguro de inaptidão. Chegou a receber esse seguro?
80	T9: Não, eu recebi o chamado Jubileu. Isso eu recebi, sim.
81	Entrevistador: Não era a mesma coisa.
82	T9: Mas não é a mesma coisa, porque isso... todos os tripulantes têm, não é?
83	Entrevistador: Mas é assim, só um pequeno aparte: havia duas hipóteses. Os tripulantes que tinham direito ao Jubileu não tinham direito a este seguro de que estou a falar. Os tripulantes que tinham direito a este seguro não tinham direito ao Jubileu. Era qualquer coisa assim semelhante. Portanto, no seu caso, não...
84	T9: Ninguém me informou disso.
85	Entrevistador: Não era hipótese, porque havia o Jubileu, exatamente. Prosseguindo: recebeu apoio jurídico ou administrativo da companhia aérea para entender e reivindicar os seus direitos laborais?
86	T9: Nao.
87	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão definitiva para o voo, a empresa manteve contacto regular ou sentiu-se desamparada?
88	T9: Senti-me desamparada. Ninguém nunca me contactou. Aliás - não sei se estou a antecipar a questão do RMA - fui eu que procurei saber e fui eu que o propus.
89	Entrevistador: Por favor, diga, diga, à vontade.
90	T9: Sim, porque os meus próprios colegas que estavam no ativo estavam a ser convidados a sair, principalmente os mais antigos, com cargos superiores - portanto, com ordenados superiores também. Eu tinha a certeza de que, estando inapta para o voo, assim que levantasse a baixa, seria uma das que rapidamente ia ser afastada, não é?
91	Entrevistador: Portanto, e quando diz afastada, entende que seria colocada num processo de despedimento coletivo? Seria isso?
92	T9: Exato.
93	Entrevistador: O Departamento de Recursos Humanos ou o Gabinete de Segurança e Saúde no Trabalho prestaram apoio durante a sua transição?
94	T9: Não.
95	Entrevistador: A empresa possui políticas eficazes de responsabilidade social corporativa para apoiar tripulantes sinistrados?
96	T9: Que eu tenha conhecimento, não.
97	Entrevistador: Se pudesse retroceder no processo, o que acredita que a companhia aérea devia ter feito de forma diferente no seu caso?
98	T9: Talvez um acompanhamento mais de perto e procurar saber exatamente que passos é que eu estava a seguir, ou que a seguradora me estava a fazer seguir, e tentar perceber se haveria outro tipo de tratamento que me permitisse voltar ao ativo.
99	Entrevistador: Mudando novamente de pilar, vamos agora para a questão do processo jurídico e dos direitos dos tripulantes dispensados. Teve de recorrer a um processo legal para assegurar os seus direitos?
100	T9: Tive que recorrer a uma advogada, a título particular.
101	Entrevistador: E a um processo legal, consequentemente?
102	T9: Exatamente, exatamente.
103	Entrevistador: Em que momento isso ocorreu?
104	T9: Eu penso que foi depois de me terem dado uma alta forçada. Primeiro, procurei a advogada do sindicato, mas como não via progresso nenhum, nem tinha praticamente qualquer tipo de comunicação - sempre que procurava saber como é que as coisas estavam, diziam: "Ah, isto agora temos que esperar" - então, através de uma colega, tive conhecimento de um advogado que

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

	também foi nosso colega. Entrei em contacto com ele, a título particular, e foi ele que me orientou em todo o processo e que me acompanhou pessoalmente, emocionalmente e em tudo.
105	Entrevistador: E esse processo legal foi iniciado antes ou depois da assinatura do Acordo de Rescisão por mútuo acordo?
106	T9: Antes. Antes.
107	Entrevistador: Moveu uma ação judicial para reconhecimento de Incapacidade Permanente Absoluta para o Trabalho Habitual?
108	T9: Não.
109	Entrevistador: Eu vou reformular, para ter a certeza...
110	T9: Se calhar eu não estou a perceber.
111	Entrevistador: Estamos a falar de IPATH. Moveu uma ação judicial para reconhecimento de IPATH?
112	T9: Sim, sim, peço desculpa. Não estava...desculpe.
113	Entrevistador: A decisão final confirmou a IPATH?
114	T9: Sim.
115	Entrevistador: Quanto tempo durou o processo legal desde a sua entrada até à decisão final?
116	T9: Cerca de dois anos e meio a três.
117	Entrevistador: E em que instância o processo foi concluído? Primeira instância, Tribunal da Relação ou Tribunal Constitucional?
118	T9: Penso que foi na Primeira Instância.
119	Entrevistador: Acredita que o tempo de espera pela decisão judicial afetou significativamente a sua vida profissional e pessoal?
120	T9: Sim, sim.
121	Entrevistador: Pode escrever os impactos, sumariamente?
122	T9: No fundo, é um bocado deixar a vida em suspenso, não é? Porque foram tantos processos a decorrer e sem haver uma decisão, eu sentia que também não podia avançar a nível profissional, porque qualquer coisa que eu pudesse fazer podia prejudicar-me a nível físico. E, portanto, tudo isso traz consequências a nível psicológico e emocional, não é? Causa muita dor, muito transtorno, insegurança, medo do futuro. Pronto, lá está... é deixar a vida em suspenso, sem saber exatamente o que é que poderei fazer ou não, e que não me possa prejudicar, não é? Principalmente a nível físico e psicológico.
123	Entrevistador: A seguradora impôs obstáculos ao reconhecimento dos seus direitos ou tentou minimizar a gravidade da situação?
124	T9: Sim.
125	Entrevistador: Relate as dificuldades, por favor.
126	T9: Posso dizer que, para além de todo o processo médico - que foi sempre no sentido de desvalorizar um bocadinho o que eu sentia e o que estava a passar -, lembro-me que, na primeira vez que fui ao tribunal, estava apenas um agente da seguradora, que tentou, com várias perguntas, perceber se eu estava a mentir ou não. Da segunda vez, foi uma senhora que me pegou no pé, porque se tentava avaliar qual era o ângulo até onde eu conseguia mexê-lo. Ela achava que eu estava a mentir, então começou a torcer o pé para um lado e para o outro, dizendo bastante alto: "Estão a ver que ela consegue virar o pé?" - até que a juíza teve de intervir e mandou-a parar imediatamente, dizendo: "A senhora consegue mexer o pé porque você está a forçar." Eu já estava a chorar de dores. Isto foi de uma violência extrema. Fui ao Instituto de Medicina Legal duas vezes. Numa das vezes, nem sequer tinham o meu processo. Eu tinha o processo comigo, não deixaram o meu advogado entrar, e ninguém me perguntou se eu tinha a documentação. Portanto, fui lá para nada. Tive de voltar novamente. Fui também à Força Aérea fazer exames, e o advogado da seguradora tentou entrar e influenciar as médicas que me examinaram. Foi uma agressão constante - física e, sobretudo, psicológica. Muito psicológica.
127	Entrevistador: Sentiu que os seus argumentos e documentação médica foram considerados de forma justa pelo sistema judicial?
128	T9: Eu penso que, pelo sistema judicial, eu tinha a informação muito detalhada, tinha relatórios médicos, tinha exames, portanto, eles contrapunham sempre, mas a senhora tem aqui isto, estamos a ver como é que a senhora se movimenta, as coisas todas, pareceu-me a mim que eles estavam um bocadinho mais abertos a aceitar o que era a realidade, só que a seguradora estava sempre a pôr entraves e então fazia com que o processo não conseguisse avançar, não é? Mais um exame, mais uma deslocação, não sei onde. Peço, desculpa. Isto ainda mexe muito comigo, sabe?
129	Entrevistador: Eu entendo.
130	T9: Foi difícil...e continua a ser.
131	Entrevistador: E há-de ser sempre, não é?
132	T9: É.[...]
133	Entrevistador: O sistema jurídico foi ágil e eficiente, no seu caso, ou enfrentou atrasos excessivos?
134	T9: No fundo, tudo isto foram atrasos, não é? Porque, cada vez que eu ia lá e as coisas não eram resolvidas, marcavam nova ida para discutir exatamente as mesmas coisas e rever, outra vez, os mesmos exames. Isso, para mim, é estar a enrolar, é estar a protelar uma decisão. Porque, no fundo, a decisão que a juíza deu da primeira vez que fui ao tribunal foi a que acabou por vingar no final. E entre uma coisa e outra passou cerca de um ano e meio, ou mais.
135	Entrevistador: A perícia médico legal, a junta Médica, para confirmar a sua IPATH foi conduzida de forma justa e transparente.
136	T9: Mais uma vez...estamos a falar do Instituto de Medicina Legal?
137	Entrevistador: Da junta médica...
138	T9: Sim, porque eu tive Junta Médica do Tribunal e Junta Médica do Instituto de Medicina Legal. Portanto, mais uma vez, fui à primeira Junta Médica, estive lá não sei quanto tempo à espera e, quando fui finalmente chamada, eles não tinham o meu processo. Tiveram, então, de marcar nova Junta Médica e, entre uma coisa e outra, passam-se meses, não é? Portanto, não foi nem justo, nem transparente. Não percebo como é que se vai fazer uma Junta Médica sem ter a documentação necessária. Não consigo perceber.
139	Entrevistador: Considera que a legislação nacional e comunitária oferece proteção adequada aos Tripulantes sinistrados, ou existem lacunas que considera necessário corrigir?

140	T9: Eu penso que a nossa profissão é muito desvalorizada. Há anos que tentamos lutar pelo reconhecimento como profissão de desgaste rápido, pelos constantes casos de tripulantes com burnout, problemas psicológicos, emocionais e também físicos. O que posso dizer do meu caso - e dos casos que conheço - é que tudo é muito moroso e nunca há um acompanhamento, seja jurídico, seja psicológico, para apoiar os tripulantes. Portanto, acho que não. Não é justo. Existem muitas lacunas.
141	Entrevistador: Recebeu apoio de sindicatos ou associações para defender os seus direitos?
142	T9: Na realidade, foram-me postos à disposição os serviços jurídicos do sindicato. Só que, pelo que percebi, é uma advogada para muitos casos e, portanto, aquilo que eu sentia é que esse apoio não era adequado.
143	Entrevistador: Foi relevante, no seu caso, esse apoio?
144	T9: Sim, porque eu tive que despende do meu próprio dinheiro. Estamos a falar de um acidente de trabalho e eu tive que procurar, a nível particular, apoio jurídico para conseguir que o processo avançasse, não é?
145	Entrevistador: Então, o apoio do sindicato não foi relevante no seu caso?
146	T9: Não, não foi.
147	Entrevistador: Que alteração pode sugerir na legislação para reforçar a proteção dos Tripulantes sinistrados?
148	T9: Ora, se calhar, um acompanhamento mais próximo.
149	Entrevistador: Esta questão já estava feita, ou não?
150	T9: Não... quer dizer, falámos sobre isso.
151	Entrevistador: Então sim, força.
152	T9: Portanto, um acompanhamento mais próximo - a nível médico, físico e psicológico - e, talvez, a criação de alternativas, no caso de a pessoa não poder continuar a exercer as funções que desempenhava antes.
153	Entrevistador: A última questão: o que recomendaria a um tripulante que esteja a enfrentar um processo semelhante ao seu?
154	T9: Procurar ajuda. Que não se deixe ficar à espera que o processo se resolva por si. Pelo que tenho conhecimento - não sei se as coisas mudaram -, tenho a noção de que, se no meu caso eu tivesse aceiteado o que a seguradora me estava a tentar impor, se não tivesse procurado ajuda médica por fora, se não tivesse procurado apoio jurídico também a título particular, sei que a minha situação teria sido completamente diferente. Estaria, neste momento, provavelmente a passar grandes dificuldades, não só a nível financeiro, como também a nível físico e psicológico. Esses são fatores que, na minha opinião, têm mesmo de mudar. Tem de haver algum tipo de legislação que proteja o trabalhador - neste caso, os tripulantes - não só ao abrigo da lei geral, mas também dentro das companhias. Porque nós, no fundo, somos quem faz a companhia e, se não somos tratados com dignidade, justiça e o acompanhamento certo, tornamo-nos apenas números que não interessam para nada.
155	Entrevistador: Algo mais que queira acrescentar?
156	T9: Espero que as coisas mudem. Tenho muita pena de todo o processo que aconteceu, tenho muitas saudades da minha profissão, mas acho que consegui - ou vou conseguindo, todos os dias - gerir isso e mentalizar-me de que a vida é para a frente, e que tenho de procurar outras coisas. Mas não é fácil, não é? Então, espero que as coisas mudem e que esta minha pequena parte tenha alguma importância ou algum relevo nessa mudança.
157	Entrevistador: Muito obrigado pela colaboração.

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

T10 - TRIPULANTE DE CABINE 10

1	Entrevistador: Boa tarde. Para ser mantida a confidencialidade desta entrevista, vai ficar conhecido como o tripulante 10 [T10]. Estou autorizado a iniciar a entrevista com a gravação da mesma?
2	T10: Claro que sim, está autorizado.
3	Entrevistador: Então vamos lá. A primeira questão: é portador de uma incapacidade permanente parcial que determinou uma inaptidão definitiva para o voo, decorrente de um acidente de trabalho no exercício das funções de tripulante de cabine?
4	T10: Sim.
5	Entrevistador: Pode detalhar a natureza da incapacidade?
6	T10: Portanto, eu fiquei com uma limitação no meu ombro direito. Para além das dores, que são uma constante e que diminuíram as minhas capacidades para trabalhar como comissário de bordo, fiquei com algumas limitações - nomeadamente na amplitude e nas rotações. Basicamente, é por aí.
7	Entrevistador: Em resumo, como ocorreu o acidente de trabalho e quais foram as lesões resultantes?
8	T10: Ok, então, o acidente de trabalho ocorreu num voo em que eu ia lá atrás. Tínhamos acabado o segundo serviço, o avião já estava prestes a iniciar a descida. E essa é uma altura um pouco mais propensa a turbulência - no início da descida e tudo mais. Estávamos a ir para o Brasil, e não sei se apanhámos uma vaga de calor ou outra coisa qualquer. Houve aquele famoso “chicote” do avião que, estando na parte de trás, na <i>galley</i> , se sente com uma intensidade diferente - mais intensa do que à frente ou no meio do avião. Eu estava a chegar com o meu carro, com o meu trolley de comidas e bebidas. Estava sozinho com esse mesmo trolley e, quando entro pela <i>galley</i> dentro, nesse preciso momento dá-se essa turbulência severa e inesperada. O carro levanta as rodas do chão. O meu primeiro instinto foi agarrar-me ao carro - e foi o que fiz -, mas, ao mesmo tempo, acabei por ser projetado e bati com o ombro na estrutura da <i>galley</i> , naquela bancada lateral. O chefe de cabine estava lá atrás, já tinha acabado de arrumar o carro dele, mas ainda estava a fazer aquelas últimas recolhas na cabine com o tabuleiro. Quando chegou lá atrás, eu já estava caído no chão, com o trolley tombado, garrafas por todo o lado, tudo espalhado. Foi ele que me deu a mão e me ajudou a levantar. Na altura, pareceu-me que tinha sido mais o susto do que outra coisa, apesar de ter sido projetado e de ter batido com o ombro. Achei que “isto não há de ser nada”. Ele perguntou logo se eu estava bem, preocupadíssimo, claro - apanhou-me naquela situação, com o trolley tombado e eu no chão. Enfim... basicamente, o acidente foi isso. Não há outra forma de o descrever. Foi isto que se passou.
9	Entrevistador: E as lesões resultantes foram no ombro, correto?
10	T10: Exatamente, no ombro - que foi o ombro que embateu nessa estrutura da <i>galley</i> e do qual, vim a saber mais tarde, resultou uma rotura de um dos tendões.
11	Entrevistador: Com que idade iniciou o percurso profissional como tripulante de cabine e qual a sua idade à data da inaptidão definitiva para o voo?
12	T10: Portanto, o meu percurso iniciou-se em 2004...
13	Entrevistador: Com que idade?
14	T10: Em 2004, eu tinha 23, se não estou em erro. Nasci em 1981, por isso sim, por volta disso - 22 ou 23 anos.
15	Entrevistador: E com que idade se deu a inaptidão?
16	T10: A inaptidão deu-se há três anos... aliás, está a falar da inaptidão ou do acidente?
17	Entrevistador: Da inaptidão. A decisão de inaptidão.
18	T10: A decisão de inaptidão foi no ano passado. Aliás, minto - foi no fim de 2023, mas teve ali um período para ser... não sei os termos técnicos... portanto, no fundo, foi em janeiro de 2024.
19	Entrevistador: E que idade tinha?
20	T10: Portanto tinha 42.
21	Entrevistador: Ok. Como foi o processo médico desde o acidente de trabalho até à decisão de inaptidão definitiva para o voo? Isto é, os passos seguidos, o tempo decorrido e alguns dos obstáculos enfrentados.
22	T10: Olha, o meu processo tem algumas peculiaridades - como todos têm, não é? Ou seja, quando cheguei... aliás, isto foi num voo para o Brasil. Quando cheguei lá, fiz gelo, <i>Voltaren</i> , etc., e voltei. Naqueles voos em que a gente chega logo de manhã, muito cedo, de madrugada, pensei: "A Medicina do Trabalho A nem sequer está a funcionar, vou para casa, vou descansar e vou avaliar isto de outra forma." Ficou escrito, não é? Ficou tudo escrito pelo comandante e pelo chefe de cabine que estava lá atrás, que acabou por presenciar, de certa forma, a situação. E só depois, a posteriori, é que fui à Medicina do Trabalho A. Quando fui à Medicina do Trabalho A, a primeira abordagem... digamos que não foi a facilitar-me a vida, digamos assim. Já começaram logo a dizer que eu devia ter ido lá logo, depois disseram: “Nós vamos mandar isto para a seguradora, mas não sabemos se eles aceitam, porque quase que já devia ter vindo.” E eu também disse: “Mas eu tenho o papel com tudo escrito e assinado pelo comandante e pelo chefe de cabine, que estavam comigo de manhã.” Portanto, façam como entenderem, mas enviem por favor o processo. Desta forma, o que quero dizer é que não senti a maior boa vontade do mundo da médica da Medicina do Trabalho A que me atendeu na altura, digamos assim.
23	Entrevistador: Médica de Medicina do Trabalho correto?
24	T10: Exatamente, exatamente. Entretanto, o processo deu entrada e eu fui chamado para ir, então, à Companhia de Seguros A, à consulta. Nessa consulta expliquei tudo e mandaram-me fazer uma ressonância magnética. Fui fazer essa ressonância magnética e depois voltei lá com os resultados. O médico da Companhia de Seguros A, que é um ortopedista, especialista em ombros, na altura disse que não via nada de relevante na ressonância magnética e que me ia solicitar - até onde me lembro, já não posso precisar ao certo - talvez umas 15 ou 20 sessões de fisioterapia, por aí. E eu, tudo bem, fui fazer as sessões de fisioterapia. Fiz todas, voltei lá e disse: "Doutor, posso-lhe dizer que estou ligeiramente melhor, mas a verdade é que as dores mantêm-se. Tenho dificuldade em dormir, porque durmo em cima deste ombro, e agora já nem consigo. A fisioterapia teve um pequeno impacto, mas eu continuo

	com dores. Portanto, basicamente, eu não estou em condições para trabalhar assim." Ao que o médico respondeu: "Agora também já não posso fazer muito mais por si. Se já foi à fisioterapia e não está melhor, e a ressonância magnética não apresenta nada de relevante, então se calhar o melhor é voltar ao trabalho e tomar uns comprimidos para as dores quando for trabalhar." E eu disse: "Oh doutor, não leve a mal, mas, como deve calcular, eu não vou trabalhar com dores e a tomar comprimidos. Vou trabalhar quando me sentir bem. Até porque tenho uma função de responsabilidade, como sabe. Não posso pôr em causa nem a minha integridade física, nem a dos passageiros, nem a dos meus colegas. Ou estou a 100% para trabalhar, ou não estou. Não vou tomar comprimidos para as dores cada vez que fizer um voo. Isso, para mim, não faz sentido. Até porque, se pretendo voar até me reformar, não vou andar a tomar comprimidos até lá, não é? Portanto, temos de ver o que se passa aqui." Pronto, e ele despachou-me. Aliás, mandou-me fazer mais um conjunto de sessões de fisioterapia - talvez mais umas 15 -, voltei lá, estava igual, e foi aí que ele disse mesmo: "Olhe, nós não podemos fazer mais nada por si, vou dar-lhe alta. E faça como bem entender." Logo no início, ele alertou-me: "Tenha em atenção que, se não conseguir voar, e se está sempre com dores, pode estar em risco a sua continuidade como comissário de bordo." E eu perguntei: "Mas em que sentido, doutor?" E ele: "Porque diz que tem dores." "Sim, senhor", disse eu. "Mas também têm dor metade dos seus colegas. Toda a gente nesta profissão tem dores nos ombros." E eu respondi: "Doutor, acredito que sim. Mas eu não tinha dores nos ombros até ter tido este acidente. Portanto, estas dores são derivadas do acidente. Se acha que não consegue ajudar de alguma forma, se a seguradora não consegue, ok, tudo bem. Eu aceito e vou ter de encontrar uma alternativa para perceber como é que podemos resolver isto, porque não estou a sentir, da parte da seguradora, o apoio de que preciso para melhorar e para ficar em condições de voar." E ele: "Pois, mas é mesmo assim como eu estou a dizer. Não tem condições para ser operado, porque não tem nenhuma rotura. Já fez as sessões de fisioterapia, não podemos fazer mais nada por si." E pronto, fui à minha vida. Como é óbvio, fiquei logo com a cabeça a mil. Senti-me muito desiludido com o que se passou ali. Senti, claramente, que não tinha o apoio do médico e que ele estava muito pouco interessado no meu bem-estar, na minha recuperação e no meu regresso ao trabalho em condições. Senti mesmo que aquilo foi tudo a despachar. Inclusive, as sessões de fisioterapia - essas mesmas sessões - eram sessões que eu considero muito fraquinhas. As empresas que colaboram com a seguradora em termos de fisioterapia são muito fracas. E percebi porquê: os acordos que eles têm são mesmo nesse sentido, é tudo a despachar, e a atenção ao paciente é muito reduzida. A Companhia de Seguros A, pelo que sei, paga 13 euros por sessão de fisioterapia. Portanto, como é óbvio, não pode ser uma fisioterapia em condições. Tanto que eu referi isso quando lá fui e disse: "Dr., desculpe, mas aquela fisioterapia não é nada. Com todo o respeito pelas pessoas de idade, aquilo é terapia para velhotes. É chegar lá, pôr um bocadinho de creme no ombro durante dois minutos, não fazem os exercícios, e mandam-me para casa." E eu acho que isso não é suficiente. Aliás, não acho - tenho a certeza. Porque não foi suficiente. Porque eu não estou bem. Continuo com dores.
25	Entrevistador: Quando é que entra a Medicina do Trabalho?
26	T10: Pronto, continuando... então, antes de ir à Medicina do Trabalho, fui a um especialista de ombros. Ele viu a ressonância e disse logo: "Ou muito me engano ou tem aqui uma rotura de ligamentos." E eu disse "Tenho? Mas o seu colega da Companhia de Seguros A disse que não tinha". E o mais curioso é que o médico da Fidelidade - que tinha feito o diagnóstico anterior - também trabalhava no mesmo hospital onde fui. O Dr. C é chefe do Departamento de Ortopedia na área dos ombros, e sabia quem era o colega que tinha feito o diagnóstico errado. Ele disse: "Eu também não vou dizer que tenho 100% de certeza que há aqui uma rotura de ligamento, mas tenho quase certeza. E como tal, vamos pedir uma ressonância magnética com contraste para tirar as dúvidas." Parafraseando o médico: "Acho estranho... estranho o meu colega nem sequer ter desconfiado disso. Mas pronto, isso são outros 500." E assim foi. Fui fazer a ressonância magnética com contraste e ele, logo de caras: "Está aqui estampado aquilo que eu tinha visto. Não me enganei. Está aqui mesmo." E eu: "Ok, doutor, então peço, por favor, que me escreva um relatório, porque tenho de ir à Medicina do Trabalho A para pedir a reabertura do processo, e preciso de ter algo consistente para apresentar." "Então, peço-lhe... eu levo a ressonância, mas peço-lhe que escreva então o relatório e diga o que é que se passa aí." E assim foi. Fui a Medicina do Trabalho A, voltei a marcar consulta, tive consulta com uma Dra., também da Medicina do Trabalho. Expliquei tudo, bem explicadinho, o que se tinha passado. E ela, inclusive, ao que parece, já tinha tido várias queixas de tripulantes sobre esse mesmo médico da seguradora. Portanto, eu não fui o primeiro. Já tinham aparecido alguns casos em que esse médico não tinha sido muito simpático, nem muito cuidadoso com as resoluções apresentadas na altura, nem com as queixas dos tripulantes. E ela, um pouco assim, meio indignada: "Epá, já estou farta desse médico, porque todas as pessoas que vêm desse médico vêm sempre insatisfeitas. Ele só quer é despachar as pessoas para casa e pô-las a trabalhar mesmo quando não estão em condições." E eu: "Dra., ainda bem que me diz isso, porque realmente foi exatamente isso que eu senti. Não vi qualquer interesse médico - nem na parte clínica, nem na parte humana, nem em parte nenhuma. E pronto, acho que simplesmente fui despachado, tipo: 'Já fizeste as sessões de fisioterapia, toma uns comprimidos para as dores e agora orienta-te, vai à tua vida'." E essa mesma doutora falou logo diretamente com um médico que estava lá nas consultas da Medicina do Trabalho A - também ortopedista, que, ao que parece, também estava ligado à seguradora. E então, apresentou o caso diretamente a esse médico e disse: "Dr. C, mais um tripulante que me chega aqui com uma situação deste género, em que o colega da seguradora não foi capaz de descortinar o que é que se passa com ele. Ele continua com dores, foi-lhe dada alta, e ele precisa de reabrir este processo. Para além disso, tem aqui esta ressonância magnética." O outro médico, assim que viu a ressonância magnética, disse: "Então claro que o rapaz tem de estar com dores. Se ele tem uma rotura do tendão, é impossível não ter dores. Muito bem está ele, até podia estar bem pior." Portanto, ela pediu a reabertura do processo. Esse médico, penso que até enviou, a título pessoal, um e-mail para o médico da seguradora a dizer: "Assiste-se isto: tem esta ressonância, fez esta rotura, portanto, este processo tem mesmo de ser reaberto." Pronto. Passado pouco tempo, fui chamado novamente à Companhia de Seguros A, a consulta com o mesmo médico, que acabou por assumir que eu realmente tinha feito uma rotura. Disse que não a tinha visto na outra ressonância magnética, mas que realmente, nesta com contraste e com o relatório do Dr. C, não havia como enganar - "é exatamente isso". E que, desta forma, eu tinha indicação clínica para ir a cirurgia. Antes de ir à cirurgia, ele ainda me disse: "Tem de ter muito cuidado, porque as cirurgias são muito complicadas. Pode ficar pior. Às vezes, isto com o tempo pode consolidar e, com mais sessões de fisioterapia, pode melhorar. Vai só tomando uns comprimidos, uns anti-inflamatórios, isto pode melhorar e tudo mais..." E eu disse: "Doutor, eu acredito que isso possa melhorar, mas eu não quero

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

	melhorar, eu quero é ficar bom. ‘Melhorar’ para mim não é suficiente - nem para a minha vida pessoal, muito menos para a minha vida profissional, em que tenho de estar a 100% para trabalhar e exercer as minhas funções como deve ser e como têm de ser feitas.” E ele: “Está bem, sendo assim, se o senhor quiser ser operado, pronto...” Até soltou uma daquelas: “Depois não diga que não o avisei. Pode ficar pior depois da cirurgia...” E eu: “Está bem, doutor, mas assim é que eu não posso continuar. E independentemente de haver uma percentagem, uma taxa de insucesso - já não sei bem o que foi que disse, 20 a 30%, uma coisa assim -, eu tenho que apostar, como é óbvio, nos outros 70%, porque assim como estou, não tenho condições para estar, muito menos para trabalhar.” E ele: “Está bem, sendo assim, vai operar.” E foi aí que eu disse: “Pronto, Dr., agora também me desculpe e não me leve a mal, mas o Dr. não me vai operar. Quem me vai operar é o Dr. C. Porque foi o Dr. C que detetou a lesão, foi impecável comigo, é quem se preocupou comigo. Eu não vou para o bloco com uma pessoa com a qual eu não tenho a mínima empatia nem a mínima confiança.” E ele ficou assim, tipo: “O que é que está a querer dizer?” E eu: “Exatamente aquilo que acabou de ouvir. Eu não tenho empatia consigo, nem tenho confiança em si. Porque o senhor não conseguiu descortinar uma lesão que, para outro médico, não terá sido assim tão difícil de ver. E mesmo que não tivesse visto, o mínimo era pedir um exame complementar. Porque se eu continuava com dores, alguma coisa se passava. E o senhor não pediu nada. Disse apenas que não se podia fazer mais nada por mim e mandou-me à minha vida.” “Portanto, não me leve a mal, com todo o respeito - acredito que seja um excelente profissional, tudo bem - mas eu não vou para um bloco de cirurgia com alguém em quem não confio.” “E como sei que, por lei, posso, digamos assim, escolher - ou pelo menos submeter à avaliação da Companhia de Seguros A - um médico fora da rede, é isso que pretendo. Ser operado pelo Dr. C. e como sabe, o Dr. C é um médico bastante conceituado em ombros.” E ele: “Sim, isso não se põe em causa. Como é óbvio, jamais colocaria em causa o Dr. C. Sei perfeitamente que é um dos melhores.” “Então pronto,” disse eu, “confio plenamente nele.” Ele respondeu: “Se quer ser operado por ele, assim será. Vai ser operado por ele. Eu vou fazer aqui a solicitação à seguradora, que depois dará a autorização, e depois será contactado para a intervenção cirúrgica.” E pronto, basicamente foi isso.
27	Entrevistador: E depois da intervenção cirúrgica...
28	T10: Depois fizemos a intervenção cirúrgica e, infelizmente, há uma coisa que pode acontecer nestas cirurgias do ombro - e que até tem uma percentagem relativamente alta de acontecer - que é o ombro desenvolver uma capsulite adesiva no pós-cirúrgico. O que me deixou com o ombro bloqueado, digamos assim. Eles repararam o tendão, a cirurgia correu perfeitamente bem, não houve problema nenhum, correu dentro da normalidade. Mas o organismo, por si só, desenvolveu um mecanismo de defesa que bloqueia as articulações aqui do ombro, especificamente a do tendão em questão. E isso é algo que atrasa muito - mas muito mesmo - a recuperação. Pronto, fui para a fisioterapia, e a minha fisioterapia era um bocadinho bruta, ou seja, tinha que ser à “martelada”, como se dizia na própria fisioterapia. E a fisioterapeuta dizia-me: “Eu sei que custa muito, que dói muito, mas isto tem que ser à martelada, porque o braço está bloqueado e temos que o desbloquear - tipo, meio centímetro por dia - com insistências, com alongamentos, dentro do possível. E aos poucos ele vai começando a ceder, a ceder, a ceder, até que se vai aproximando das amplitudes que todos nós pretendemos.” E pronto, conseguimos ultrapassar essa fase.
29	Entrevistador: Quanto tempo de fisioterapia até à inaptidão, até à decisão?
30	T10: Olha, é difícil responder, para já, até porque eu fiz uma segunda cirurgia.
31	Entrevistador: Ah, ok, ok.
32	T10: Então vamos por partes. Ou seja, eu fiz, se calhar, umas 50 sessões de fisioterapia nesta primeira fase, até porque o processo foi muito mais lento por causa dessa capsulite adesiva. E o que aconteceu? Como eu estava a dizer, como isto era a “lei do martelo” - tipo, esticar o braço até lá atrás - “e agora estica”, “ai, ai, ai, ai”, que era sempre um sofrimento enorme. Mas realmente ela dizia: “Está a ver? Já está melhor do que ontem. Isto é assim mesmo.” Então, fiz uma re-rotura. Portanto, o mesmo tendão voltou a romper no processo de reabilitação. Pronto. Voltou a romper. Voltámos outra vez ao mesmo filme: Dr. C faz novo relatório, envia para a Companhia de Seguros A, a seguradora recebe, marca consulta, percebe que houve uma re-rotura e propõe nova data para nova cirurgia. Pronto, e assim foi. Passados uns meses, fiz nova cirurgia. Graças a Deus, dessa vez não resultou em nenhuma capsulite. Quando terminei a cirurgia, e passados uns dias, já o meu braço tinha muito mais mobilidade, não estava preso como da outra vez, não tinha as dores que tive da outra vez - estava completamente diferente. Tanto que isso até me deu uma motivação, uma moral do género: “Epá, como eu estava da outra vez e como estou agora... isto agora vai ao sítio, tem que ir.” Porque realmente foi uma diferença brutal - não tinha mesmo nada a ver. Da outra vez, eu não mexia o braço praticamente, e agora, ao fim de meia dúzia de dias, já conseguia mexer o braço por mim próprio. Claro que com muitas limitações, dores, etc., mas nada a ver. Então, fiquei supercontente, porque logo passado - já não sei, talvez três semanas, sensivelmente - iniciámos logo o processo de recuperação, fisioterapia. E esta fisioterapia foi muito mais rápida, menos dolorosa. E ao fim de várias sessões, eu ainda estava com limitações e com dores, mas fui chamado à consulta da Companhia de Seguros A. Depois, como é normal, fui sendo chamado para essas consultas de seguimento, até eles decidirem se davam mais fisioterapia, verem como estava a evolução, se estava a melhorar ou não. E houve uma altura em que o meu braço - o meu ombro, neste caso - deixou de evoluir. Deixou de evoluir e ainda não tínhamos alcançado as amplitudes normais e necessárias. Mantinham-se algumas dores, sempre, sempre com algumas dores. Claro que ia fazendo sempre medicação - anti-inflamatórios, etc. - para ajudar, mas havia sempre um quadro clínico de dor e de limitação, por exemplo, em tudo. Pronto, insistimos em mais fisioterapia e mais fisioterapia, mas chegou a uma altura em que, realmente, o próprio fisioterapeuta me disse: “Isto não me parece que vá muito mais longe do que isto.” “Já tentámos tudo, já fizemos tudo, já fizemos mais fisioterapia do que aquela que seria suposto - talvez até o dobro - e você vai ter que ver se consegue trabalhar assim.” Aí é que eu comecei a ficar realmente preocupado, porque sabia que ia ser muito complicado ir trabalhar assim. Porque o problema foi no braço direito, e se eu não consigo esticar o braço até lá acima, se tenho dores em carga, se tenho dores e sensibilidade ao toque... comecei a ficar um bocado preocupado. Depois acabei por ser chamado, então, para uma avaliação por parte dos médicos da Medicina do Trabalho A, em articulação com os médicos da ANAC, da Medicina Aeronáutica, e pediram-me para fazer...
34	Entrevistador: Foi logo Junta Médica ou foi só uma consulta normal?
35	T10: Não, foi Junta Médica, porque...pergunto-me... Não, foi logo junta médica.

36	Entrevistador: E foi nesse evento que foi decidida a inaptidão em definitivo para o voo?
37	T10: Nesse evento, sim. Foi nesse momento que me retiraram a licença de tripulante de cabine e, exatamente, foi decidida aí a inaptidão para o voo. Pediram-me para fazer uma série de exercícios e de coisas que eu não fui capaz de fazer. Não fui, pronto. E eram três médicos - ou três ou quatro, já nem sei bem. E disseram-me: “Olhe, não está fisicamente apto para ser comissário de bordo. Nem sequer para as funções mais simples, digamos assim, de assistência aos passageiros e tudo mais, você está capaz. Porque, por exemplo, se tiver que ir a uma bagageira com esse braço, não consegue. E ir com o esquerdo também não é solução. Quanto mais se for realmente necessária uma intervenção numa situação de emergência que implique a segurança dos passageiros... você não está capaz. O braço não aguenta com peso, não sobe, tem muitas limitações. Olhe, tem que o chumbar.” E eu...pronto, fiquei ali. Foi aquele choque. Ainda levei ali um bocado o apoio deles. Vieram as lágrimas aos olhos, mas... como é que é possível? E perguntei: “Mas não há nada que se possa fazer? Não posso insistir na fisioterapia? Não posso ser operado novamente?” E disseram: “Não pode, porque a seguradora já disse que não fazia mais, que não autorizava mais sessões de fisioterapia e que dava o caso por encerrado.” Ou seja, deram-lhe alta. E então foi aí que me retiraram a licença. E eu deixei de voar, basicamente.
38	Entrevistador: Voltou a exercer funções após o primeiro acidente de trabalho? Ou seja, depois do evento, chegou a voar mais alguma vez?
39	T10: Não.
40	Entrevistador: Os critérios médicos para a sua inaptidão definitiva para o voo foram claramente explicados por parte do Gabinete de Medicina do Trabalho? Entendeu porque não poderia continuar exercendo as funções como Tripulante de Cabine?
41	T10: Entendi.
42	Entrevistador: Os exames e avaliações médicas realizados foram suficientes e adequados para determinar ainda a petição infinitiva para o voo.
43	T10: Sim. Penso que sim.
44	Entrevistador: Solicitou uma segunda opinião médica antes da decisão final.
45	T10: Não. Foi antes da decisão final. Eu fui ao Dr. C antes de fazer a avaliação pela Medicina do Trabalho A, juntamente com a Medicina Aeronáutica, e ele insistiu que ainda havia aqui hipótese de melhorar. “Ainda há aqui hipótese de melhorar, nem que a gente tenha que operá-lo outra vez.” E eu disse: “Pois, doutor, mas a Companhia de Seguros A já não vai nisso. Eles já me deram alta, e eu agora vou a uma Junta Médica - portanto, da Companhia Aérea A, da Medicina do Trabalho A, da Medicina Aeronáutica, e da médica da ANAC, etc. E eu tenho que passar ali. Se eu não passar ali, já fui. Não há hipótese. Eu não estou dentro dos parâmetros que são as exigências e o <i>job description</i> de um comissário de bordo e o que tem que fazer, etc.” Mas ele continuava a dizer: “Você está-me a dizer - pelas dores que tem, pelas amplitudes - que está limitado e ficou limitado... Não sei se isso vai correr bem... Mas acho que talvez ainda possa melhorar. Temos é que, se calhar, ir à faca outra vez.” E eu disse: “Ah, Dr., eu não sei o que lhe diga, mas neste momento tenho que ir a esta consulta. Vou à consulta e, depois logo se vê, depois falo consigo.” Pronto. E depois fui à consulta... e fui dado como inapto para o voo, permanentemente.
46	Entrevistador: Continuando com a entrevista: considera que os critérios médicos utilizados foram justos e coerentes com a sua condição de saúde?
47	T10: Portanto, os critérios médicos... repete lá a pergunta.
48	Entrevistador: Considera que os critérios médicos utilizados foram justos e coerentes com a sua condição de saúde?
49	T10: Eu acho que não. Acho que, na altura, pelo menos, havia mais coisas que podiam ter sido feitas e não foram.
50	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão definitiva para o voo, pelo Gabinete de Medicina do Trabalho da companhia aérea, foi encaminhado para o Gabinete de Medicina Aeronáutica?
51	T10: Não entendi...
52	Entrevistador: Eu percebi que, na sua situação, a junta médica contou logo com a participação de um dos elementos do Gabinete de Medicina Aeronáutica. A pergunta vai nesse sentido: após a decisão de inaptidão definitiva para o voo, pelo Gabinete de Medicina do Trabalho da companhia aérea, foi encaminhado para o Gabinete de Medicina Aeronáutica?
53	T10: Não, porque já estava uma pessoa presente desse mesmo gabinete.
54	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico após a decisão de inaptidão definitiva para o voo?
55	T10: Não.
56	Entrevistador: Houve uma comunicação clara entre a Medicina do Trabalho, a Companhia Aérea e o Gabinete de Cineronáutica sobre a sua situação.
57	T10: Eu penso que houve aí algumas falhas, portanto, tenho que dizer que não. Porque a Companhia Aérea A, apesar de já ter a informação do Gabinete de Medicina Aeronáutica e da Medicina do Trabalho A, não me declarou logo como inapto. Inclusive, começaram a marcar faltas injustificadas. Depois, tive aqui que andar num embróglio entre a Medicina do Trabalho A e a Companhia Aérea A, porque eu não podia ter faltas injustificadas, até que lá se resolveu a situação. Mas, inicialmente, acho que houve ali uma falha de comunicação entre eles.
58	Entrevistador: Considera que os processos médicos atuais garantem uma decisão imparcial e equilibrada, ou há influência de companhias aéreas, seguradoras e outras partes interessadas?
59	T10: Eu penso que sim.
60	Entrevistador: Que há influências?
61	T10: Que há influências, sim.
62	Entrevistador: Pode justificar, resumidamente?
63	T10: O que eu posso dizer é que, como também já tinha dito anteriormente, a seguradora nunca se quer responsabilizar por nada. Nunca se responsabiliza por nada, nem nunca são eles a tentarem, portanto, perceber e dar-te o apoio necessário para que a

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

	situação seja resolvida da melhor forma. E depois, quando a coisa não corre bem - que foi o meu caso - aí já é o contrário. Lá está, é sempre a puxarem a brasa à sardinha deles. Quando eu fui dado como inapto pela ANAC, eles aí também não quiseram saber. Primeiro despacharam-me, disseram que já não podiam fazer mais nada comigo. Mas depois, quando foi tomada a decisão de inaptidão, também não assumiram isso. Por isso é que tive que ir para tribunal, não é? Portanto, é um pouco um contrassenso da seguradora, que a meu ver só vê os interesses deles. No momento, o que é mais conveniente para eles é o sinistrado ter alta, porque não querem estar a gastar dinheiro com operações e fisioterapia. Então, dão alta e que ele se oriente, que vá trabalhar assim. Depois, mais tarde, se eu não tivesse recorrido a um médico particular que me desse um diagnóstico diferente daquele que me foi dado inicialmente pelo médico da seguradora, eu não sei onde é que este processo poderia estar hoje - ou onde é que eu próprio estaria. Se andava a voar com dores, se tinha sido operado, se não tinha... não faço ideia. Mas o que eu sei é que, como disse anteriormente, se havia alguma pequena hipótese de eu ter ali uma rotura, teria de ter sido pedido um exame complementar, para se confirmar e termos a certeza do que se passava com o meu ombro. E a seguradora descartou-se disso. Descartou-se disso... e descartou-se de mim também. Depois, mais tarde, quando eu já venho com outros argumentos - com uma nova ressonância magnética com contraste e com o relatório de um médico consagrado - aí foi: "Espera aí, afinal tem razão. Afinal ele tinha mesmo dores. Afinal ele tinha mesmo ali uma lesão que nós não descortinámos à primeira." Não fomos competentes. Porque, se fossem competentes, teriam pedido essa mesma ressonância magnética com contraste que o outro médico viu.
64	Entrevistador: Qual o impacto da decisão definitiva para o voo na sua vida profissional e pessoal, de forma resumida?
65	T10: Portanto, a nível profissional: fiquei desempregado e estou desempregado. O impacto foi enorme, porque, desde que me lembro - tirando pequenos trabalhos que tive antes de entrar na aviação - não fiz outra coisa senão aviação. Trabalho na aviação desde 2004, comecei novo, deixei a faculdade e não completei o meu curso para me iniciar na aviação. Na altura era uma coisa experimental, mas gostei... e fiquei. Portanto, foi um impacto enorme, profissionalmente. Pessoalmente, talvez tenha sido ainda maior. Porque uma pessoa, quando tem um trabalho durante quase 20 anos, em que só faz isso, em que gosta do que faz, em que sente prazer, em que se considera - como sempre me considerei - um bom profissional, e sempre pensei fazer aquilo a vida toda, porque era a formação que eu tinha e o know-how que fui adquirindo ao longo dos anos...quando, de repente, como se fosse retirado o tapete de um dia para o outro - ainda que o processo tenha sido muito longo, desde o início da baixa, das primeiras sessões de fisioterapia, até à primeira cirurgia, à segunda cirurgia e por aí fora, até ser declarada a inaptidão definitiva para o voo - foi um processo muito moroso, muito desgastante, complicadíssimo. Depois ainda veio o processo de tribunal, que foi mais desgastante ainda. Porque a seguradora não foi capaz de assumir as suas responsabilidades.
66	Entrevistador: Iremos ter a oportunidade de falar sobre isso, sobre o processo, mais tarde...
67	T10: A nível pessoal, deixou-me completamente desgastado, deixou-me muito deprimido. Passei a ser seguido em psiquiatria, comecei a tomar antidepressivos - que, ainda hoje, tomo.
68	Entrevistador: O que mudaria no processo de avaliação médica, tanto da Medicina do Trabalho como da Medicina Aeronáutica, para torná-lo mais justo e transparente?
69	T10: Eu acho que os interesses de todos têm que ser salvaguardados, mas, mais especificamente, os do lesado. Ou seja, o foco deveria ser na pessoa que sofreu o acidente. E, a partir daí, tentar ajudar, melhorar - seja a condição física do tripulante, como também a psicológica. E eu não senti esse apoio de lado nenhum.
70	Entrevistador: Portanto, mudando agora para a parte da responsabilidade social corporativa da companhia aérea: qual foi a primeira ação da companhia após a decisão de inaptidão definitiva para o voo? Houve algum contacto formal para discutir os próximos passos?
71	T10: Não.
72	Entrevistador: A empresa ofereceu algum suporte imediato após a decisão de inaptidão definitiva para o voo?
73	T10: Não.
74	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão definitiva para o voo, foi implementado um plano de acompanhamento médico pela companhia aérea?
75	T10: Não.
76	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico imediato após a decisão de inaptidão definitiva para o voo?
77	T10: Não.
78	Entrevistador: Acredita que esse apoio teria sido essencial?
79	T10: Acredito que teria sido uma ajuda essencial para não entrar neste estado de depressão, que ainda hoje enfrento.
80	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão definitiva para o voo, a empresa ofereceu outra função dentro da organização?
81	T10: Não.
82	Entrevistador: A organização possui um seguro de inaptidão definitiva para o voo, aplicável a Tripulantes com incapacidade permanente parcial decorrente de acidente de trabalho?
83	T10: Que eu tenha conhecimento, não.
84	Entrevistador: Eu vou esmiuçar, porque conheço a realidade. Existe um seguro da Companhia de Seguros C associado.
85	T10: Ah, ok. Sim, houve um reembolso.
86	Entrevistador: A empresa garantiu que o pagamento dessas compensações financeiras e dos benefícios legais associados a esse seguro fosse feito?
87	T10: Garantiu.
88	Entrevistador: Recebeu apoio jurídico e administrativo da companhia aérea para entender e reivindicar os seus direitos laborais?
89	T10: Não. E aí é que eu me sinto mesmo lesado.
90	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão definitiva para o voo, a empresa manteve contacto regular ou sentiu-se desamparado?
91	T10: Não. Desamparado.

92	Entrevistador: O Departamento de Recursos Humanos ou o Gabinete de Segurança e Saúde no Trabalho prestaram algum tipo de apoio durante a transição?
93	T10: Não.
94	Entrevistador: A empresa possui políticas eficazes de responsabilidade social para apoiar tripulantes sinistrados?
95	T10: Eu penso que não.
96	Entrevistador: Se pudesse retroceder no processo, o que acredita que a companhia aérea deveria ter feito de forma diferente no seu caso?
97	T10: Então, voltando atrás, se eu pudesse repetir este processo, acho que, primeiramente, deveria ter tido logo acompanhamento psicológico, assim que fui declarado inapto para o voo, porque é uma situação muito complicada de gerir. Depois, acho que a companhia deveria ter a obrigação de me colocar em terra ou, pelo menos, sugerir alguma outra função que eu pudesse exercer na companhia. E isso não foi feito. Para além disso - infelicidade minha ou não, não sei bem como classificar esta situação - eu sou uma pessoa que teve um acidente de trabalho e fiquei com uma incapacidade parcial permanente para o meu trabalho habitual. Desde logo, eu deveria, pelo que sei, ter tido a oportunidade de continuar a trabalhar em terra. Isso não aconteceu. Assim como também deveria ter sido considerado um reformado da Companhia Aérea A por invalidez e ter acesso a algumas regalias que os reformados por invalidez da Companhia Aérea A sempre tiveram, segundo sei. Mas, como este processo todo decorreu na altura do COVID, e a empresa estava a despedir pessoas, eu fui despedido. Quer dizer, estavam a "rescindir amigavelmente" com as pessoas, mediante uma compensação, e essa compensação tinha até um nome - que não consigo precisar - algo como "Jubileu", uma coisa assim do género. Eu não recebi nada desse "Jubileu" porque, segundo a Companhia Aérea A, quando fui rescindir o contrato, disseram que não tinha direito a esse valor porque a indemnização da Companhia de Seguros C era superior e, por isso, eu não podia acumular as duas coisas. O que, a meu ver, não faz sentido nenhum. Porque uma coisa é uma coisa, outra coisa é outra coisa. No fundo, eu acabei por rescindir amigavelmente com a Companhia Aérea A, - mas fui coagido a isso. Aceitei por falta de apoio jurídico, de informação, de acompanhamento. Sinto que fui, de certa forma, pressionado a rescindir o contrato, naquela altura em que a TAP estava a reduzir o número de tripulantes. E, como eu já não podia exercer funções, eles acharam mais fácil rescindir o meu contrato - ou apresentar essa proposta - porque não me apresentaram outra. Fizeram como fizeram com todos os que ainda estavam a voar. Acho que não me foi bem explicado o processo, nem os meus direitos. E eu acabei por aceitar essa rescisão de forma "amigável", quando eu não tinha de rescindir amigavelmente. Fiquei inapto para o voo. E, segundo sei, deveria ter sido convidado a permanecer nos quadros da empresa, à qual pertenci durante cerca de 13 anos, exercendo outra função. Poderia ter sido recusado, é verdade - mas, pelo menos, isso deveria ter sido proposto. E não foi. Ou, pelo menos, deveriam ter dito: "Sendo assim, segundo o que está previsto para trabalhadores com acidentes de trabalho e incapacidades, você seria considerado reformado da Companhia Aérea A, e manteria certas facilidades, como o plano de saúde vitalício e as facilidades de passagem." Pelo menos essas duas coisas, que sei que sempre se verificaram. Mas como rescindi amigavelmente com a companhia, não tenho direito a nada disso. Portanto, acho que não houve cuidado nenhum, nem informação, nem esclarecimento. Simplesmente apresentaram-me aquela folha e disseram: "Olha, é isto que temos para si. Obrigado por tudo o que fez por nós. Sempre gostámos de si. Infelizmente, não pode continuar. Também não temos nada para lhe oferecer em terra, porque, como já percebeu, estamos a despedir e não a contratar. E, desta forma, lamentamos, mas é o que temos." E assim foi.
98	Entrevistador: Mudando agora um pouco para a vertente do processo jurídico e dos direitos dos tripulantes sinistrados. Teve de recorrer a um processo legal para assegurar os seus direitos?
99	T10: Sim.
100	Entrevistador: Em que momento do processo é que isso ocorreu? Antes da decisão de inaptidão ou após?
101	T10: Após a decisão de inaptidão.
102	Entrevistador: Moveu uma ação judicial para reconhecimento de Incapacidade Permanente Absoluta para o Trabalho Habitual [IPATH]?
103	T10: Sim.
104	Entrevistador: A decisão final confirmou a sua IPATH?
105	T10: Sim.
106	Entrevistador: Quanto tempo durou o processo legal até à decisão final - desde que foi interposto até à última decisão que lhe concedeu a IPATH?
107	T10: Dois anos e quatro meses.
108	Entrevistador: Em que instância o caso foi concluído?
109	T10: Na relação.
110	Entrevistador: Acredita que esse tempo de espera - dois anos e quatro meses - pela decisão judicial afetou significativamente a sua vida pessoal e profissional?
111	T10: Tenho a certeza.
112	Entrevistador: Pode descrever alguns dos impactos?
113	T10: Como lhe disse anteriormente, pessoalmente eu fui abaixo. Fiquei sem chão, fiquei sem trabalho, sem apoio, fiquei sozinho. Entrei num estado de depressão muito grande, que ainda hoje se mantém, em parte. E, ao longo de todo esse processo, foi sempre a piorar. O processo foi muito longo, muito exaustivo e muito desgastante.
114	Entrevistador: Sentiu que os seus argumentos e documentação médica foram considerados de forma justa pelo sistema judicial?
115	T10: Sim.
116	Entrevistador: O sistema jurídico foi ágil e eficiente no seu caso, ou enfrentou atrasos excessivos?
117	T10: Eu penso que este tempo todo não será o tempo normal para a decisão de um caso deste tipo. Portanto, concluo que sim, que houve muitos atrasos.

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

118	Entrevistador: A perícia médico-legal, isto é, a Junta Médica para confirmar a sua IPATH, foi conduzida de forma justa e transparente?
119	T10: Não.
120	Entrevistador: Pode descrever algumas das falhas percebidas?
121	T10: Posso, simplesmente, dizer que foi notória - nas duas vezes em que fui à Junta Médica - a empatia e o conluio entre o médico da seguradora e o médico do tribunal.
122	Entrevistador: Considera que a legislação nacional e comunitária oferece proteção adequada aos Tripulantes sinistrados, ou existem lacunas que considera necessário corrigir?
123	T10: Bom, aí já entra um bocadinho no campo do Direito, e eu não estou por dentro como gostaria. Ainda assim, acho que foi realmente a legislação da União Europeia que fez com que eu fosse salvaguardado e que me fosse reconhecido o IPATH, já na instância superior, no Tribunal da Relação. Porque, se assim não fosse - se não fosse essa legislação da União Europeia -, não sei se teria ganho a causa.
124	Entrevistador: Recebeu apoio de sindicatos ou associações para defender os seus direitos?
125	T10: Não.
126	Entrevistador: Que alteração pode sugerir na legislação para reforçar a proteção dos Tripulantes sinistrados?
127	T10: Que alteração...bom, eu não sei se isto seria propriamente uma alteração, mas acho que, realmente, os sinistrados nesta nossa área de Tripulantes obedecem a uma legislação diferente e a condições muito específicas para se poder exercer esta profissão. E eu não percebo até que ponto isso está salvaguardado. Porque em todas as juntas médicas a que fui - inclusive tanto o médico do tribunal como o médico da seguradora - disseram sempre que eu poderia perfeitamente exercer outro cargo, sem ser prejudicado na minha vida profissional. Coisa que eu nunca percebi, essa prerrogativa ou essa justificação da parte deles. Porque o meu trabalho era como comissário de bordo. Se eu não estou apto para ser comissário de bordo, não percebo como é que o próprio tribunal, o médico do tribunal e o médico da seguradora acham que eu poderia exercer outro tipo de profissão e que, desta forma, não estaria lesado pelo facto de ter perdido a minha profissão. Achavam que não era lesado, como se bastasse simplesmente retirar-me de um lado e colocar-me noutro, e que estava tudo bem. Portanto, eu não sei exatamente o que se poderia alterar na legislação, mas acho que devia haver uma clara distinção: o tripulante não é um trabalhador comum. Obedece a uma série de premissas, em termos de safety, de segurança, e tudo mais. E, quando tudo isso não está cumprido, e o tripulante não está capaz de cumprir com essas premissas, então - como é óbvio - tem que ser salvaguardado, e não simplesmente descartado. Foi isso que eu senti que queriam fazer comigo. E não sei até que ponto é que a legislação nacional me protegeu. Neste caso, acho que foi a legislação da União Europeia que acabou por me proteger.
128	Entrevistador: Muito bem. Uma última questão: o que recomendaria a um tripulante que esteja a enfrentar um processo semelhante ao seu?
129	T10: Procurar um bom advogado e, se possível, ter acompanhamento psicológico.
130	Entrevistador: Muito obrigado pela colaboração.

T11 - TRIPULANTE DE CABINE 11

1	Entrevistador: Olá. Como disse há pouco, [T11] antes de mais quero agradecer a participação. Estou autorizado a fazer a gravação da entrevista?
2	T11: Ok. Com certeza.
3	Entrevistador: Então, podemos já começar. É portadora de uma incapacidade permanente parcial que determinou uma inaptidão definitiva para o voo, decorrente de um acidente de trabalho nas funções de tripulante de cabine?
4	T11: Sou, sim senhora.
5	Entrevistador: Qual é a natureza da incapacidade?
6	T11: Prende-se com a coluna, L5-S1, isto em 2010. Posteriormente, em 2020, tive uma recaída e foi aí que deixei de poder voar - fui dada como inapta para o voo. Para além disso, tive duas operações ao ombro, também decorrentes do trabalho a bordo. Tive de fazer duas operações: uma não ficou bem, a outra já me permitiu voltar a voar. E há ainda uma terceira incapacidade, que não está relacionada com o trabalho: uma queda em casa que me obrigou a colocar uma prótese total da anca. No entanto, mesmo essa interfere com o trabalho a bordo, porque temos de estar a 100%. Portanto, fui dada como inapta para o voo em 2020, quando decorreu aquele processo todo em que os tripulantes tiveram de aceitar os RMA's ou não.
7	Entrevistador: Em resumo: como ocorreu o acidente de trabalho e quais foram as lesões resultantes? Começando pelo primeiro acidente e depois a reavaliação.
8	T11: Em 2010, estava no serviço de refeições e houve uma turbulência que me fez cair duas vezes. Fez com que o osso da coluna saísse fora. Isso provocou a lesão na L5-S1. Quando cheguei ao hotel, tive de tomar vários comprimidos - foi complicado. Voltei para casa, fui assistida e optei por ficar no hospital em Lisboa; não quis ficar em Munique. Decorrente disso, fiz sete meses de fisioterapia, por indicação da seguradora, mas não resultou em nada. Inclusive, as próprias fisioterapeutas diziam que só haveria melhoras com cirurgia - a fisioterapia não ia adiantar porque a lesão não era reversível. Então, tive mesmo de ser operada. E depois, em 2020, tive uma recaída que me deixou em cadeira de rodas durante cinco meses. As médicas da Companhia Aérea A reuniram-se e consideraram que eu deveria ser dada como inapta para a aviação.
9	Entrevistador: Com que idade iniciou o seu percurso profissional como tripulante de cabine e qual a idade à data da inaptidão definitiva para o voo?
10	T11: Entrei na Companhia Aérea A em 1988 e fui considerada inapta aos 59 anos.
11	Entrevistador: Portanto, entrou em 1988 e ficou inapta em 2020, com 59 anos. Correto.
12	T11: Exatamente.
13	Entrevistador: Como foi o processo médico desde o acidente de trabalho até à decisão de inaptidão definitiva?
14	T11: Está a referir-se ao primeiro acidente?
15	Entrevistador: Sim, em resumo, os dois, portanto - porque o primeiro acidente de trabalho é que, de alguma forma, veio despoletar todo o processo. Desde, portanto, essa turbulência, se vir aqui existindo no voo para Munique, é que veio despoletar todo o acidente, a inaptidão, por assim dizer.
16	T11: E queres perguntar o quê? Desculpa. Não percebi.
17	Entrevistador: O processo médico, portanto, em resumo - como é que foi o processo médico? Portanto, já percebi que fez sete meses de fisioterapia.
18	T11: Esse processo médico não foi fácil, porque, quer dizer, estar a fazer a fisioterapia que me mandaram fazer não resultou em nada. Resultou em que eu, cada vez, ficava pior - já não conseguia levantar-me, tinha que ser com apoio. Neste caso, foi do Chefe de Cabine, que na altura vivíamos juntos, ou do meu pai, que me tinham que transportar, porque no decorrer desses sete meses eu fiquei pior, não melhorei. Depois, as médicas da Medicina do Trabalho A disseram que isto não podia continuar, que era melhor consultar um médico, ao qual eu contei. Ele disse-me de imediato: já para a operação, porque já devia ter feito a operação há muito tempo. Aí, fui operada, não seguindo os trâmites da seguradora. Claro que depois o meu seguro pagou a operação, mas não foi por intermédio da seguradora, porque a seguradora andava um bocadinho a achar que eu tinha este problema desde a infância. Ora, se nós concorremos para a Companhia Aérea A, temos que fazer vários exames médicos - e, nessa altura, eram muito mais rigorosos, penso eu, do que hoje em dia ou mesmo já na minha altura. Não havia exames à cabeça, não havia exames à coluna. Nós, nessa altura, fazíamos exames a tudo e eu nunca tinha tido um problema na coluna. Vários raios-X que fiz para a entrada na companhia nunca revelaram que eu tivesse nenhum problema, e a companhia de seguros dizia que eu tinha isto desde pequenina, este problema na coluna. Ora, se eu tivesse isto desde pequenina, é óbvio que a Companhia Aérea A não me aceitava para voar nos aviões. Foi um processo difícil com a companhia de seguros - tive várias... como é que se chama... ah, que vão vários médicos... como é que se chama... várias juntas médicas... tive várias juntas médicas nessa altura, com muita dificuldade de locomoção. Depois de ser operada, não - foi ótimo, voltei a voar. Mas foi um processo difícil com a companhia de seguros, porque teimavam em dizer que eu tinha um problema de criança, e não é verdade.
19	Entrevistador: Voltou a exercer funções após o acidente?
20	T11: Voltei a exercer funções.
21	Entrevistador: Por quanto tempo, desde o acidente de trabalho até à decisão de inaptidão definitiva para o voo?
22	T11: Então, desde 2010, o processo... eu fiquei apta a voar em 2012, comecei a voar em 2012 - de 2012 até 2021.
23	Entrevistador: Então, disse 8 ou 9 anos, correto.
24	T11: Exato.
25	Entrevistador: Os critérios médicos para a inaptidão definitiva para o voo foram claramente explicados por parte do Gabinete de Medicina do Trabalho?

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

26	T11: Sim.
27	Entrevistador: Os exames e avaliações médicas realizados foram suficientes e adequados para determinar a sua inaptidão definitiva para o voo.
28	T11: Mais que suficientes. Fiz centenas de RX, TAC's, ressonâncias magnéticas, cintigrafias, eletromiografias, fiz n exames a mando das seguradoras - e não só - para comprovar que não tinha um problema de infância, mas sim um acidente provocado pelo acidente de trabalho.
29	Entrevistador: Solicitou uma segunda opinião médica antes da decisão final de inaptidão para o voo?
30	T11: O meu médico sempre foi o Dr. C, sempre. Da primeira vez que me operou, disse que eu podia voar, que estava em condições para exercer as minhas funções a bordo. Também contactei o Dr. P, que era o diretor do Hospital S- isto em 2020 - que me disse que, realmente, com estes problemas todos e com esta nova agravante que eu tive em 2020, talvez tivesse que estender a licença. Porque, como é evidente, a nossa profissão não é fácil. Começa logo quando saímos de casa com malas de porão, trolleys, ter que abrir bagageiras e colocar as malas dentro das bagageiras. Depois, chegar ao parque e a mesma coisa. Tudo isto é um processo complicado para um tripulante que não tem problemas na coluna, quanto mais para um tripulante que tem problemas na coluna.
31	Entrevistador: Portanto, houve divergências nos pareceres médicos em relação aos seus médicos e aos médicos da seguradora - podemos concluir isso, correto?
32	T11: Sim, sem dúvida.
33	Entrevistador: Considera que os critérios médicos utilizados foram justos e coerentes com a sua condição de saúde?
34	T11: Em relação à seguradora não.
35	Entrevistador: Pode explicar porquê, por favor?
36	T11: Porque sempre acharam que eu tinha um problema de infância. Foi comprovado várias vezes que não foi isso que aconteceu. É evidente que, estando na aviação, e com os anos, a tendência é agravar-se. O problema agrava-se - seja ele qual for, seja ele de coluna ou de qualquer outro tipo - a tendência é agravar-se. Passa a ser um problema... como é que se diz, ajuda-me...um problema de reincidência, quer dizer, vai-se agravando com os anos, não é? Em relação aos médicos - pois, os médicos, inclusive as próprias médicas da Medicina do Trabalho A, disseram que realmente eu não podia estar nestas condições. Várias vezes fizeram pressão junto da seguradora, mas foi complicado.
37	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão definitiva para o voo, pelo Gabinete de Medicina do Trabalho da companhia aérea, foi encaminhada para o Gabinete de Medicina Aeronáutica?
38	T11: Fui.
39	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico após a decisão de inaptidão definitiva para o voo?
40	T11: Não psicológico, não. Também não fiz questão de o ter, mas, em termos da companhia - das médicas da companhia - foram fabulosas. Ajudaram-me imenso.
41	Entrevistador: Da companhia?
42	T11: Da companhia aérea, sim.
43	Entrevistador: Houve uma comunicação clara entre a Medicina do Trabalho, a companhia aérea e o Gabinete de Medicina Aeronáutica sobre a sua situação?
44	T11: Por pressão dos médicos da nossa Companhia Aérea A, sim. Houve pressão deles para me ajudarem, mas a seguradora mantinha a sua posição.
45	Entrevistador: Considera que os processos médicos atuais garantem uma decisão imparcial e equilibrada, ou há influência das companhias aéreas, seguradoras ou outras partes interessadas?
46	T11: Penso que há sempre uma pressão.
47	Entrevistador: Pode justificar, por favor?
48	T11: Eu constatei que, apesar da ajuda que as médicas da Companhia Aérea A me quiseram dar - seja da parte aeronáutica ou de qualquer outra médica - fizeram várias pressões junto das seguradoras, enviaram e-mails, a própria diretora da Medicina do Trabalho A, e a companhia de seguros mantinha a sua posição. Porque, quer dizer, há um futuro... há um futuro que se põe em causa, que é o futuro de um tripulante que vai ter que ter uma pensão. Prende-se, naturalmente, com esses problemas. E então, daí eu pensar que eles acham que têm que ver tudo, para não chegarem a essa conclusão.
49	Entrevistador: Qual o impacto da decisão de inaptidão definitiva para o voo na sua vida profissional e pessoal?
50	T11: Foi péssimo, porque eu adorava o que fazia. Não me via a fazer outra coisa. É óbvio que achei que saí cedo demais, em termos de idade e de capacidades, mas não tive outra solução.
51	Entrevistador: O que mudaria no processo de avaliação médica, tanto da Medicina do Trabalho como da medicina aeronáutica, para torná-lo mais justo e transparente?
52	T11: Aí, eu não vejo que não houvesse transparência, porque sempre fui muito ajudada pelas médicas da medicina aeronáutica. Sempre tentaram ajudar-me e procurar o melhor para mim, junto da companhia de seguros, junto dos médicos particulares - nomeadamente do Dr. C. Sempre elaboraram pareceres para eu ter o melhor acompanhamento. Da parte da Medicina do Trabalho e dos médicos da Companhia Aérea A, não tenho nada a dizer - nem dos meus próprios médicos.
53	Entrevistador: Mudando agora o foco para a responsabilidade social corporativa da companhia aérea. Qual foi a primeira ação da companhia aérea após a decisão de inaptidão definitiva para o voo? Houve um contacto formal para discutir os próximos passos?
54	T11: Não estou muito bem recordada, mas sim, a companhia contactou-me para saber o que é que eu iria fazer - se queria ir para casa ou para terra.
55	Entrevistador: A empresa ofereceu algum suporte imediato após a decisão de inaptidão definitiva para o voo?
56	T11: De imediato, não. De imediato, não me recordo que tivesse dado algum suporte. Simplesmente, disse-me que havia um RMA e que a decisão ou iria para terra ou para casa, o qual eu escolhi - ir para casa. Assim, suporte, não.

57	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão definitiva para o voo, foi implementado um plano de acompanhamento médico por parte da empresa?
58	T11: Não percebi, desculpe.
59	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão definitiva para o voo, foi implementado um plano de acompanhamento médico por parte da companhia aérea?
60	T11: Um acompanhamento médico? Não.
61	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico imediato após a decisão de inaptidão para o voo?
62	T11: Não, não tive. Não houve nenhum suporte psicológico.
63	Entrevistador: Consideraria que teria sido importante ou essencial esse suporte?
64	T11: Claro que era positivo. Claro que sim, era ótimo.
65	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão definitiva para o voo, a empresa ofereceu outra função dentro da organização?
66	T11: Ofereceu.
67	Entrevistador: Quais as opções e a categoria profissional que ofereceram?
68	T11: Ir para terra. Nunca me disseram para terra para onde.
69	Entrevistador: Aceitou ou aceitou uma rescisão por mútuo acordo?
70	T11: Aceitei uma rescisão por mútuo acordo.
71	Entrevistador: A organização possui um seguro de inaptidão definitiva para o voo, aplicável a Tripulantes com incapacidade permanente parcial decorrente de acidente de trabalho?
72	T11: Não percebi, desculpe.
73	Entrevistador: A companhia aérea possui um seguro de inaptidão definitiva para o voo, aplicável a Tripulantes que tenham tido um acidente de trabalho?
74	T11: Um seguro? Não sei.
75	Entrevistador: Um pequeno aparte: a Companhia Aérea A tem, mas não pode ser acumulado com aquele valor do jubileu. Chegou a receber algo do jubileu ou recebeu da Companhia de Seguros C? Não se recorda?
76	T11: Não me recordo, mas eu acho que da Companhia de Seguros C já tinha... não eu recebi da Companhia de Seguros C. Acho que sim, sim, sim, sim.
77	Entrevistador: Eu vou reformular. Vou fazer outra vez a questão, está bem? A organização possui um seguro de inaptidão definitiva para o voo, aplicável a Tripulantes com incapacidade permanente parcial decorrente de acidente de trabalho?
78	T11: Sim, sim.
79	Entrevistador: A empresa garantiu o pagamento das compensações financeiras e benefícios legais associados a esse seguro?
80	T11: Sim, sim.
81	Entrevistador: Recebeu apoio jurídico ou administrativo da companhia aérea para entender e reivindicar os seus direitos laborais?
82	T11: Não.
83	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão definitiva para o voo, a empresa manteve contacto regular ou sentiu-se, de alguma forma, desamparada?
84	T11: Não, não tive contacto regular.
85	Entrevistador: O Departamento de Recursos Humanos ou o Gabinete de Segurança e Saúde do Trabalho testaram algum tipo de apoio durante a sua transição?
86	T11: Não.
87	Entrevistador: Na sua opinião, a empresa possui políticas eficazes de responsabilidade social para apoiar tripulantes sinistrados?
88	T11: Que eu saiba, não.
89	Entrevistador: Se pudesse retroceder no processo, o que acredita que a companhia aérea deveria ter feito de forma diferente no seu caso?
90	T11: Quer dizer, aqui a companhia aérea não tem... pronto, podia ter prestado um apoio após os tripulantes que saíram nestas mesmas condições. Podia prestar um apoio psicológico, podia prestar um apoio de haver - como ainda agora me fez essa questão de contactarem-nos - mas a companhia aérea aqui portou-se bem, da maneira como se portou em relação ao meu problema. Podia ter havido um apoio psicológico, podia ter havido um contacto - que não houve - mas este processo é um processo que depende do seguro, não é, das seguradoras.
91	Entrevistador: Vamos mudar um pouco agora para a vertente do processo jurídico e direito dos tripulantes sinistrados. Teve de recorrer a um processo legal para assegurar os seus direitos?
92	T11: Tive.
93	Entrevistador: Em que momento isso ocorreu?
94	T11: No primeiro acidente de trabalho, em 2010, pedi ajuda dos advogados do nosso sindicato, mas tive um azar porque foi uma altura em que o sindicato mudou várias vezes de direção. E então, conforme as direções eram mudadas, também assim eram os advogados pertencentes a essa direção. Portanto, pelo menos quatro advogados tive diferentes. Ou seja, o processo demorou muito mais, precisamente por os advogados serem todos diferentes, até que o último me disse que, como a direção tinha mudado mais uma vez, também não poderia concluir o meu processo. E foi nessa altura que eu pedi ajuda a um advogado - mencionando o Dr. J - que foi o que me ajudou a finalizar o processo. Em 2020, deste meu outro processo, aí já pedi ajuda mesmo ao Dr. J. Já não fui ao sindicato.
95	Entrevistador: Moveu uma ação judicial para reconhecimento de Incapacidade Permanente Absoluta para o Trabalho Habitual, IPATH?

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

96	T11: Como assim?
97	Entrevistador: Vou fazer a pergunta outra vez: moveu uma ação judicial para reconhecimento de Incapacidade Permanente Absoluta para o Trabalho Habitual?
98	T11: Não, não ouvi, desculpe. Movi sim.
100	Entrevistador: A decisão final confirmou a sua IPATH?
101	T11: Confirmou.
102	Entrevistador: Quanto tempo durou o processo legal até à decisão final?
103	T11: Neste último caso demorou, ora... demorou cerca de 3 anos. Não chegou a 3 anos.
104	Entrevistador: Em que instância o caso foi concluído: primeira instância, relação ou constitucional?
105	T11: Relação.
106	Entrevistador: Acredita que esse tempo de espera pela decisão judicial afetou significativamente a sua vida profissional e pessoal?
107	T11: Significativamente, sim, sem dúvida.
108	Entrevistador: Pode descrever alguns dos impactos, por favor?
109	T11: Os impactos... é a pessoa não ter nada definido, andar constantemente a fazer exames para comprovar que a minha situação era complicada, com tendência a piorar. A nível físico, muitas das vezes tinha que andar a fazer exames e tinha que ir de cadeira de rodas, porque o estado já não era muito bom - físico. As dificuldades que tive a nível de transportes - tinha que andar sempre com a ajuda de alguém que me levasse para fazer os exames ou apanhar táxis, porque não podia andar de transportes públicos, de maneira nenhuma. Portanto, foi um processo muito penoso, a nível físico, a nível psicológico. O desagrado de ver que não acreditavam em provas médicas, de vários relatórios médicos... foi complicado.
110	Entrevistador: A seguradora impôs obstáculos ao reconhecimento dos seus direitos ou tentou minimizar a gravidade da sua condição?
111	T11: Eu penso que sim, tentou minimizar, porque os exames comprovavam e, mesmo assim, mandavam fazer vários exames. Eu tive que, várias vezes, ir fazer ressonâncias magnéticas - depois de já ter feito outras tantas.
112	Entrevistador: Sentiu que os seus argumentos e documentação médica foram considerados de forma justa pelo sistema judicial?
113	T11: No final, sim.
114	Entrevistador: O sistema jurídico foi ágil e eficiente, no seu caso, ou enfrentou atrasos excessivos?
115	T11: Enfrentei alguns atrasos.
116	Entrevistador: Pode escrever a demora, por favor?
117	T11: A demora prendia-se com a seguradora, porque exigia novos relatórios, novos exames. Demora também pelo próprio tribunal - ou porque estavam em greve, ou porque eram férias judiciais, ou porque os funcionários eram poucos, a vários níveis.
118	Entrevistador: A perícia médico-legal, a junta médica - isto é, a última junta médica - para confirmar a sua IPATH, foi conduzida de forma justa e transparente?
119	T11: Sim.
120	Entrevistador: Considera que a legislação nacional e comunitária oferece proteção adequada aos Tripulantes sinistrados ou existem lacunas que considera necessárias corrigir?
121	T11: Não percebi, desculpe.
122	Entrevistador: Considera que a legislação nacional e comunitária oferece proteção adequada aos Tripulantes sinistrados ou existem lacunas que serão necessárias corrigir?
123	T11: Penso que há sempre lacunas que deveriam ser corrigidas - em termos de prazos, em termos de dificuldades dos próprios tribunais, da falta de pessoal. Por aí.
124	Entrevistador: Recebeu apoio de sindicatos ou associações para defender os seus direitos?
125	T11: Recebi apoio do sindicato no primeiro caso, no primeiro.
126	Entrevistador: Esse suporte foi relevante no seu caso?
127	T11: Esse suporte foi relevante. Fui ajudada, com certeza. Foi pena, realmente - como eu disse há pouco - os advogados não poderem ter concluído, porque o processo teria sido muito mais célere. Mas, como os sindicatos tiveram várias direções, assim também tiveram vários advogados e o processo tinha que ser sempre alterado para outro advogado.
128	Entrevistador: Que alterações poderia sugerir na legislação para reforçar a proteção dos tripulantes sinistrados?
129	T11: Que alterações à lei?
130	Entrevistador: Sim.
131	T11: Para ajudar os tripulantes?
132	Entrevistador: Para reforçar a proteção.
133	T11: Pois, eu não sei...
134	Entrevistador: O que recomendaria - e isto é a última questão - o que recomendaria a um tripulante que esteja a enfrentar um processo semelhante ao seu?
135	T11: Que tenha um bom advogado, um bom médico, suporte financeiro, a ajuda dos colegas que já passaram por estes problemas mas, basicamente, que tenham um bom advogado e um bom médico.
136	Entrevistador: Muito obrigado pela colaboração.

T12 - TRIPULANTE DE CABINE 12

1	Entrevistador: Olá, boa tarde. Muito obrigado por acedido ao meu pedido. Como eu te disse previamente, será identificada na dissertação por um número. Vamos atribuir o número 12, [T12]. Está bom?
2	T12: Tudo bem.
3	Entrevistador: Antes de mais a gravação. Está autorizada?
4	T12: Sim, sim, sim.
5	Entrevistador: Muito obrigado. Começando pela primeira questão: é portadora de uma incapacidade permanente parcial que determinou uma inaptidão definitiva para o voo, decorrente de um acidente de trabalho nas funções de tripulante de cabine?
6	T12: Sim.
7	Entrevistador: Pode detalhar, muito rapidamente, a natureza da incapacidade?
8	T12: O meu braço direito não levanta. Levanta metade da amplitude que é suposto um braço levantar.
9	Entrevistador: Em resumo, como ocorreu o acidente de trabalho e quais foram as lesões resultantes?
10	T12: Eu tive um acidente à entrada do parque de estacionamento do aeroporto, meia hora antes, mais ou menos, da minha apresentação para o voo. A lesão resultante foi que parti três costelas, a omoplata em dois sítios, e fiz uma ferida num pé. Pronto, até ao osso, ou seja, uma ferida muito profunda.
11	Entrevistador: Com que idade iniciou o seu percurso profissional como tripulante de cabine e qual a idade à data da inaptidão definitiva para o voo?
12	T12: Ora, eu iniciei como tripulante de cabine em 1999, tinha 29 anos, e depois terminei ainda na altura do acidente - foi o meu último dia de trabalho, que nem sequer começou - tinha 49 anos.
13	Entrevistador: E a data da inaptidão, portanto, quando os serviços médicos...?
14	T12: 50.
15	Entrevistador: Ok. Como é que foi o processo médico desde o acidente de trabalho até à decisão de inaptidão definitiva para o voo?
16	T12: Foi muito complicado. Foi muito complicado, principalmente porque eu apanhei o primeiro confinamento, que foram dois meses com clínicas fechadas, com tudo fechado, e isso fez com que eu tivesse ficado dois meses sem fazer fisioterapia - praticamente no começo do início desse processo da fisioterapia. E pronto, foi complicado, mesmo da parte da companhia de seguros, gerir isto tudo. Eu percebo - não é nada que seja surpreendente - eu percebo que ninguém estava à espera do que aconteceu no mundo, e, portanto, foi difícil de gerir. Principalmente porque, assim, a companhia de seguros determina as suas sessões de fisioterapia, que não foram feitas. E, portanto, não houve um adiantar no tempo, porque - se não foram feitas - deveriam ter sido feitas posteriormente. Mas como se atingiu "x" tempo de conclusão do processo, eles não quiseram... pronto, basicamente, não quiseram saber sequer como é que eu estava e queriam-me dar alta. E aí eu tive que combater um bocadinho a situação.
17	Entrevistador: Desde o acidente de trabalho, foram feitas algumas cirurgias que estavam marcadas ou quais foram os obstáculos?
18	T12: Não tive cirurgias, porque todas as fraturas que eu fiz não são passíveis de cirurgia.
19	Entrevistador: Portanto, os obstáculos enfrentados não decorreram dos processos burocráticos de marcação de cirurgias. Foi só a questão da fisioterapia?
20	T12: Sim. Sim.
21	Entrevistador: Ok. Voltou a exercer funções após o acidente de trabalho?
22	T12: Não.
23	Entrevistador: Os critérios médicos para a sua inaptidão definitiva para o voo foram claramente explicados por parte do Gabinete de Medicina do Trabalho? Isto é: entendeu porque não poderia continuar a exercer as funções de tripulante?
24	T12: Entendi. Sim.
25	Entrevistador: Os exames e avaliações médicas realizados foram suficientes e adequados para determinar a sua inaptidão definitiva para o voo?
26	T12: Não.
27	Entrevistador: Poderia identificar exames que deveriam ter sido realizadas?
28	T12: É assim, da parte da empresa, foram realizados zero exames. Zero. Da parte da companhia de seguros foram realizados os exames que, para eles, eram mais convenientes. Porque os exames que, para mim, deveriam ter sido feitos - nomeadamente, porque é que eu não conseguia levantar o braço - nunca foram feitos. Nenhum exame depois dos exames feitos na altura do acidente. Nunca foi feito nenhum exame. As queixas que nós vamos apresentando não são valorizadas - basicamente - nem por exames, nem por opinião médica. Não são valorizadas. À data do acidente houve aquelas fraturas e, portanto, a única coisa que a companhia de seguros se importa em tratar ou resolver são aquelas fraturas. A partir do momento em que as fraturas estão resolvidas, independentemente das consequências que isso possa ter, isso não é uma coisa que lhes interesse. E muitas vezes eu sugeri que fossem feitos outros exames para perceber porque é que eu não conseguia levantar o braço e tudo mais, e pronto... não interessa. Não interessava isso.
29	Entrevistador: Solicitou uma segunda opinião médica antes da decisão final?
30	T12: Sim.
31	Entrevistador: Houve divergência nos pareceres médicos?
32	T12: Houve.
33	Entrevistador: Pode relatar as divergências que existiram, por favor?

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

34	T12: As divergências, principalmente, foram por causa da fisioterapia que, naquele momento... Portanto, é assim, eu comecei a fazer fisioterapia no dia 1 de fevereiro. No dia 18 de março foi quando se deu o primeiro confinamento. Portanto, haveria, para o tipo de lesão que eu tinha, muito pouco tempo de fisioterapia. Outra coisa que a companhia de seguros me obrigou a fazer foram sessões de fisioterapia todos os dias, que é uma coisa que nós todos sabemos que não tem... é completamente contraindicado - muito menos quando há este tipo de lesões. Portanto, depois, para perceber - porque nunca tinha tido nenhuma lesão deste género, aliás, nunca tinha sequer fraturado nada - para perceber o que poderia fazer melhor, nem que não fosse para recuperar a minha saúde, consultei outro médico. E o médico disse-me que, para já, fazer fisioterapia todos os dias seria péssimo. Depois, principalmente depois de estar dois meses parada, depois de ter começado aquele processo e depois estar dois meses parada... e, de repente, eles quiseram que fosse todos os dias, que era depois para fechar o processo. Pronto. Principalmente por isso, eu acho que ainda me piorou a minha situação, em vez de melhorar.
35	Entrevistador: Considera que os critérios médicos utilizados foram justos e coerentes com a sua condição de saúde?
36	T12: Não.
37	Entrevistador: Explique por favor.
38	T12: Sempre que falamos em acompanhamento médico de uma companhia de seguros, essa questão nunca existe. Basicamente, é assim: nunca há uma preocupação com a saúde do utente, do paciente. Há uma preocupação em terminar o processo e despachar o processo da maneira mais conveniente para eles. De resto, nada, nada. Foi... foi... aliás, eu mais ou menos ali em julho - o primeiro confinamento foram dois meses: março, abril, maio - depois, mais ou menos em julho, eu tive ali uma avaliação por um médico da companhia de seguros, já tipo uma junta médica, não era aquele acompanhamento que eu tinha no hospital normalmente, era já tipo uma junta médica. E, sei lá, a frieza, a indiferença em relação... Porque eu disse: "Eu não consigo." O que eu conseguia levantar o braço era com dor, e o senhor ainda empurrou o braço para cima para eu sentir mais dor, e achou que sim, que eu levantava com dor, mas tudo bem. Portanto, a sensibilidade para o estado de saúde da pessoa é zero. Zero.
39	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão definitiva para o voo pelo Gabinete de Medicina do Trabalho da companhia aérea, foi encaminhada para o Gabinete de Medicina Aeronáutica?
40	T12: Não.
41	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico após a decisão de inaptidão definitiva para o voo?
42	T12: Não.
43	Entrevistador: Houve uma comunicação clara entre o Gabinete de Medicina do Trabalho, a companhia aérea e o Gabinete de Medicina Aeronáutica sobre a sua situação?
44	T12: Não.
45	Entrevistador: Identifique falhas de comunicação.
46	T12: Eu não posso identificar falhas de comunicação, porque não houve comunicação nenhuma sequer. Tudo o que aconteceu no meu processo foi... eu apercebi-me do que estava a acontecer por mim. Tudo o que estava a passar, eu estive sempre sozinha neste processo. A empresa nunca fez parte deste processo. As consultas... o tomar conhecimento do que estava a passar com a companhia de seguros, o que estava a passar com o processo em si, a minha ida ao Instituto de Medicina Legal - nomeadamente, porque no Instituto de Medicina Legal me disseram que nunca poderia ser atribuída uma incapacidade, visto que eu podia desempenhar outra função, não aquela, mas outra função - e eu disse, muito claramente, que o meu contrato de trabalho é para aquela função, e é para aquela função que eu tenho incapacidade. E, portanto, ponto final. E perguntei à senhora, até que era médica, perguntei: "Se os seus patrões amanhã dissessem que, em vez de médica, vai passar a ser enfermeira, com certeza que não aceitaria, não é?" Portanto, é assim: eu tenho um contrato de trabalho e é para este contrato de trabalho que eu tenho esta incapacidade. E ponto final. Não vamos agora fazer aqui <i>fait divers</i> , se eu puder desempenhar outra função... posso, se eu quiser. O meu contrato de trabalho é este. Portanto, eu não tenho que aceitar outra função. Pronto. E todo este processo - que, obviamente, para toda a gente é complicado, não foi só para mim - nunca houve preocupação em saber ou preocupação em acompanhar ou tomar conhecimento apenas da parte da empresa. Portanto, eu não posso sequer falar em falhas de comunicação, porque não houve comunicação.
47	Entrevistador: Considera que os processos médicos atuais garantem uma decisão imparcial e equilibrada ou há influência das companhias aéreas, seguradoras ou outras partes interessadas? Justifique.
48	T12: Sim, sim. Claramente. Aliás, eu deparei-me com a situação de, na Medicina do Trabalho A, ter sido vista por uma médica que era a médica que simultaneamente na companhia de seguros e, portanto, claramente há aqui um conflito de interesses. Claramente, em vez de se defender a pessoa acidentada, defendem-se as instituições, nomeadamente - neste caso - a empresa e a companhia de seguros. Eu achei gritante, pronto. Mas, também, como te digo, eu só tive uma consulta e, portanto, isto ainda foi num processo muito inicial. De resto, nunca fui chamada sequer à Medicina do Trabalho A ou à medicina aeronáutica ou o que fosse. Nunca tive uma consulta.
49	Entrevistador: Qual o impacto da decisão de inaptidão definitiva para o voo na sua vida profissional e pessoal?
50	T12: Esse é um impacto que eu ainda hoje não consigo avaliar. Obviamente que, quando falamos entre tripulantes, percebemos ainda mais - depois do que nós passámos com a pandemia, ou o que se passou na empresa com a pandemia. Na altura, para mim, se calhar, foi bom, porque não me via a trabalhar nas condições em que os meus colegas tiveram de trabalhar. Não me via a trabalhar, se tivesse que ser com certeza que sim. Nunca me neguei a nada, mas eu sei que foi um processo muito complicado. Pronto, eu já estava há 30 anos na TAP e, portanto, estava de alguma maneira cansada de algumas coisas - nomeadamente de estar fora de casa tanto tempo. Mas digamos que o mais complicado para mim foi não ter sido uma coisa preparada, não ter sido uma coisa que tivesse partido da minha iniciativa. É uma coisa que ainda hoje me custa aceitar, porque era uma coisa que eu sempre gostei de fazer e gostava de ter continuado - pronto, apesar de estar cansada e apesar de terem sido tempos difíceis a seguir. Mas, ainda hoje, para mim é uma situação difícil, porque não foi uma coisa para a qual eu tivesse sequer tido tempo para planear. A única coisa que eu tive tempo - e que tive que fazer - foi lutar contra a companhia de seguros para, pelo menos, ter um desfecho

	melhor. Pronto, porque eu sabia que não podia trabalhar. Ainda hoje sinto essa incapacidade. Não podia desempenhar funções como deve ser, nomeadamente abrir uma porta de avião. Mas é uma coisa para a qual eu não me preparei, e que tive que aceitar, basicamente.
51	Entrevistador: O que mudaria no processo de avaliação médica, tanto da Medicina do Trabalho, ou, como no seu caso, de medicina aeronáutica - que não chegou a ter - para torná-lo mais justo e transparente?
52	T12: Não sei. É assim, pelo menos que tivesse havido esse acompanhamento e perceber também... porque, é assim, a companhia de seguros é contratada pela empresa e, portanto, se há um mau acompanhamento da companhia de seguros, a quem a empresa está a pagar, eu acho que a empresa tem que se inteirar e corrigir este tipo de situações. E isso não aconteceu - não aconteceu nem sequer há essa preocupação. Portanto, eu acho que o processo devia ter sido acompanhado simultaneamente pela Medicina do Trabalho A, nomeadamente pela medicina aeronáutica e pela companhia de seguros. E também haver aqui... porque não sou eu que posso fazer frente a um médico da companhia de seguros e dizer que ele está errado. Agora, um outro médico da medicina aeronáutica podia dizer, não é? Basicamente, é este tipo de acompanhamento que devia ser paralelo e que nunca existiu.
53	Entrevistador: Mudando um pouco o foco agora para a responsabilidade social corporativa: Qual foi a primeira ação da companhia aérea após a decisão de inaptidão definitiva para o voo? Houve um contacto formal para discutir os próximos passos?
54	T12: Sim, houve um contacto. Pronto, chamaram-me para uma reunião a perguntar se eu estaria interessada em desempenhar funções em terra ou se pretendia sair.
55	Entrevistador: Certo. A empresa ofereceu algum suporte imediato após a decisão de inaptidão definitiva para o voo?
56	T12: Zero.
57	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão definitiva para o voo, foi implementado um plano de acompanhamento médico?
58	T12: Não.
59	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico imediato após a decisão de inaptidão definitiva para o voo?
60	T12: Não.
61	Entrevistador: Acredita que o apoio teria sido essencial?
62	T12: Sim.
63	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão definitiva para o voo, a empresa ofereceu outra função dentro da organização?
64	T12: Ofereceu.
65	Entrevistador: Qual, ou quais, as opções de categoria profissional?
66	T12: O que me ofereceram foi para trabalhar no arquivo, o que significava digitalizar documentos o dia todo.
67	Entrevistador: Teve acesso... não se coloca, porque não aceitou. Já agora, aceitou a posição?
68	T12: Não.
69	Entrevistador: Eu tinha ficado com essa ideia, por isso a questão... vamos anular aqui duas questões seguintes. A organização possui um seguro de inaptidão definitiva para o voo, aplicável a Tripulantes com incapacidade permanente parcial decorrente de acidente de trabalho?
70	T12: Um seguro... sim, sim.
71	Entrevistador: A empresa garantiu o pagamento das compensações financeiras e benefícios legais associados a esse seguro?
72	T12: Sim.
73	Entrevistador: Recebeu apoio jurídico ou administrativo da companhia aérea para entender e reivindicar os seus direitos laborais?
74	T12: Não.
75	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão definitiva para o voo, a empresa manteve contacto regular ou sentiu-se desamparada?
76	T12: Nunca mais houve contacto.
77	Entrevistador: O Departamento de Recursos Humanos ou o Gabinete de Segurança e Saúde no Trabalho prestaram apoio durante a sua transição?
78	T12: Não.
79	Entrevistador: A empresa possui políticas eficazes de responsabilidade social para apoiar tripulantes sinistrados?
80	T12: Não.
81	Entrevistador: Se pudesse retroceder no processo, o que acredita que a companhia aérea deveria ter feito de forma diferente no seu caso?
82	T12: A Companhia aérea para mim, sei lá. Nomeadamente, a parte dos Recursos Humanos foram...foram de uma insensibilidade muito grande. E o que se notou ali, principalmente, é que a maneira como se tratam, como estes serviços tratam os tripulantes em particular, é muito feia. A maneira como - e nós sabemos, ainda mais, pronto, numa pandemia, porque ainda estávamos, quando este processo foi discutido com a empresa, estávamos nesse cenário - terem-me oferecido o trabalho que ofereceram... acho que, para uma pessoa que estava há 30 anos na empresa, foi muito indigno. E, portanto, são coisas que ainda me custam um bocadinho falar, obviamente, porque me senti muito... além do que estava a sofrer, senti-me muito desrespeitada. E pronto, acho que, no mínimo, a empresa - e esses lugares existem - devia ter facultado ao tripulante um outro posto de trabalho minimamente digno, e não aquilo que ofereceram.
84	Entrevistador: Mudando agora para o terceiro pilar do estudo: o processo jurídico e os direitos dos tripulantes sinistrados. Teve de recorrer a um processo legal para assegurar os seus direitos?
85	T12: Sim.
86	Entrevistador: Em que momento isso ocorreu?
87	T12: Logo no início. Quando eu percebi, logo no início do processo, quando foi a consulta da Medicina do Trabalho A e de Medicina Aeronáutica. Quando percebi que a médica que tinha à minha frente era médica da companhia de seguros simultaneamente e percebi que as coisas não iam correr bem.

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

88	Entrevistador: Moveu uma ação judicial para reconhecimento de Incapacidade Permanente Absoluta para o Trabalho Habitual [IPATH]?
89	T12: Sim.
90	Entrevistador: A decisão final confirmou a sua IPATH?
91	T12: Confirmou, sim.
92	Entrevistador: Quanto tempo durou o processo legal até à decisão final - isto é, desde que o processo deu entrada em tribunal até à decisão final?
93	T12: Eu diria mais ou menos 6 meses. Foi rápido.
94	Entrevistador: Em que instância o caso foi concluído?
95	T12: Na primeira instância.
96	Entrevistador: Acredita que esse tempo afetou de alguma forma a sua vida pessoal e profissional, apesar de que 6 meses é pouco tempo?
97	T12: É pouco tempo, e, muito sinceramente, a pessoa que me ajudou no processo, o advogado, foi inexcelente. E eu sabia que estava - que tinha razão - e sabia que ele nunca iria aceitar um desfecho contrário àquilo que foi. Foi uma pessoa que me descansou muito durante o processo todo, e eu sabia que estava muito bem entregue, que as coisas estavam a correr bem. Portanto, não me senti muito afetada.
98	Entrevistador: A seguradora impôs obstáculos ao reconhecimento dos seus direitos ou tentou minimizar a gravidade da sua situação?
99	T12: Sim.
100	Entrevistador: Pode relatar algumas das dificuldades enfrentadas?
101	T12: Nomeadamente aquela situação que eu...aliás, duas situações que já referi aqui. Uma das vezes foi no Instituto de Medicina Legal, perguntarem qual era a importância de eu ter esta incapacidade, se não podia desempenhar aquela função, desempenharia outra qualquer. Portanto, no fundo, nem sequer valorizaram o trabalho que eu tinha, porque o meu contrato de trabalho era para uma determinada função - e não para outra qualquer. E depois também, na junta médica - também com o médico da companhia de seguros - em que o médico forçou que eu fizesse o movimento com o braço que eu não conseguia fazer, a não ser com muita dor. E, portanto, basicamente, eu saí da consulta a chorar. Foi isto.
102	Entrevistador: Sentiu que os seus argumentos e documentação médica foram considerados de forma justa pelo sistema judicial?
103	T12: Sim.
104	Entrevistador: O sistema jurídico foi ágil e eficiente no seu caso ou enfrentou atrasos excessivos?
105	T12: Não, não houve atrasos.
106	Entrevistador: A perícia médico-legal, ou a junta médica, para confirmar a sua IPATH foi conduzida de forma justa e transparente?
107	T12: Portanto, estamos a falar do Instituto de Medicina Legal?
108	Entrevistador: A junta médica. A última que teve que determinou o IPATH.
109	T12: A última que tive - que determinou a IPATH - já foi o culminar de um processo complicado com a companhia de seguros, e eles não tiveram como dizer que não. Portanto, é assim: se foi justa, foi. Depois de muita luta, foi. Posso dizer que foi.
110	Entrevistador: Considera que a legislação nacional e comunitária oferece proteção adequada aos Tripulantes sinistrados?
111	T12: Não. Não existe isso.
112	Entrevistador: Existem lacunas que considera necessárias corrigir? Correto, dada a resposta?
113	T12: Sim, sim, seguramente.
114	Entrevistador: Pode indicar algumas lacunas que possam existir?
115	T12: É uma pergunta difícil. Não sei.
116	Entrevistador: Vou voltar a fazer a pergunta: Considera que a legislação nacional e comunitária oferece uma proteção adequada aos Tripulantes sinistrados?
117	T12: Eu não tenho conhecimento sequer que isso exista, portanto, é um bocadinho difícil responder à tua pergunta.
118	Entrevistador: Recebeu o apoio de sindicatos ou associações para defender os seus direitos?
119	T12: Não.
120	Entrevistador: Que alteração pode sugerir na legislação para reforçar a proteção dos tripulantes sinistrados?
121	T12: É muito importante que haja legislação que obrigue as empresas a integrar dignamente as pessoas sinistradas.
122	Entrevistador: A última questão: o que recomendaria a um tripulante que esteja a enfrentar um processo semelhante ao seu?
123	T12: Eu acho que o mais importante, muito sinceramente, é escolher a pessoa que nos ajuda no processo judicial, porque há sempre um processo judicial, infelizmente. E é muito importante que essa pessoa entenda muito bem o que é o nosso trabalho, a natureza do nosso trabalho e que esteja já bem dentro da maneira como funcionam as companhias de seguros. O mais importante aqui é nós estarmos bem assessorados e conduzir o processo bem assessorados. É o mais importante.
124	Entrevistador: É tudo. Muito obrigado.

T13 - TRIPULANTE DE CABINE 13

1	Entrevistador: Olá, boa noite. Muito obrigado por aceder ao convite. Como lhe disse previamente, na dissertação de mestrado o seu nome nunca vai aparecer, portanto, há uma garantia de confidencialidade. Vamos já indicar que será identificada como a tripulante 13 [T13]. Dá autorização para a gravação da entrevista?

2	T13: Sim.
3	Entrevistador: Então podemos começar? Correto?
4	T13: Correto.
5	Entrevistador: É portadora de uma incapacidade permanente parcial que determinou uma inaptidão em definitivo para o voo decorrente de um acidente de trabalho nas funções de tripulante de cabine?
6	T13: Sim.
7	Entrevistador: Qual é a natureza da incapacidade? Qual é a incapacidade que tem?
8	T13: Refere-se à percentagem de incapacidade que fiquei ou ao problema em si?
9	Entrevistador: Ao problema em si - se é músculo-esquelético, se é mental, se é psicológico.
10	T13: É músculo-esquelético.
11	Entrevistador: Em resumo, como ocorreu o seu acidente de trabalho e quais foram as lesões resultantes?
12	T13: Foi em formação no [edifício] de formação da Companhia Aérea A, em 17 de fevereiro de 2019, precisamente. Estávamos a fazer a dinâmica da descida da manga - a abertura da porta e a descida da manga. Estávamos devidamente vestidos com os fatos, que todos conhecemos, com velcro no fundo para aderência. E, como sempre - naquele dia não devia ter feito - eu ofereci-me para ser a primeira. Na altura, desci sentada - não dei o salto, desci sentada, por precaução - mas o meu fato não aderiu ao velcro no fim da manga. Eu saí descontrolada e caí de mãos e joelhos no chão. Logo ali, naquela hora, senti um estalo, uma coisa esquisita na zona lombar. Saí já a rebolar da manga. Os colegas que já estavam a descer desceram com mais precaução e foram segurá-los logo ali para não cair mais ninguém. Mas eu já estava magoada. Fiquei com o nervo ciático do lado esquerdo preso. Tenho uma bursite que também é - aliás tudo é incomodativo e doloroso - mas a bursite acentua-se muitas vezes, como neste momento, em que a dor está bastante ativa. E uma hérnia e um prolapso.
13	Entrevistador: Com que idade iniciou o seu percurso profissional como tripulante de cabine e qual era a sua idade na data da inaptidão definitiva para o voo?
14	T13: Eu comecei em 2021, com 21 anos, precisamente. A data do acidente foi em 2019, portanto, neste momento tenho 44, e na altura tinha 39.
15	Entrevistador: Começou por dizer que tinha começado em 2021, eu não consigo fazer...
16	T13: Desculpe, não, não, desculpe, peço desculpa, comecei em 2001, com 21 anos, assim é que é. E a data do acidente foi em 2019, portanto estou com 44 anos. Tinha 39 anos, certo?
17	Entrevistador: 39.
18	T13: Exato, 39. O que eu estava a dizer.
19	Entrevistador: Como foi o processo médico desde o acidente de trabalho até à decisão de inaptidão definitiva para o voo? Quais os passos seguidos, o tempo decorrido e os obstáculos enfrentados?
20	T13: Foi bastante moroso, difícil e exaustivo mesmo psicologicamente. Mas a advogada, na altura, que me acompanhou - era advogada já do sindicato - alertou-me logo desde o início que seria. Eu pensava que não, porque tinha sido à frente de tantas pessoas, tantas testemunhas, mas afinal tentavam sempre virar o bico ao prego, como se diz aqui na minha terra. Logo naquele dia fui assistida, fizeram um raio-X e nada viram. Voltei, tive assim uns dias bastante incomodada, com muitas dores, mas prossegui na formação. Em sala de aula, prossegui na formação. Levantava com desconforto, mas pensei que fosse do trambolhão e que havia de passar, não é? Passaram semanas, voltei a voar, depois de uma pausa que tinha estado em casa de baixa. Isso foi um recomeço depois de uma baixa. Voltei a voar e, durante semanas, sentia o lado direito da perna, da cintura para baixo, dormente. Voltei por várias vezes ao seguro com a mesma queixa. Fui atendida por um médico que não deu valor, desvalorizou completamente aquilo que eu estava a sentir, até que eu perguntei se talvez fisioterapia pudesse ajudar. E ele lá prescreveu fisioterapia, como se estivesse a fazer um favor. A verdade é que aquela dormência estava a mascarar outras dores. Quando comecei a fisioterapia, tornou-se insuportável a dor que eu tinha. Mais uma vez, consulta. Mais uma vez, o médico desvalorizava, não acreditava. Eu dizia mesmo que queria uma baixa, e continuei sempre a trabalhar nesse período de fisioterapia. E eu nunca pedi baixa nenhuma, não era esse o objetivo, era ficar bem. Tinha uma criança que ainda nem tinha um ano, era ficar bem. Ia à consulta, dizia que estava mal, ele não acreditava, até que pediu para fazer um TAC aqui numa clínica em Ponta Delgada. O meu marido é da área da saúde, sabe perfeitamente que aquele TAC não fornece as imagens necessárias para se chegar a uma conclusão. Segundo aquele TAC, ele disse: "Não tem nada, vá trabalhar." E assim foi. Fui trabalhar. Mas as dores persistiam. Voltei a ele. Finalmente disse-lhe que precisava de uma baixa, que as dores já eram insuportáveis, já não dormia bem, já não estava bem. Ele passou uma ou duas vezes a baixa. Na segunda vez - penso que foi a segunda - disse-me que eu estava bem, que o meu problema era psicológico. Chegou a insinuar isso. E que ia levantar a baixa para ir trabalhar no dia seguinte. E eu disse que me recusava, ia mudar de médico e ia fazer uma exposição do que se estava a passar. Mudei de médico, com bastante coragem, e encontrei um médico com o coração no sítio, muito humano. Este sim disse: "Nós sabemos bem a máquina que fez o TAC, vamos mandar para Lisboa." Mandaram-me para Lisboa fazer os exames. Um médico - este médico Dr. JG, não tenho problema nenhum em dizer o nome - viu, efetivamente, nos exames... Mas ele não era especialista. Fui a um especialista em ortopedia - aliás, dois - que me disseram que não tinha nada, que o que eu apresentava era desgaste do dia a dia, e que as dores que eu sentia também eram do desgaste. Até então eu não me queixava. Sempre fui muito ativa e pratiquei desporto desde a minha juventude. É óbvio que, com o passar do tempo, esperava que houvesse algum desgaste, mas não de um dia para o outro. É óbvio que não acreditaram nisso. Estes especialistas não deram importância nenhuma. Depois comecei a mexer-me sozinha. Fui ao Porto a especialistas que confirmaram que eu estava com o nervo ciático parcialmente comprimido, que tinha o prolapso, a hérnia e tudo isso, e munime de vários relatórios. Ainda assim, de pouco serviam. Fui aconselhada - mas isso já tinha passado meses e anos - pela advogada, que conhece um excelente médico em avaliação do dano. Fui a ele, tudo pago do meu bolso, e eram quantias grandes. E ele, efetivamente, viu os exames e disse que sim. Agora, provar que não era desgaste ia ser uma luta. Só que ele é uma pessoa muito experiente. Também fui ao médico da aviação civil, porque logo

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

	no início - enviei alguns exames que já tinha feito - a ANAC praticamente assumiu que eu tinha mesmo um problema. Mandou cancelar a minha licença. Não podia voar, logo. Isso foi ainda antes do Dr. JG. Aqueles exames que eu tinha feito foram suficientes para eles assumirem que eu tinha mesmo um problema. Se bem que cá diziam o contrário. Avançando, foi-me proposto um acordo com o seguro - não sei se já mencionei esta parte - em que apenas queriam que eu tivesse uma incapacidade, tenho o nome aqui...
21	Entrevistador: Uma incapacidade permanente parcial?
22	T13: Exato. Não me queriam dar IPPH. É IPPH, não é?
23	Entrevistador: IPATH.
24	T13: IPATH. Exatamente. Não queriam assumir isso. Ou seja, queriam que eu continuasse a fazer a minha função com dores e tudo mais. Os médicos que procurei por minha conta acharam - e muito bem - que não era operável, para já, mas que os transtornos e as dores, claro, já estavam. Do outro lado, já tinha sido retirada a licença, portanto, não tinha opção. Tive que avançar com isto para a frente. E a verdade é que, juntamente com o apoio do médico de avaliação do dano, que veio cá, expôs e apresentou os seus argumentos, acabou por ser unânime: eu não podia voar com esta quantidade de problemas que tinha. Deram-me uma incapacidade de 15%. Não é muito, mas foi o suficiente para eu não poder continuar.
25	Entrevistador: A incapacidade, portanto, a inaptidão definitiva para o voo foi-lhe dada pelos serviços de Medicina do Trabalho, correto?
26	T13: Não, já foi em junta médica, em tribunal.
27	Entrevistador: Vou fazer uma pergunta que já me respondeu, mas agradeço que me responda. Voltou a exercer funções após o acidente?
28	T13: As minhas funções anteriores?
29	Entrevistador: As funções enquanto tripulante de cabine após o acidente de trabalho.
30	T13: Não, não podia. Não tinha sequer licença para voar.
31	Entrevistador: Teve o acidente de trabalho - já me respondeu que sim - depois de ter descido pela manga, de ter tido esse acidente de trabalho, portanto, chegou a voar depois disso, correto?
32	T13: Cheguei a voar ainda uns meses, sempre com desconforto.
33	Entrevistador: Quanto tempo?
34	T13: Uns dois meses, talvez três, não sei precisar, mas sempre com muito desconforto, até que comecei a saga.
35	Entrevistador: Os critérios médicos para a inaptidão definitiva para o voo foram claramente explicados por parte do Gabinete de Medicina do Trabalho ou do Gabinete de Medicina Aeronáutica? Entendeu por que não poderia continuar a exercer as funções de tripulante de cabine?
36	T13: Entendi. Entendi que nós, enquanto tripulantes, não podemos voar com incapacidade, e eu ia ficar com incapacidade. Não sabia qual era a percentagem, porque temos que estar aptos - não só a dar as refeições - mas principalmente para a nossa função principal, que é a segurança, não é? Abrir uma porta, manusear equipamentos... não seria de todo impossível, mas seria feito com muito custo. E a partida acho que foi por aí mesmo que a ANAC cortou logo, porque viu que isto ia dar em alguma coisa, embora tenha sido por exames iniciais que, pelo seguro, nada tinha. Mas não, não voltei. E não posso voltar. Não é reversível. São 15% de incapacidade.
37	Entrevistador: Os exames e avaliações médicas realizados foram suficientes e adequados para determinar essa inaptidão?
38	T13: Por parte do seguro, alguns. Depois, para completar - como eu lhe disse - precisei recorrer a outros médicos, fora, para fazerem relatórios, segundo aquilo que estavam a ver nos exames feitos pelo seguro e particularmente.
39	Entrevistador: Daí leva à outra questão: solicitou uma segunda opinião médica antes da decisão final?
40	T13: Sim, várias.
41	Entrevistador: Houve divergências? Nesses pareceres, em relação aos pareceres da seguradora e às segundas opiniões, por assim dizer?
42	T13: A partir do momento em que eu passei para o Dr. JG, ele estava certo do que eu tinha, mas os especialistas também tinham voto na matéria - e os especialistas não concordavam. Depois foram estes médicos de fora do seguro que fizeram relatórios com base nos exames que eu tinha, em que viam, nitidamente, que eu tinha o nervo ciático comprometido, que tinha a hérnia e o prolapso. E mais tarde voltei a fazer fisioterapia e descobriu-se a bursite na perna direita. Juntou-se mais uma coisa à situação - mas que, por acaso, não ficou, e eu estive a ler a sentença para também reavivar a memória - e não ficou aqui na sentença essa questão da bursite. Na altura não me apercebi, sendo sincera, mas foi derivado, foi derivado de aquele acidente.
43	Entrevistador: Considera que os critérios médicos utilizados foram justos e coerentes com a sua condição de saúde?
44	T13: Nem por isso. Nem por isso, porque só tinha um médico do seguro que estava do meu lado, os outros não. E, graças a Deus, foi ele que foi ao tribunal. A decisão até diz que o juízo pericial foi unânime. Acabaram todos por me dar razão.
45	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão definitiva para o voo, pelo Gabinete de Medicina do Trabalho, foi encaminhada para o Gabinete de Medicina Aeronáutica? Ou já estava presente um elemento de medicina aeronáutica na Junta Médica?
46	T13: Não tive mais contacto com a medicina aeronáutica. Tive só aquela inicial, em que devolveram a licença cortada - se é que se pode dizer assim. E tive contacto com a medicina aeronáutica particularmente: procurei um médico especialista também nessa área, porque a médica de cá... vou explicar: cá não temos muitos especialistas, e a médica é a médica que presta serviços para os seguros. Portanto, ia ser para mim contraproducente pedir-lhe um relatório. E eu, pelos meus meios, novamente, procurei um médico no continente - tudo indicado pela minha advogada, que é uma excelente pessoa - e ele analisou tudo isso e também disse, de forma justa, que eu estava incapaz. Era incapaz, com aqueles problemas, de prosseguir com a minha profissão.
47	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico após a decisão de inaptidão definitiva?
48	T13: Do meu bolso. Assim como os médicos todos, que eu paguei - paguei tudo do meu bolso, sim. Ainda hoje estou acompanhada, porque não desisti por vontade própria de uma carreira de 20 anos, não é? Estava ali porque gostava muito daquilo que fazia. E a

	adaptação em terra não tem sido fácil, não tem sido fácil. Por isso, do meu bolso, ainda tenho desembolsado algum no apoio psicológico.
49	Entrevistador: Houve uma comunicação clara entre a Medicina do Trabalho, a companhia aérea e o Gabinete de Medicina Aeronáutica sobre a sua situação?
50	T13: Sim, eles estavam, com toda a certeza, em contacto uns com os outros. Eu, essa parte, não posso dizer - não era convocada para nada disso. Mas com toda a certeza deviam estar em comunicação, com certeza.
51	Entrevistador: Considera que os processos médicos atuais garantem uma decisão imparcial e equilibrada ou há influência de companhias aéreas, seguradoras e outras partes interessadas?
52	T13: Da parte da empresa, eu acredito que não tenha havido influência na seguradora... porque a seguradora existe exatamente para isso - a empresa paga um seguro, depois o seguro é que toma conta do resto, indemnizações e demais. Não sai do bolso da companhia. Por isso, eu não creio que tenha havido... mas da parte de alguns médicos da seguradora, que não queriam - que não queriam de maneira nenhuma que se chegasse à verdade. Chegaram a dizer que as minhas dores eram psicológicas - e eu sabia que não estava mal psicologicamente, na altura. Sei bem o que são dores, ainda assim fui procurar... e confesso que fiquei muito emocionada e chorei bastante quando me disseram que era a verdade das coisas que eu tinha. Porque mexeu bastante esse tipo de observações vindas de um médico. Nós, que não somos médicos... cheguei até a duvidar de mim própria: "Será que sou eu a pensar e a imaginar?" Não. Mas não era. Tentaram também o psicológico, mas não conseguiram. Mexeu depois. Mexeu depois.
53	Entrevistador: Qual o impacto da decisão de inaptidão definitiva para o voo na sua vida profissional e pessoal?
54	T13: Bom... na minha vida pessoal, deixei de poder praticar o desporto que eu praticava. Fazia corrida. Toda a vida pratiquei desporto. Fiquei karateca muitos anos, e sempre pratiquei desporto. Se não era corrida, era ginástica - e pronto. Nenhuma destas atividades posso fazer. Faço quase sempre, e sempre que posso, porque é uma forma de fortalecer a musculatura à volta das lesões. Faço, sempre que posso, outro tipo de ginástica: musculação, pilates, yoga... digamos que não é paliativo, salvo seja - só é para ir levando a coisa, a ver se nunca chega a necessidade de ser operada.
55	Entrevistador: E na sua vida profissional?
56	T13: A minha vida pessoal... além disso, a minha vida pessoal...tinha uma filha pequena. Limitou-me um bocado ali na parte da diversão que os miúdos solicitam tanto, não é? E ainda hoje em dia - a minha filha já tem 15 anos - ela lembra-se muito bem desta fase. Lembra-se bem que eu mudei. Eu mudei. Não sabia em quê - hoje em dia já percebe. A nível das minhas tarefas domésticas também, como é óbvio, as coisas também mudaram. Tive que ter ajuda aqui em casa mais vezes do que tinha. E a nível profissional, também perguntou, não foi?
57	Entrevistador: Sim.
58	T13: Afetou-me muito, porque vir para a terra nunca foi um sonho meu. E não contava com a receção que tive em terra. Porque eu via, enquanto voava, que havia uma má relação entre o pessoal de voo e o pessoal de terra, mas nunca tinha observado de perto. E tenho sentido muito na pele, isso. Neste momento estou a tentar vir para teletrabalho. Não a tempo parcial, mas pelo menos ir uma vez à empresa por semana.
59	Entrevistador: Vou fazer a última questão aqui no que respeita à Avaliação Médica. O que mudaria no processo de Avaliação Médica - tanto de Medicina do Trabalho como de medicina aeronáutica - para o tornar mais justo e transparente? De uma forma breve.
60	T13: Que não fossem contraditórios, mesmo dentro do seguro. Enquanto que um médico via o que eu tinha, os outros não viam. Isto gerou uma incongruência gigante. Todos trabalham para o mesmo, todos tiveram acesso aos mesmos exames. Um apenas sabia, acreditava e via o resultado dos exames - mas não era especialista. Os especialistas até diziam que era psicológico. As coisas não correram - e eu acredito que não corram para ninguém - as coisas não correram conforme eu esperava desde o início. Tanto porque o acidente foi à vista de tantas pessoas. Não queria crer que pusessem tanto tempo em causa, depois de aceitarem e de verem que realmente tinha um problema, de tentarem atribuir a desgaste do dia a dia... ao desgaste do meu desporto. Bateram muito, nesse aspeto, quando sabiam que foi de um dia para o outro. Eu era uma pessoa saudável, completamente saudável. Deixei de ser. Contra estes factos não havia mais nada que eles pudessem contrariar - mas tentaram sempre atribuir, até que eu consegui. Através daquela ajuda do médico da avaliação de dano - ele teve um papel bastante importante nisto.
61	Entrevistador: Mudando agora um pouco para a questão da responsabilidade social corporativa. Qual foi a primeira ação da companhia aérea após a decisão de inaptidão definitiva para o voo? Houve um contacto formal para discutir os próximos passos?
62	T13: Fiquei ainda... tive alta. Tive alta no dia 6 de outubro de 2020 - tive alta, exato - e ainda fiquei da parte do seguro com uma alta, mas claro que o processo depois decorreu após isso. E da parte da empresa, embora eu estivesse nessa altura - e até que houvesse uma decisão - a receber na totalidade do meu vencimento, fui eu que procurei a empresa. Fui eu que procurei a empresa porque queria saber o que é que pretendiam fazer de mim. Procurei um membro da Direção na altura. Eles ficaram muito espantados, porque as pessoas geralmente acomodam-se ao vencimento - mas eu sempre fui uma pessoa de estar em ação, em movimento. Estar parada, principalmente na incógnita do que me ia acontecer, de onde é que me podiam enquadrar, era uma coisa que me incomodava bastante. E lá fizeram algumas propostas. Ao fim de uns meses de eu ter ido lá, fizeram algumas propostas - nenhuma delas aliciante. Acabei por optar por ir para a carga, a parte de escritório, mas era um assunto que, para mim, não despertou...e tive lá um ano. Não me despertou qualquer tipo de interesse. Tive uma relação cordial com os colegas, uma relação bastante cordial. Com a chefia já nem tanto. Depois, expus essa situação a um chefe superior, não é? E passado uns meses, mudei para o Gabinete <i>Charter</i> . Lá...
63	Entrevistador: Ia dizer-lhe desculpe...
64	T13: Diga...
65	Entrevistador: Ia dizer-lhe que se está a adiantar nas questões...
66	T13: Eu falo muito, eu falo muito. Eu levo todo o dia fechada num gabinete calada, e depois eu sou uma pessoa que fala muito, e estou ali, cortaram-me as asas.

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

67	Entrevistador: Já vai poder falar sobre isso. A empresa ofereceu algum suporte imediato após a decisão de inaptidão definitiva para o voo?
68	T13: Não.
69	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão definitiva para o voo, foi implementado um plano de acompanhamento médico por parte da empresa?
70	T13: Não.
71	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico imediato após a decisão de inaptidão definitiva para o voo? Por parte da empresa?
72	T13: Não.
73	Entrevistador: Acredita que esse apoio teria sido essencial?
74	T13: Foi essencial, mas eu procurei pelos meus meios. Teria sido essencial, era bom, porque assim eu não teria pago. Também teria de ficar satisfeita com o apoio da empresa, porque isto ajuda muito... não sei qual seria o apoio e quem seria a pessoa que me iria prestar esse apoio. Se eu não me identificasse, provavelmente ia recorrer também ao particular, mas não me foi proposto apoio. Agora a empresa está muito focada no apoio psicológico, mas na altura não.
75	Entrevistador: Após a inaptidão definitiva para o voo, a empresa ofereceu outra função dentro da organização?
76	T13: Ofereceu. Eu pedi. Mas sim, acabaram por me enquadrar, como disse, no Gabinete da Carga, no qual não me senti nada integrada no trabalho em si - pelos colegas, mais ou menos, pela chefia, nem por isso. E depois pedi para mudar.
77	Entrevistador: Qual era a função e a categoria profissional concretamente?
78	T13: Administrativa.
79	Entrevistador: Teve acesso a programas de requalificação profissional para essa função?
80	T13: Fiz uma formação. O Gabinete da Carga, como o nome indica, é responsável pela reserva das cargas. Eu não estava nessa parte. Eu fazia a parte administrativa, o contrato, e essas coisas assim. Fiz formação, mas fiz formação virada para a parte do transporte da carga. Portanto, não era bem adequada àquilo que eu fazia. Eu tratava de contratos, contactos com clientes e mais algumas coisas. Portanto, a formação que eu fiz não era bem para mim, era mais para os meus colegas.
81	Entrevistador: Houve progressão na carreira e evolução salarial ao longo do tempo que está em terra?
82	T13: Já tive uma ou duas vezes um aumento salarial, sim.
83	Entrevistador: A empresa possui um seguro de inaptidão definitiva para o voo aplicável a Tripulantes com incapacidade permanente parcial decorrente de acidente de trabalho?
84	T13: Desconheço.
85	Entrevistador: Recebeu apoio jurídico ou administrativo da companhia aérea para entender e reivindicar os seus direitos laborais?
86	T13: Não, apenas ajuda sindical.
87	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão definitiva, na sua percepção, a empresa manteve contacto regular ou sentiu-se desamparada?
88	T13: Completamente desamparada.
89	Entrevistador: O Departamento de Recursos Humanos ou o Gabinete de Segurança e Saúde no Trabalho prestaram apoio durante a sua transição?
90	T13: Zero.
91	Entrevistador: A empresa possui políticas eficazes de responsabilidade social para apoiar tripulantes sinistrados?
92	T13: Sempre tivemos o Gabinete virado para as questões de saúde e segurança de trabalho. Cheguei a reunir-me... agora não sei se foi por causa do acidente ou se foi numa outra situação, com a pessoa responsável pelo gabinete. Não vou precisar, não tenho a certeza. Na altura - vejo que agora, sim, as coisas estão mais evoluídas, embora já tenha passado a minha fase -, mas na altura não tive qualquer procura, qualquer atenção, entre aspas. Em especial por ter vindo de áreas tão diferentes, de uma área tão diferente para outra. A verdade seja dita, sempre soube trabalhar com computador, mas ao fim de certos anos a voar e sem usar com frequência, até isso tive que reaprender por minha conta. Enfim, não houve apoio.
93	Entrevistador: Se pudesse retroceder no processo, o que acredita que a companhia aérea deveria ter feito de forma diferente, no seu caso?
94	T13: Podia-me ter dado a opção de ir para onde eu queria, porque, sendo um elemento de segurança a bordo, eu achava - e tenho essa convicção - que seria um bom elemento no Gabinete de Segurança. E foi isso a minha vontade, que eu mostrei logo desde o início. Tanto deram atenção como a minha solução foi a carga. Voltei a reivindicar, enquanto estava na carga, com a administração na altura - que agora está na Companhia T e na Companhia P - porque tinha tido conhecimento que, sem concurso, havia colegas a entrar para o Gabinete de Segurança. E foi-me negada novamente essa possibilidade. E inclusive é negado que tenha havido concurso, que essas pessoas tinham entrado, mas não tinham. Depois, por fim, fui enquadrada noutro gabinete. Ainda fui enquadrada - depois de pedir muito às minhas chefias - no Gabinete de <i>Charter</i> . Aí, o trabalho não corre mal, mas, como é que hei de dizer? A nível pessoal, a nível de colegas de trabalho, o ambiente é mau. É mau. Criticam muito a nossa profissão, alguns com dor do cotovelo porque não entraram, o que fica muito mal. Mesmo assim, agora - muito recentemente - já deixei de ouvir esses comentários. Alguns ainda acontecem, mas eu passo o tempo de auscultadores. Confesso que foi a opção que tomei. Mas não fui bem - não sou bem - aceite ali de maneira nenhuma. Por isso estou agora num processo de tentar vir para o teletrabalho, porque, pelo menos, o trabalho corre bem. Não preciso de conviver com essas pessoas. Conseguindo estar em teletrabalho, estou em paz. Pretendia um ambiente de trabalho e colegas como o que eu tinha a bordo. Eu vim para terra... não sei... não sei em que mundo é que as pessoas vivem, sinceramente.
95	Entrevistador: [...] Agora a última parte da questão tem a ver com o processo jurídico e os direitos dos tripulantes sinistrados. Teve de recorrer a um processo legal para assegurar os seus direitos?

96	T13: O processo legal decorreu naturalmente. Sim, tive que recorrer a isso porque não havia acordo. Tive que recorrer a um processo legal porque não havia acordo.
97	Entrevistador: Em que momento do processo é que isso ocorreu?
98	T13: Foi logo no primeiro contacto com o advogado do seguro, em que propôs uma tentativa de... mas isso acontece sempre, daquilo que me foi explicado na altura. Antes de avançar ou não, tentam sempre uma conciliação perante um... não é o juiz... é o... ai, como se chama? Não é um advogado, é um outro membro do tribunal. Tentam sempre fazer uma tentativa de reconciliação.
99	Entrevistador: Entretanto, moveu uma ação judicial para o reconhecimento de Incapacidade Permanente Absoluta para o Trabalho Habitual [IPATH]?
100	T13: Sim. Teve que ser. Não concordei com nada daquilo, e daí demos seguimento a esse processo.
101	Entrevistador: A decisão final confirmou a sua IPATH?
102	T13: Sim. Por unanimidade.
103	Entrevistador: Quanto tempo durou o processo legal até à decisão final, desde que interpôs o processo?
104	T13: O processo em si - não quero estar a mentir - penso que foram dois anos. Penso que foram dois anos.
105	Entrevistador: Em que instância o caso foi concluído? Em Primeira Instância, Tribunal da Relação...?
106	T13: Em primeira, primeira instância.
107	Entrevistador: Acredita que esse tempo de espera - os dois anos de tempo de espera pela decisão judicial - afetou significativamente a sua vida profissional e pessoal?
108	T13: Afetou-me muito psicologicamente, a minha vida pessoal, a minha vida psicologicamente, como eu já disse, porque há sempre aquela coisa: será que vamos conseguir, será que não vamos? Porque estava em jogo eu ter uma incapacidade normal e vir a receber uma compensação miserável, ou ter a IPATH e ter uma compensação que fizesse jus àquilo que eu ia perder a nível salarial. Ainda tive um ano e tal a receber cerca de... o ordenado mínimo. Eu tive este tempo a receber o ordenado mínimo enquanto estava na carga. E só depois de me ser atribuído - o ordenado que recebo na Companhia S não tem nada a ver - mas depois a compensação que eu recebo para o resto da vida, uma pensão vitalícia, essa sim é que colmata a falha, aquela percentagem que eu ia perder se tivesse só uma incapacidade normal.
109	Entrevistador: A seguradora impôs obstáculos ao reconhecimento dos seus direitos ou tentou minimizar a gravidade da sua situação?
110	T13: Sim, logo no início, naquela fase de reconciliação. Não queriam...propuseram uma incapacidade normal. E depois, expus a minha versão dos factos, eles disseram: "O seu ordenado não é para aqui chamado." E eu disse: "Não é? É a minha vida!" Eu não posso ficar em terra com uma incapacidade normal a receber uma compensação de 200 ou 300 euros, quando eu já estava há 20 anos na empresa e tinha um outro valor no fim do mês. E a gente faz a nossa vida também consoante aquilo que afluere.
111	Entrevistador: Sentiu que os seus argumentos e documentação médica foram considerados de forma justa pelo sistema judicial?
112	T13: Sim, pelo sistema judicial sim.
113	Entrevistador: O sistema jurídico foi ágil e eficiente no seu caso ou enfrentou atrasos excessivos?
114	T13: Tive atrasos. O meu processo foi extraviado também. Basicamente, foi devido ao extravio do meu processo e de alguns documentos que a advogada enviava. Já não era para o email que eles tinham disponibilizado antes, logo demorava - não sei quanto tempo - à espera, e depois afinal tínhamos que mandar para outro lado. Sim, demorou um bocado nesse aspeto.
115	Entrevistador: A perícia médico-legal, a junta médica para confirmar a sua IPATH foi conduzida de forma justa e transparente?
116	T13: Não. O médico, naquela perícia, pensava que estava tudo estragado. O médico...não sei se estaria...não sei, a passar...já tinha uma certa idade, não sei o que se passou na cabeça dele. Não sou médica, não posso estar aqui a fazer juízos. A verdade é que o médico, no relatório, disse que eu fazia a minha vida normal, quando eu não tinha dito isso. Disse que eu ainda voava, e já não voava. Ou seja, ele disse tudo o oposto daquilo que se tinha falado lá naquela... Mas eu penso que não foi por maldade. Eu penso que o médico, em si, se calhar já não estava com idade suficiente para exercer aquela função. Acho que ele baralhou-se completamente. E, graças a Deus, conseguimos reverter isso. Ele corrigiu tudo o que tinha dito que estava mal, porque a advogada interveio. Tivemos que intervir novamente, e ele voltou atrás no que tinha dito.
117	Entrevistador: Considera que a legislação nacional e comunitária oferece uma proteção adequada aos Tripulantes sinistrados ou existem lacunas que considera necessário corrigir?
118	T13: Não percebi o início da pergunta.
119	Entrevistador: Considera que a legislação nacional e comunitária oferece proteção adequada aos Tripulantes sinistrados ou existem lacunas que considera necessário corrigir?
120	T13: Não acho que haja apoio. Não acho que haja. Pelo menos, eu não vejo isso. Não senti nada, de apoio nenhum. Penso que não. Não sei se teria que ter recorrido a algum apoio extra, mas não senti. Não senti, não tive apoio de lado nenhum.
121	Entrevistador: Recebeu o apoio de sindicatos ou associações para defender os seus direitos?
122	T13: Sim, foram eles que me defenderam.
123	Entrevistador: Esse suporte foi relevante no seu caso?
124	T13: Completamente, foi decisivo.
125	Entrevistador: Que alteração pode sugerir na legislação para reforçar a proteção de Tripulantes sinistrados?
126	T13: Bom, na legislação, tendo em conta que nós, até ao momento, estivemos a exercer aquela função e foi um acidente de trabalho ao serviço da empresa, eu penso que aquela questão de sermos mais apoiados e podermos, se calhar, mostrar - e sermos ouvidos - ouvir a vontade da pessoa, para onde acha que se podia enquadrar melhor, de forma a minimizar os danos causados por toda a situação, seria talvez um... Isto dito de outra maneira, como é óbvio, mas seria importante. Porque foi um acidente de trabalho. A empresa não pode desligar-se de mim e, simplesmente, eu fui conduzida... só fui ouvida porque procurei a empresa. E tinha que

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

	saber qual seria o caminho. Na altura foi-me dito que não queriam de maneira nenhuma dispensar-me. Dispensaram-me. Porque era uma tripulante exemplar - muito bonito tudo aquilo que ouvi, gostei muito, senti-me muito lisonjeada, mas depois...
127	Entrevistador: Última questão: O que recomendaria a um tripulante que esteja a enfrentar um processo semelhante ao seu?
128	T13: Olhe, procurar ajuda externa. Munir-se de médicos, de relatórios, de outros médicos especialistas - especialistas do dano na aviação civil. Munir-se de um bom advogado, se não for sindical. A pessoa pode não estar sindicalizada, mas que entenda muito de aviação - que é muito importante. Foi muito importante a minha advogada ser do sindicato, porque dominava o assunto. E, uma vez que, se calhar agora já se oferece apoio psicológico, porque a empresa está muito focada agora na preocupação psicológica, nos problemas psicológicos dos funcionários, sugeria que, se não tivesse esse apoio por parte da empresa, procurasse logo desde o início.
129	Entrevistador: Muito bem, muito obrigado.

T14 - TRIPULANTE DE CABINE 14

1	Entrevistador: Boa tarde [T14]. Antes de mais, peço autorização para a gravação da entrevista. Estou autorizado?
2	T14: Sim.
3	Entrevistador: É portadora de uma incapacidade permanente parcial que determinou uma inaptidão em definitivo para o voo decorrente de um acidente de trabalho nas funções de tripulante de cabine?
4	T14: Sim.
5	Entrevistador: Qual a natureza?
6	T14: Estou a ver, porque eu não sei se...
7	Entrevistador: Não sabe se...
8	T14: Não sei se é porque essa resposta não é bem "sim" ou "não", ainda não atribuíram incapacidade, por isso é que eu estou a dizer que em termos práticos, legais, vá.
9	Entrevistador: A IPP foi atribuída?
10	T14: Foi atribuída a incapacidade na Companhia Aérea A.
11	Entrevistador: Exatamente, é a essa que estou a referir-me.
12	T14: Ok, pronto.
13	Entrevistador: Qual é a natureza da incapacidade?
14	T14: Ortopédica.
15	Entrevistador: Ortopédica. Pode, em resumo, detalhar como ocorreu o seu acidente de trabalho e quais foram as lesões resultantes?
16	T14: O primeiro acidente de trabalho foi durante um embarque de passageiros. Aproximava-se o pushback da aeronave e, enquanto eu colocava a mala, a minha mala na bagageira, o avião fez pushback e uma travagem brusca. Fiz uma torção.
17	Entrevistador: Quais foram as lesões?
18	T14: Hérnias discais na C5/C6, C6/C7.
19	Entrevistador: Com que idade iniciou o seu percurso profissional de tripulante de cabine?
20	T14: 24 anos.
21	Entrevistador: E qual a sua idade à data da inaptidão em definitivo para o voo?
22	T14: Quarenta e um, quarenta, quarenta.
23	Entrevistador: Como foi o processo médico desde o acidente de trabalho até a decisão de inaptidão em definitivo para o voo?
24	T14: Como foi o processo médico? Inicialmente queriam dar-me incapacidade definitiva em 2009, quando foi o acidente de trabalho. Eu consegui, juntamente com a fisioterapia e métodos próprios, dar a volta e estabilizar, e em 2018 volto a ter outro acidente de trabalho.
25	Entrevistador: Ok. E diga-me uma coisa relacionado com o mesmo?
26	T14: Sim. Volto a ter outro acidente de trabalho com incidência na cervical.
27	Entrevistador: E ficou com algum grau de incapacidade em 2009?
28	T14: Não.
29	Entrevistador: Portanto, houve um acidente de trabalho sem grau de incapacidade, foi isso, não é?
30	T14: Sim.
31	Entrevistador: Ok. Já agora, em 2019, foi isso, não foi?
32	T14: 2018.
33	Entrevistador: Sim...em 2018, o segundo acidente de trabalho. Nessa altura, como foi o processo médico até a consulta da medicina aeronáutica?
34	T14: Foi a mesma coisa: fisioterapia, métodos próprios e estabilizei, só que nessa altura engravidei e veio a pandemia, ou seja, quase não voei a seguir.
35	Entrevistador: Mas o processo passou todo pela Seguradora, correto?
36	T14: Sim.
37	Entrevistador: Ok.
38	T14: Deram alta sem desvalorização.
39	Entrevistador: E a consulta da Medicina do Trabalho A?
40	T14: Quando eu volto da licença de maternidade do meu segundo filho, na Medicina do Trabalho A percebem que eu tenho uma questão na coluna. Estive um ano a fazer exames médicos e, ao final do ano, marcaram uma avaliação colegial e deram-me baixa, alegando que eu já devia ter tido incapacidade definitiva para voo há muito mais tempo.
41	Entrevistador: E acabaram por lhe dar a incapacidade?
42	T14: Acabaram por me dar a incapacidade definitiva para o voo.
43	Entrevistador: Voltou a exercer funções após o acidente?
44	T14: Em 2018?
45	Entrevistador: Sim
46	T14: Sim. Muito pouco, por isso é que não repararam que havia uma lesão maior.
47	Entrevistador: Ok. Quanto tempo desde esse acidente de trabalho em 2018 até à decisão de inaptidão definitiva?
48	T14: Cinco anos.

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

49	Entrevistador: Ok. Diga-me uma coisa, os critérios médicos para a decisão de inaptidão em definitivo para o voo foram claramente explicados pelo Gabinete de Medicina do Trabalho? Isto é, entendeu porque não poderia continuar a exercer funções como tripulante de cabine?
50	T14: Sim, completamente.
51	Entrevistador: Os exames e avaliações médicas realizados foram suficientes e adequados para determinar a inaptidão?
52	T14: Foram.
53	Entrevistador: Solicitou uma segunda opinião médica antes da decisão final?
54	T14: Sim.
55	Entrevistador: Houve divergência nesses pareceres médicos?
56	T14: Não.
57	Entrevistador: Conduziram tudo à mesma decisão? Correto?
58	T14: Desde 2009.
59	Entrevistador: Considera que os critérios médicos utilizados foram justos e coerentes com a sua condição de saúde?
60	T14: Sim.
61	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo pelo Gabinete de Medicina do Trabalho foi encaminhada para o Gabinete de Medicina Aeronáutica?
62	T14: Não.
63	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico após a decisão de inaptidão definitiva para o voo?
64	T14: Não.
65	Entrevistador: Houve uma comunicação clara entre o Gabinete de Medicina do Trabalho, a Companhia Aérea e o Gabinete de Medicina Aeronáutica sobre a sua situação?
66	T14: Nessa tríade não. Faltou comunicação com a medicina aeronáutica.
67	Entrevistador: Quais foram as falhas de comunicação, na sua percepção, à parte de não ter falado com a Medicina Aeronáutica?
68	T14: Da parte da Medicina do Trabalho A para o gabinete de Recursos Humanos, houve uma falha de comunicação gigante. Os Recursos Humanos alegavam que eu tinha "perdido as asas", neste caso, como eles referiram, por uma condição natural, de doença natural, quando estava perfeitamente explícito que tinha sido por acidente de trabalho.
69	Entrevistador: Considera que os processos médicos atuais garantem uma decisão imparcial e equilibrada ou há influência da companhia aérea, seguradoras ou outras partes interessadas?
70	T14: Pela médica que me atendeu, não. Foi imparcial e foi adequada.
71	Entrevistador: A médica que atendeu onde?
72	T14: Na Medicina do Trabalho A.
73	Entrevistador: E as restantes, a Companhia Aérea pode ter tido influência no processo ou a seguradora?
74	T14: Sim.
75	Entrevistador: Em que sentido?
76	T14: No sentido de me levarem a pensar que eu tinha uma doença natural e que não era acidente de trabalho.
77	Entrevistador: Certo. Diga-me uma coisa, qual o impacto da decisão de inaptidão em definitivo para o voo na sua vida profissional e pessoal?
78	T14: Na minha vida profissional e pessoal...emocionalmente e mentalmente, é muito... é violento. É uma decisão definitiva, para a qual eu preparei-me sozinha. Portanto, não tive qualquer suporte, não só não tive suporte como sinto que a companhia contribuiu para que ainda houvesse mais stress. No pós- decisão.
79	Entrevistador: E na sua vida profissional?
80	T14: Na minha vida profissional foi definitivo, ou seja, em relação à aviação, não posso voar mais, ponto. Tive que alterar a minha vida e na minha condição física.
81	Entrevistador: O que mudaria no processo da avaliação médica, tanto da Medicina do Trabalho como da medicina aeronáutica, para torná-lo mais justo e transparente?
82	T14: Bem, na Medicina Aeronáutica não faço ideia, não tenho qualquer parecer dele. Só tenho da Medicina do Trabalho.
83	Entrevistador: E nesse sentido?
84	T14: Eu acho que eles foram bastante claros.
85	Entrevistador: Mudando um pouco o foco para a responsabilidade social corporativa de companhia aérea. Qual foi a primeira ação da companhia aérea após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo? Houve um contacto formal para discutir os próximos passos?
86	T14: Não. Fui eu que enviei uma e-mail a pedir uma reunião para tentar perceber qual é que seria a minha posição, no qual não tive resposta durante três meses.
87	Entrevistador: Quanto?
88	T14: Três meses.
89	Entrevistador: A empresa ofereceu algum suporte imediato após a decisão de inaptidão definitiva para o voo?
90	T14: Não.
91	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão definitiva para o voo, foi implementado um plano de acompanhamento médico por parte da companhia aérea?
92	T14: Não.
93	Entrevistador: Por parte da Companhia Aérea Aambém, recebeu suporte psicológico imediato após essa decisão?

94	T14: Não.
95	Entrevistador: Acredita que o apoio teria sido essencial?
96	T14: Como é óbvio.
97	Entrevistador: Após a inaptidão definitiva para o voo, a empresa ofereceu outra função dentro da organização?
98	T14: Sim.
99	Entrevistador: Quais as opções e a categoria profissional?
100	T14: A primeira opção foi o serviço de escalas. A segunda opção foi no departamento financeiro porque eu sou licenciada em gestão.
101	Entrevistador: E a categoria profissional?
102	T14: A segunda categoria profissional? A primeira era, bem, não tenho, não consigo definir a categoria profissional. A única coisa que consigo definir...vou explicar desta forma: dar-me-iam um ordenado base de uma pessoa que acabou de entrar. Após saberem que eu tinha tido um acidente de trabalho, mudaram tudo. Então, ofereceram-me parte na gestão financeira, mantendo aí a minha antiguidade.
103	Entrevistador: Aceitou alguma das opções?
104	T14: Não.
105	Entrevistador: A organização possui um seguro de inaptidão definitiva para o voo aplicável a Tripulantes com incapacidade permanente parcial decorrente de acidente de trabalho?
106	T14: Não percebi.
107	Entrevistador: A organização possui um seguro de inaptidão definitiva para o voo aplicável a Tripulantes com incapacidade permanente parcial decorrente de acidente de trabalho?
108	T14: Sim.
109	Entrevistador: A empresa garantiu o pagamento dessas compensações financeiras e benefícios legais associados a esse seguro?
110	T14: Sim.
111	Entrevistador: Recebeu apoio jurídico ou administrativo da companhia aérea para entender e reivindicar os seus direitos laborais?
112	T14: Não.
113	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão definitiva para o voo, a empresa manteve contacto regular ou sentiu-se desamparada?
114	T14: Senti-me completamente desamparada.
115	Entrevistador: O Departamento de Recursos Humanos ou o Gabinete de Segurança e Higiene no Trabalho prestaram apoio durante a sua transição?
116	T14: Não.
117	Entrevistador: Na sua opinião, a empresa possui políticas eficazes de responsabilidade social para apoiar tripulantes sinistrados?
118	T14: Não.
119	Entrevistador: Se pudesse retroceder no processo, o que acredita que a companhia aérea deveria ter feito de forma diferente no seu caso?
120	T14: Contactar o tripulante logo após a decisão de inaptidão definitiva para o voo, mostrar as hipóteses, e que essas hipóteses não fossem apenas as que estão implementadas neste momento. São apenas duas e não é justo.
121	Entrevistador: Em relação ao terceiro pilar, o processo jurídico e direito dos tripulantes sinistrados. Teve de recorrer a um processo legal para assegurar os seus direitos?
122	T14: Sim
123	Entrevistador: Em que momento isso ocorreu?
124	T14: Logo após a decisão de inaptidão definitiva.
125	Entrevistador: Moveu uma ação judicial para reconhecimento de Incapacidade Permanente Absoluta para o Trabalho Habitual - IPATH?
126	T14: Sim.
127	Entrevistador: A decisão final confirmou a sua IPATH?
128	T14: Ainda não está resolvido.
129	Entrevistador: Quanto tempo durou o processo legal desde a sua entrada até à presente data?
130	T14: Entrada do processo em tribunal? Seis meses.
131	Entrevistador: Portanto, o processo está...em primeira instância, correto?
132	T14: Está em primeira instância.
133	Entrevistador: Acredita que este tempo de espera pela decisão judicial está a afetar significativamente a sua vida profissional e pessoal?
134	T14: Claro. Sim.
135	Entrevistador: Pode descrever alguns dos impactos?
136	T14: Psicológicos e emocionais.
137	Entrevistador: A seguradora impõe obstáculos ao reconhecimento dos seus direitos ou tenta minimizar a gravidade da sua condição?
138	T14: Sim, pedem que o processo seja encerrado.
139	Entrevistador: Essas são as principais dificuldades enfrentadas ou existem outras?
140	T14: Neste momento, é a primeira resposta que tenho do Ministério Público: que o processo deveria ser encerrado, porque o meu acidente foi em 2009 e deveria ter sido apelado até 2019, ou seja, 10 anos.

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

141	Entrevistador: Sente que os seus argumentos e documentação médica estão a ser considerados de forma justa pelo sistema judicial?
142	T14: Não consigo responder ainda, mas diria que não pela resposta do Ministério Público. Por causa do desfecho, apesar de ter sido um acidente de trabalho em 2009, há um desfecho que é uma inaptidão, portanto, a partir daí devia ser considerada.
143	Entrevistador: O sistema jurídico é ágil e eficiente, no seu caso, ou está a enfrentar atrasos excessivos?
144	T14: Em comparação com outros processos, porque não tenho como responder sem ser com base em avaliação comparativa, diria que sim, que está ágil.
145	Entrevistador: Considera que a legislação nacional e comunitária oferece proteção adequada aos Tripulantes sinistrados, ou existem lacunas que necessitam de ser corrigidas?
146	T14: Não.
147	Entrevistador: Pode identificar as lacunas na sua perceção?
148	T14: A primeira lacuna é que não há suporte, após incapacidade, para já, suporte psicológico. E depois, suporte por parte da empresa com um leque de opções, nem que fossem duas. Não há suporte psicológico. Foram as questões colocadas anteriormente.
149	Entrevistador: Diga-me uma coisa, recebeu apoio de sindicatos ou associações para defender os seus direitos?
150	T14: Eu fui à procura, fui eu que perguntei.
151	Entrevistador: O suporte foi relevante, no seu caso?
152	T14: Não.
153	Entrevistador: Que alteração poder sugerir na legislação para reforçar a proteção dos Tripulantes sinistrados?
154	T14: Dar uma alternativa que não seja ser integrado na empresa em serviço de terra. Tem que haver outra alternativa.
155	Entrevistador: Como, por exemplo?
156	T14: Uma indemnização para sair, o que fosse, uma rescisão por mútuo acordo, outra possibilidade. Porque não está previsto que um tripulante com incapacidade, no meu caso, a primeira opção que me deram foi trabalhar por turnos, que é uma coisa que eu não posso fazer, nem posso estar 8 ou 9 horas sentada numa cadeira com a incapacidade que eu tenho. Portanto, nem sequer está previsto o problema associado.
157	Entrevistador: Na última questão: o que recomendaria a um tripulante que esteja a enfrentar um caso semelhante ao seu ou um processo semelhante ao seu?
158	T14: O que me recomendaram: apoio jurídico externo, externo, pronto, e é isso para sim ser imparcial, porque, se eu puder somar, o sindicato não foi imparcial.
159	Entrevistador: Ok. Muito obrigado.

T15 - TRIPULANTE DE CABINE 15

1	Entrevistador: Boa tarde. Antes de mais vou pedir a autorização para a gravação da entrevista.
2	T15: Está a ser gravado? Ok.
3	Entrevistador: Muito obrigado [T15]. Vou começar já pela primeira questão. É portadora de uma incapacidade permanente parcial que determinou uma inaptidão em definitivo para o voo, decorrente de um acidente de trabalho, nas funções de tripulante de cabine?
4	T15: Sim.
5	Entrevistador: Pode detalhar a natureza da incapacidade?
6	T15: Eu gostava de ser mais técnica. Isto foi determinado uma incapacidade definitiva, como é que é? Uma IP...
7	Entrevistador: IPATH será isso?
8	T15: Exato
9	Entrevistador: Certo. O que eu tenho de saber é, por exemplo, se foi uma incapacidade musculoesquelética, psicológica, o grau de incapacidade, por assim dizer.
10	T15: Foi o rasgão de um tendão, um rasgão quase total do supra espinhoso. Portanto, eu acho que se insere no músculo esquelético. Foi o que aconteceu e teve que levar uma âncora - como eles lhes chamam - para segurar aquilo, para não ficar tudo pendurado.
11	Entrevistador: Em resumo, como ocorreu o acidente de trabalho e quais foram as lesões resultantes?
12	T15: Foi a tirar um contentor cheio de sumos lá de cima. Duas gavetas com os sumos da Compal. Cada gaveta leva, para aí, seis ou oito sumos. Portanto, duas gavetas. Ao tirar o contentor, entretanto o avião faz um ligeiro... treme ligeiramente, e... a mim não me dá jeito... eu não tirava os contentores com os dois braços. Não é muito prático fazer esse movimento. E então, até para protegeres a cabeça e a cara, pões só um braço e tiras o rosto para o outro lado. E, conforme o avião abanou, eu não tive força para segurar o contentor, que veio com mais velocidade do que aquilo que eu estava à espera, mas também não o quis largar, porque seria perigosíssimo para os colegas que estavam na galley. Um contentor daqueles, de metal, desgovernado em cima de alguém, é perigoso. Então, o contentor caiu e eu agarrei-o sempre, mas não tive força. Portanto, fez uma chicotada no braço e rasgou.
13	Entrevistador: Com que idade iniciou o seu percurso profissional como tripulante de cabine e qual a sua idade à data da inaptidão definitiva para o voo?
14	T15: Eu comecei com 25 e fiquei inapta com...perguntas difíceis...com 58.
15	Entrevistador: Em relação ao processo de avaliação médica e comunicação da decisão. Como foi o processo médico desde o acidente de trabalho até à decisão de inaptidão definitiva para o voo? Passos seguidos, o tempo decorrido e os obstáculos enfrentados.
16	T15: Comecei por me dirigir aos serviços médicos da Companhia Aérea A, consultas com médicos de medicina aeronáutica, que me remeteram de imediato - foi uma médica fantástica, que me disse logo: "Isto é para ir para o seguro, para já ficar de baixa por acidente de trabalho, e não aceito que lhe digam o contrário." Porque há sempre ali, por parte dos médicos que estão - não entendo porquê - uma vontade de não nos pôr de baixa por acidente de trabalho. E, portanto, ela remeteu logo para a seguradora. Fui fazer consultas com os médicos da seguradora, fiz os exames necessários e, a partir daí, tentaram... se eu estiver a ir por informações que não interessem, corta logo... Entretanto, a primeira abordagem que eles fizeram foi com fisioterapia, enquanto estive de baixa. Não resultou minimamente. Voltei a trabalhar para ver se a fisioterapia tinha ajudado alguma coisa. Não ajudou absolutamente nada. Voltei lá e fiquei de baixa novamente e, a partir daí, tomámos a decisão de ir para a operação. Depois da operação, não ficou a 100%, não ficou como eu gostaria que tivesse ficado, e começaram a sugerir fazer outras operações. Eu aí rejeitei, porque achei que... e sugeriram-me também fazer infiltrações... [...] infiltrações. E eu rejeitei, porque o que diziam era: "OK, vamos tentar, mas não há garantias de que fique melhor." Então, se não há garantias, fico por aqui, por esta operação só. E pronto, a partir daí fui avaliada por uma comissão e mediram a incapacidade. E pronto, eu tive que passar também, depois disso, por uma junta médica da Medicina do Trabalho A, que decidiu, face aos resultados que a junta médica da seguradora tinha, que eu não tinha mais condições para voar. E, a partir daí, foi comunicado às autoridades competentes e pronto.
17	Entrevistador: Uma questão, a companhia de seguros deu-lhe incapacidade permanente parcial ou decidiu logo na altura que tinha incapacidade para o trabalho habitual?
18	T15: Isto não foi fácil, nem foi de boa vontade. Isto meteu advogados. Eles acharam que as coisas não eram nada assim, que eu podia trabalhar. Aliás, sugeriam - o que eu acho muito pouco ético da parte deles, do médico que acompanhou o processo - que eu poderia perfeitamente continuar a trabalhar e, quando houvesse situações, movimentos, ações que exigissem aquilo que eu não tinha força no braço, eu pedisse aos colegas e, portanto, haveria sempre alguém para fazer isso por mim. E eu recusei, obviamente, não é? Quer dizer, ou estou capaz ou não estou. Não posso andar a carregar ou pôr as coisas que me competem a mim em cima dos meus colegas, que têm as funções deles. Não têm que fazer as minhas também. Para além disso, houve uma coisa que sempre me preocupou, que tem a ver com a segurança. As portas do longo curso implicam o movimento - sempre - que era com o braço direito, que foi onde me aconteceu. E a amplitude do movimento para abrir a porta era exatamente aquilo que estava comprometido depois do meu acidente de trabalho. Eu achei que podia ser perigoso.
19	Entrevistador: E isso foi antes ou depois da decisão de inaptidão pela Medicina do Trabalho A?
20	T15: Antes. Sugerirem que podia perfeitamente continuar a trabalhar, que não haveria problema, foi antes. E foi na época em que eu disse: "Bem, se os senhores não reconhecem o problema que aqui está de livre vontade, então vamos ter que tratar disto de outra forma." E foi quando eu arranjei um advogado e as coisas foram para tribunal. Foram decididas em tribunal.
21	Entrevistador: Voltou a exercer funções após o acidente de trabalho? Há pouco disse-me que depois do acidente de trabalho ainda tentou voar...

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

22	T15: Sim, sim. Eu agora entendi mal. Não. Depois do... eu tive, para aí, uns seis ou oito meses a fazer fisioterapia. E depois tentei, tentei novamente, porque a companhia de seguros insistia para eu ir trabalhar. E eu disse: "Ok, eu vou ver como é que isto está.". E fui fazer um voo. E só consegui fazer esse voo porque foi muito difícil. Voltei logo lá e disse: "Não tenho condições."
23	Entrevistador: Portanto, após o acidente de trabalho, só fez um voo antes de voltar. Os critérios médicos para a sua inaptidão em definitivo para o voo foram claramente explicados por parte do gabinete de Medicina do Trabalho?
24	T15: Não.
25	Entrevistador: Por parte do Gabinete de Medicina do Trabalho A.
26	T15: Não, foi uma coisa muito ligeira, muito rápida, muito simples. Não sei se...
27	Entrevistador: Explicaram as razões por que estavam a dar inaptidão? Apesar de já ter o conhecimento.
28	T15: Não, não houve uma conversa muito formal, mas isso também pode ser fruto da confiança ou do conhecimento que eu tinha com a médica que estava a presidir à junta médica, que já conhecia há anos, e pronto. Além disso, eu tinha tido consultas com ela anteriormente, em que tinha explicado o que é que se passava com o meu ombro. E ela já me tinha dito aquilo que ambas sabíamos: "Provavelmente, não vais poder mais voar." No dia em que foi a junta médica foi uma coisa muito... não houve muita formalidade de "olha, isto", porque já tinha sido falado antes.
29	Entrevistador: Os exames e as avaliações médicas realizadas foram suficientes e adequadas para determinar a sua inaptidão para o voo?
30	T15: Eu acho que sim. Eu acho que o problema não está tanto nos exames que se fazem, mas na interpretação dos exames. A primeira ressonância magnética que eu fiz ao ombro - a primeiríssima delas todas, depois de rasgar o ombro - a primeira que eu fiz na seguradora, o médico olhou para a ressonância magnética e disse: "Está tudo bem, não tem absolutamente nada no ombro." E, depois de sair de lá, marquei uma consulta com outro médico, insisti e pedi outra ressonância magnética. E o segundo médico, que é colega do primeiro, disse: "Não, não, está aqui um rasgão praticamente total do supraespinhoso." Portanto, não me parece que o problema seja tanto os exames, mas a interpretação que fazem deles.
31	Entrevistador: Então leva-me à questão seguinte: solicitou uma segunda opinião médica antes da decisão final? Houve divergências entre esses pareceres médicos?
32	T15: Eu não sei se... é assim, eu pedi. Eu sabia que tinha um problema no ombro. A médica do Gabinete de Medicina do Trabalho A já me tinha dito - médica de Medicina do Trabalho - e o primeiro médico que me viu da seguradora disse que não era nada. Eu não sei se será considerado uma segunda opinião pedir para ser vista por um colega dele. Normalmente, eu entendo a segunda opinião médica como indo, sei lá, a outra instituição ou outro... não sei. Para além disso, o primeiro médico, se bem me lembro, não era um especialista em ortopedia. E este segundo, que eu fui, era especialista em ortopedia. Portanto, não sei se isso possa ser considerado uma segunda opinião, mas, depois de estar a ser vista por esse médico, que me acompanhou até ao fim - esse segundo médico - não consultei mais ninguém. A não ser quando chegou à altura da cirurgia. Porque ele, tanto quanto eu percebi, gostava de... queria ser ele a operar. E eu não tinha confiança suficiente nele e quis ser operada por outro médico, que não pertencia à seguradora.
33	Entrevistador: Considera que os critérios médicos utilizados foram justos e coerentes com a sua condição de saúde?
34	T15: Critérios para?
35	Entrevistador: Os critérios para a sua inaptidão. Os critérios médicos que os médicos utilizaram para atribuir a inaptidão em definitivo.
36	T15: Não. A partir do momento em que eu tive que recorrer a um advogado, a interpretação que eles fizeram de tudo aquilo que aconteceu não foi, de todo, justa. Eu fiquei com inaptidão, e a seguradora foi chamada a cumprir aquilo para o qual ela se compromete quando a empresa faz os seguros. Mas não queria. Portanto, foi forçada pelo tribunal. Portanto, os critérios que eles utilizaram para me avaliar - não estou a falar dos exames, os exames penso que sejam os mesmos por parte de qualquer médico - agora, a interpretação, os critérios no sentido de interpretação, não. Não foi justo. Teve que ser tudo forçado.
37	Entrevistador: Em relação ao encaminhamento e apoio pós-decisão: após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo, pelo Gabinete de Medicina do Trabalho da companhia aérea, foi encaminhada para o Gabinete de Medicina Aeronáutica?
38	T15: Olha, uma boa pergunta. Já não me lembro.
39	Entrevistador: Ou foi-lhe passado, por exemplo, foi-lhe passado logo o atestado médico Unfit no dia da junta médica da Medicina do Trabalho?
40	T15: A Junta Médica de Medicina do Trabalho não passou atestado nenhum. Eles trabalharam com os atestados e as decisões da seguradora.
41	Entrevistador: E nunca chegou a ir ao Gabinete de Medicina Aeronáutica?
42	T15: Só no início, quando foi para me encaminharem para a seguradora, para me darem contactos, e para mais nada.
43	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo?
44	T15: Não, e nunca foi falado.
45	Entrevistador: Houve uma comunicação clara entre a Medicina do Trabalho, a Companhia Aérea e o Gabinete de Medicina Aeronáutica sobre a sua situação?
46	T15: Não houve qualquer comunicação. A comunicação foi a mínima possível para o processo andar, a mínima exigida para isto andar, e mesmo assim às vezes um bocado forçado. As coisas não correm sobre rodas, não.
47	Entrevistador: Em relação à sua percepção global da decisão de inaptidão e melhorias: considera que os processos médicos atuais garantem uma decisão imparcial e equilibrada, ou há influência de companhias aéreas, seguradoras ou outras partes interessadas?
48	T15: A única realidade que eu conheço é a realidade da decisão da seguradora, e essa não foi correta, porque no início a decisão, a avaliação que fizeram da minha incapacidade era de uma determinada percentagem. E depois tem que ser - eu não sei se diga "confirmada", mas vou dizer, se não for esse o termo correto, a via correta, mas pronto - depois é confirmada no Instituto de

	Medicina Legal, mais uma vez por uma junta médica. Porque isto é juntas médicas que nunca mais acabam. E, nessa altura, o médico que estava no Instituto de Medicina Legal teve uma postura muito, muito pró-seguradora. Foi desagradável - embora isso não seja importante para aqui, para a questão - mas foi desagradável e tentou, por várias vias, convencer-me e provar-me que aquilo de que eu me queixava não correspondia, não era verdade. Até que eu disse: "Desculpe, mas o corpo é meu. Quem sente sou eu. Portanto, quem diz se tenho dor ou não tenho dor sou eu." E depois, quando eles emitiram também uma decisão - a decisão que tinha sido numa primeira vez, porque eu fui duas vezes ao Instituto de Medicina Legal - uma vez, a primeira vez, uma consulta com duas médicas, normal; e a segunda vez, essa tal junta médica. E a decisão, a percentagem de incapacidade que essas duas médicas tinham anotado, e que tinham pensado que era correta, foi diminuída por essa junta médica. E essa junta médica, eu não senti que estivesse perante uma comissão isenta. Eu senti que estava perante representantes da seguradora, o que não é suposto. Mas, várias vezes ao longo do processo, isso aconteceu. E o que me parece - não sei se é importante para o trabalho, se não for, ignora - mas, várias vezes ao longo do processo, eu senti que os médicos não são isentos quando existem as seguradoras, quando são questões com as seguradoras.
49	Entrevistador: Qual o impacto da decisão de inaptidão em definitivo para o voo na sua vida profissional e pessoal? Estava preparada para essa mudança?
50	T15: Não, não, não. Não. Isso, de um momento para o outro - de uma vida muito ativa, de uma vida "corre mundo" e em que estamos, enfim, muito ativos - para uma situação em que se deixa de trabalhar...mas não será só para o voo, será em muitas outras profissões. Não é fácil. Não, não estava preparada. Sim, houve alturas em que... ainda hoje, coincidência, esta noite, sonhei que me estava a apresentar para um voo - já lá vão uma série de anos - sonhei, e estava atrasada, estava a telefonar para as escalas: "Aguentem, aguentem que eu estou mesmo a chegar", e não sei o quê. Mas o impacto é muito...é uma vida completamente diferente. Se calhar podíamos ser ajudados...não sei, não sei por aí, não sei responder. Mas não estava preparada. Mas eu acho que ninguém está, não é, quando acontece uma coisa destas.
51	Entrevistador: E a nível dos impactos emocionais e financeiros? No fundo já respondeu, mas existiram impactos financeiros?
52	T15: Financeiros foi só na primeira fase. Enquanto estamos de baixa pela companhia de seguros, não há problema absolutamente nenhum, porque aí eles são certinhos a pagar. O único problema, a única altura que foi assim um bocadinho menos agradável, foi quando eles finalmente me dão alta. A companhia de seguros dá alta e diz: "Não podemos fazer mais nada por si." E é quando eu contrato o advogado. Portanto, houve ali um espaço de tempo, até haver uma decisão de tribunal, em que eu não estava a receber por parte da seguradora. Fiquei a receber por parte do Serviço Nacional de Saúde, baixa normal, e o valor é consideravelmente mais baixo. A partir do momento em que ganhei a causa em tribunal, ficou tudo bem. A seguradora cumpriu as decisões do tribunal. Portanto, por aí, não. Mas convém... quer dizer, todos nós sabemos, no fundo. Mas não houve impactos porque eu contratei um advogado e decidi ir à luta com eles. Porque, por eles, quando me deram alta, é "Ciao": ou vai trabalhar, ou não vai, o problema é seu. "Mas não temos mais nada a ver consigo." Basicamente foi o que eles me disseram.
53	Entrevistador: O que mudaria no processo da avaliação médica, tanto da Medicina do Trabalho como da Medicina Aeronáutica, para torná-lo mais justo e transparente?
54	T15: Não percebi.
55	Entrevistador: O que mudaria no processo da avaliação médica, tanto da Medicina do Trabalho como da Medicina Aeronáutica, para torná-lo mais justo e transparente? Se é que mudaria alguma coisa?
56	T15: Eu acho que não tenho capacidade para avaliar e para sugerir. Porque, na minha experiência, no que aconteceu comigo, eu tive a primeira consulta logo a seguir ao acidente de trabalho, quando vim do voo. Foi com uma médica fantástica, da Medicina do Trabalho. Fui muito bem acompanhada. Ainda fiz mais uma ou duas consultas com ela, onde lhe ia dando conta do que a seguradora me dizia, e ela foi absolutamente fabulosa. Dizia: "Não se deixe ficar. Eles vão querer atirá-la para canto. Não aceite. Isso é um acidente de trabalho." E, por aí, fui bem acompanhada. Depois passei para a seguradora. No fim, foi apenas o confirmar da inaptidão que a seguradora atribuiu. Não tenho capacidade para...não me sinto com capacidade, não consigo imaginar que outras...como é que as coisas poderiam ser melhores a nível de...não tenho mesmo capacidade para responder.
57	Entrevistador: Mudando agora um pouco o pilar do estudo, vamos passar para a responsabilidade social corporativa por parte da companhia aérea. E, em relação às medidas iniciais após a inaptidão: qual foi a primeira ação da companhia aérea após a decisão de inaptidão definitiva para o voo? Houve um contacto formal para discutir os próximos passos?
58	T15: Não. A última vez que a empresa falou comigo foi através da junta médica que me atribuiu, me deu... ah, não, estou a mentir. Houve uma conversa posterior com um elemento dos Recursos Humanos. Quando foi a junta médica, quando me foi atribuída a inaptidão para o voo, a própria médica disse-me o que é que ia acontecer. Disse-me: "Agora vais ter uma reunião com um elemento dos Recursos Humanos e, portanto, vais decidir o que é que queres fazer da tua vida: se ficas a trabalhar noutras funções - em terra, neste caso - ou o que pretendes fazer." Entretanto, vão-te contactar também para te revogarem a licença. Por acaso, nunca me contactaram. Não pediram para devolver cartões, nem farda... o que era suposto também terem-me contactado. E, depois, portanto, tive essa junta médica e a inaptidão. De seguida, marcaram então uma reunião com um elemento dos Recursos Humanos, que me explicou quais eram as minhas hipóteses: ou trabalhar em terra, ou rescindir contrato com a empresa, ou ficar em situação de pré-reforma. Tinha três hipóteses. Fizeram-me as contas muito... atabalhoadamente, assim muito... quase contas no merceiro, ali rapidamente. E a decisão teve que ser tomada ali na hora. Aí não estiveram muito bem. É uma decisão, obviamente, muito importante, não é? Ficar a trabalhar em terra, rescindir contrato com a empresa ou ficar em pré-reforma, que mexe com o nosso futuro logo e imediato. E a explicação e os dados, aí, achei que não estiveram muito bem. Deveria ter tido tempo para pensar, para decidir. Não ter decidido logo ali na hora. E as informações também não são muito.. é assim tudo, com um ar muito: "Isto, se rescindir, o seu vencimento é X, portanto, provavelmente vai receber Y, mas depois os impostos..." Depois, é tudo muito conversa de café. Não há ali uma coisa mais sólida que nos ajude a decidir, sem dúvidas. Eu provavelmente tomaria a mesma decisão que tomei na altura, mas não foi uma grande ajuda.
59	Entrevistador: A empresa ofereceu algum suporte imediato após a decisão de inaptidão definitiva para o voo?

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

60	T15: Não.
61	Entrevistador: Em relação ao acompanhamento médico e psicológico após a decisão de inaptidão definitiva para o voo, foi implementado um plano de acompanhamento médico por parte da empresa?
62	T15: <i>Never.</i> Não. De todo.
63	Entrevistador: Recebeu suporte psicológico imediato após a decisão de inaptidão definitiva para o voo?
64	T15: Nada.
65	Entrevistador: Acha que esse apoio teria sido essencial?
66	T15: Não sei se era essencial, mas teria ajudado com certeza. Eu lembro-me... eu já tinha uma noção, depois do acidente, eu percebi que não ia voltar a voar. Mas uma coisa é nós percebermos: “Provavelmente não vou voltar a voar.” E outra coisa é porem-nos à frente de um documento e termos alguém a dizer: “É um facto. Agora aconteceu. Acabou de acontecer.” E isso mexe connosco. Nós abanamos, não é? E andei ali algum tempo assim meio perdida... teria sido - não sei se era essencial, quer dizer, sobrevivi, estou aqui - mas teria sido bom, não é? A empresa provavelmente não se apercebeu. Quer dizer, é um elemento que teve...a empresa não está nem aí para estas coisas, não.
67	Entrevistador: Após...
68	T15: É isso. A empresa não está nem aí...
69	Entrevistador: Após a inaptidão em definitivo para o voo, a empresa ofereceu-lhe outra função dentro da organização?
70	T15: Nessa reunião, foi-me dito que eu poderia trabalhar em terra.
71	Entrevistador: Ofereceram opções de categoria profissional?
72	T15: O vencimento ia ser menor. Portanto, eu nem sequer sei...tenho ideia de que isso não seja legal - poderem, na empresa onde nós trabalhamos, diminuir o valor do nosso vencimento. Mas foi-me dito que iria receber menos, e não ia ser minimamente valorizado o meu currículo. As capacidades que eu posso ter para outras funções, para além das que desempenhei durante tantos anos, não foram sequer equacionadas. Entretanto, um pequeno aparte: um colega nosso, que morava no mesmo prédio que eu, também recebeu uma inibição de voo porque tinha duas hérnias quase consecutivas e já não dava para voar. Não foi acidente de trabalho neste caso, mas pronto. Quando chegou a altura de decidir se era para trabalhar em terra, ele aceitou. Eu já tinha essa experiência quando tomei a minha decisão - ele tinha-me contado tudo o que tinha acontecido com ele. E ele, para além de trabalhar a bordo, tinha um curso de Turismo que, parece-me a mim, tem muito a ver - e haverá áreas que têm tudo a ver com uma companhia de aviação. E ele, quando aceitou ir trabalhar para terra, foi posto num gabinete, sozinho praticamente. Tinha que picar o ponto de manhã e à noite, quando saía, mas não tinha funções, não trabalhava. Portanto, ele andava doido, andava louco, andava a bater com a cabeça nas paredes, porque ele só dizia: “Dêem-me qualquer coisa para fazer. Quer dizer, eu tenho um curso superior, eu estou na área de Turismo.” E eles continuamente negavam. Ele foi falar várias vezes com o diretor do departamento, que lhe dizia: “Se não está feliz, o que pode fazer é rescindir.” Como eu já sabia do que tinha acontecido com ele, não ponderei minimamente ir trabalhar para terra. Para além de me pagarem menos, eu não ia ter funções, não iam aproveitar minimamente as minhas habilitações, a minha capacidade. Portanto, para passar pelo mesmo que ele passou, não...
73	Entrevistador: Aceitou uma rescisão ou pré-reforma?
74	T15: Pré-reforma. Ainda estou em pré-reforma, não sei se bem... mas fiz as contas e, relativamente àquilo que eles me ofereciam para eu rescindir, aquilo que eu estou a receber era mais vantajoso para mim. Para além de que, no meu contrato - eu não sei se isso é habitual, mas eu acho que não, porque eu tenho falado com alguns colegas que não têm os contratos redigidos da mesma forma - o meu contrato diz que eu estou em pré-reforma até ao dia em que entrar em reforma. Portanto, eles não me ofereceram isto por dois anos nem por cinco anos - é até entrar em reforma. Eu fiz as contas e achei que seria mais vantajoso para mim esta situação. Só houve uma coisa que eu não acautelei. E, como digo, o facto de ter tido que decidir naquela conversa quase informal com a colega dos Recursos Humanos... Eu não percebi - havia muita emoção, havia muita tristeza - e foi que, no contrato, colocaram lá uma cláusula que dizia que não haveria lugar à atualização do valor que me era oferecido. Ou seja, eu fui com 58 anos... até quase aos 10 anos, não é, que a reforma está nos 67... Não há atualização do valor que eles me deram na altura. E essa decisão... isso não teria acontecido, tenho a certeza, porque me conheço. Se eu tivesse vindo para casa com a informação e tivesse consultado o meu advogado, ele diria: “Olha, tudo bem, mas esta cláusula aqui... isto pode ser, nos primeiros tempos, tudo bem, mas depois, a partir de 3, 4, 5 anos, os valores da inflação...isto começa a doer...” E aí falhou.
75	Entrevistador: [...] Em relação à compensação e ao suporte financeiro: a organização possui um seguro e uma compensação por inaptidão definitiva para o voo aplicável a Tripulantes com incapacidade permanente parcial decorrente de acidente de trabalho?
76	T15: Eu recebi um valor que, ainda hoje, não consigo perceber muito bem o que é, porque os colegas uns diziam uma coisa, outros diziam outra, e o senhor do Departamento de Seguros da Companhia Aérea A também não soube explicar muito bem. Mas recebi um valor que supostamente seria por inibição de voo.
77	Entrevistador: A empresa garantiu o pagamento dessa compensação financeira e benefícios legais associados a isso, correto?
78	T15: Na altura em que foi determinada a inibição de voo, pouco tempo depois, eles pagaram - um ou dois meses depois.
79	Entrevistador: Recebeu apoio jurídico ou administrativo da companhia aérea para entender e reivindicar os seus direitos laborais?
80	T15: Não. Não. E mesmo as pessoas que trabalham nos departamentos em que se tratam estas coisas também não sabem muito bem o que é que estão a fazer. O senhor dos seguros é um exemplo - não vale a pena. Com os seguros aconteceu uma coisa também que eu não percebi muito bem. Já não é o seguro de trabalho, mas o seguro de vida: foi diminuído o valor quando me colocaram em situação de pré-reforma. Diminuíram o valor do seguro de vida. Eu continuo...o meu vínculo à empresa é de eu ter sido tripulante de cabine, e sempre fui tripulante de cabine. Nunca tive outra função na empresa. E eles, depois, arbitrariamente, passaram o seguro de vida para o seguro que tem um funcionário de terra, que é substancialmente inferior. Eu tentei combater isso, mas depois chegou uma altura em que já não consegui mais, e o advogado também não estava muito para aí virado, e acabei

	por desistir. Não faço conta de morrer nos próximos tempos, mas há coisas em que nós não estamos defendidos, não nos sabem explicar, e não há ninguém para nos ajudar. Ficamos completamente perdidos.
81	Entrevistador: Após a decisão de inaptidão em definitivo para o voo, a empresa manteve contacto regular ou sentiu-se desamparada, por assim dizer?
82	T15: Ah, desamparadíssima. Completamente. Não...já antes, as relações deles com os funcionários eram mais aquele número no fim do mês. E eles cumprem as obrigações deles no sentido dos pagamentos e não sei o quê - nesse aspeto, a empresa é ótima. Mas, para além disso, para além da folha de pagamento, não parece que eles saibam que nós existimos.
83	Entrevistador: O Departamento de Recursos Humanos ou o Gabinete de Segurança e Saúde no Trabalho prestaram apoio durante a sua transição?
84	T15: Nada.
85	Entrevistador: Em relação à avaliação da responsabilidade social corporativa: a empresa possui políticas eficazes de responsabilidade social para apoiar tripulantes sinistrados? Consegue identificá-las?
86	T15: [...] Não. Que eu saiba, não. Eu sei que, entretanto, há umas movimentações que se começam a fazer, por exemplo, relativamente ao problema que determinou a minha incapacidade - o problema dos ombros. Eu não fazia ideia de que fosse tão frequente como é.
87	E depois de estar neste estado, os colegas começam a contar uns aos outros, e descubro imensa gente com os ombros exatamente como eu e que deixaram de voar. E isso parece que começa a ser um problema para a empresa, porque, pelo que soube agora nos refrescamentos...
88	Eles já gastam uma hora do tempo dos refrescamentos a tentar instruir as pessoas sobre como devem agarrar nos pesos, como é que devem, enfim...no fundo, evitar estes problemas. Não me parece que seja uma preocupação com os tripulantes, mas uma preocupação com a própria empresa e com os transtornos que estas situações lhes causam a eles.
89	Entrevistador: Portanto identificou algumas boas práticas ou não?
90	T15: Não. Não.
91	Entrevistador: Se pudesse retroceder no processo, o que acredita que a companhia aérea deveria ter feito de forma diferente no seu caso?
92	T15: Na altura, na última reunião que eu tive com eles, deveria ter-me sido dada a possibilidade de pensar no que ia fazer. E os dados - neste caso, financeiros - que me estavam a dar para suportar a minha decisão, deveriam ter sido uma coisa... Não era eu a tomar nota num papel, com uma caneta, de alguém que está com um computador aberto e me está a dizer. Deveria ter sido uma coisa mais bem feita, melhor suportada, enfim, com os dados que eles têm. Para além disso, eles têm que explicar, porque - quer dizer - o mundo da economia é uma área que, na altura então, eu estava completamente a leste. As implicações, por exemplo, a nível de finanças, de impostos, que tudo isso tem. Nesse aspeto, deveria ter sido mais...não fui bem acompanhada. Não sei se com os colegas foi diferente - a experiência deles. E agora que falamos nisto, começo a pensar que, se calhar, quando tudo indicava que ia ficar inapta para voo, se calhar também poderia ter havido algum acompanhamento por parte da empresa. Acompanhamento psicológico...o que eu sei é que fiz o percurso todo sozinha, completamente sozinha. E, às vezes, alguma dúvida que tivesse, tentava falar com colegas. E há sempre alguém, como depois também fizeram comigo - pessoas que depois passaram pelo mesmo e que me telefonaram para perguntar como é que tinha acontecido comigo. Mas as experiências não são todas iguais. Portanto, às vezes, nós podemos estar muito bem intencionados a querer ajudar... e não ser bem assim. Mas não temos mais nada. Estamos sozinhos, completamente no percurso.
93	Entrevistador: Em relação ao terceiro pilar, ao processo jurídico e aos seus direitos: teve de recorrer a um processo legal para assegurar os seus direitos?
94	T15: Tive.
95	Entrevistador: Em que momento é que isso ocorreu?
96	T15: Foi quando a companhia de seguros me deu alta e me disse que não podia fazer mais nada por mim. Mas eu não podia voar. Não estava em condições de voar.
97	Entrevistador: Antes ainda da decisão de inaptidão por parte da Medicina do Trabalho, correto?
98	T15: Sim, sim.
99	Entrevistador: Moveu uma ação judicial para o reconhecimento de Incapacidade Permanente Absoluta para o Trabalho Habitual - IPATH?
100	T15: Sim.
101	Entrevistador: A decisão final confirmou a sua IPATH?
102	T15: Sim.
103	Entrevistador: Quanto tempo durou o processo legal até à decisão final, desde que colocou o processo em tribunal até à última decisão, por assim dizer?
104	T15: Um ano e meio, dois anos. Houve muitos percalços pelo caminho... e depois eram os juizes, não sei o quê, e depois eram outros dados que não sei quantos...enfim. Mas demorou um pouco.
105	Entrevistador: Em que instância o caso foi concluído? Primeira instância, Tribunal da Relação ou Tribunal Constitucional?
106	T15: Foi na primeira instância.
107	Entrevistador: Acredita que esse tempo de espera pela decisão judicial afetou significativamente a sua vida profissional e pessoal?
108	T15: Foram tempos de insegurança, de stress, de medo, enfim..."O que vai acontecer?" "Isto nunca mais se resolve..." E se isso não se resolvesse bem... Enfim, é sempre complicado, sim.
109	Entrevistador: Em relação aos desafios legais do processo, a seguradora impôs obstáculos ao reconhecimento dos seus direitos ou tentou minimizar a gravidade da sua condição?

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

110	T15: Sempre. Disseram que eu podia ir trabalhar. Como eu disse anteriormente, quando fossem situações em que tivesse de carregar um peso ou qualquer coisa, pedia a um colega. “Pode perfeitamente trabalhar, mas não pode trabalhar porque, se houver alguma coisa mais complicada, pede ajuda.” Nunca acharam que...houve uma altura em que tive - já numa das últimas consultas com o médico da seguradora - uma pequenina discussão, porque eu dizia que tinha dores e ele respondia-me que a dor não significava nada em medicina, porque não era mensurável. E eu dizia-lhe: “A dor é um dos principais critérios que um médico tem quando um paciente se queixa. É uma das coisas mais importantes, um dos sintomas mais importantes da avaliação de um paciente é a dor.” Existem outros - temperatura, etc. - das mais óbvias, não é? Porque uma das primeiras coisas que um médico pergunta sempre é: “Tem dor?” Agora, se o senhor entende que me pode dizer aquilo que eu devo sentir... Eu digo que tenho dor e o senhor diz que não tenho nada...pronto. Portanto, a conversa foi dentro desses moldes. Desvalorizaram sempre. Não quiseram assumir a responsabilidade desde o primeiro momento.
111	Entrevistador: Sentiu que os seus argumentos e documentação médica foram considerados de forma justa pelo sistema judicial?
112	T15: Enfim...eu acho que não foi justo. Porque a desvalorização que me foi atribuída no final e com que eu fiquei - que ficou determinada naquela junta médica no Instituto de Medicina Legal - não corresponde à realidade. Mas também houve falha por parte do meu advogado. Eu, para além de ter feito um rasgão no supra espinhoso, rasguei a longa porção do bíceps - este músculo aqui. Portanto, foram duas zonas afetadas. E eu disse sempre isso ao meu advogado. Estava sempre a dizer: “Para além disto...” E ele desvalorizou. O que acontece, em termos de decisão final... os médicos tiveram sempre com eles os relatórios, as imagens e, ainda mais importante do que isso, o relatório da cirurgia. Em que há uma tentativa para pôr isto o melhor possível, e na decisão final isso não foi considerado. A única coisa que foi considerada foi o supra espinhoso - o ombro - e numa percentagem inferior àquela que tinha sido considerada anteriormente. Portanto, se foi justo? Não. Não foi justo.
113	Entrevistador: O sistema jurídico foi ágil e eficiente no seu caso ou acredita que enfrentou atrasos excessivos?
114	T15: Imensos atrasos. E percalços. “Agora não percebo isto, está escrito à mão, não se percebe...” “Agora vai para trás porque tem de ser datilografado...” E neste processo de pedir um documento, para datilografar um documento, passa-se um mês, dois meses, três meses... “Agora já é junho, estamos praticamente em cima das férias judiciais...” “Não, isto agora já não vai avançar.” Péssimo. Péssimo. Moroso e muito pouco ágil.
115	Entrevistador: A perícia médico-legal, a junta médica, para confirmar a sua IPATH, foi conduzida de forma justa e transparente?
116	T15: Não. Quer dizer, eu passei por várias. Estamos a falar da última?
117	Entrevistador: Podemos falar de uma forma geral, as perícias médico-legais, por assim dizer.
118	T15: A última, que foi feita no Instituto de Medicina Legal, é que determinou aquilo que ficou definitivo. E não, não foi. O médico parecia mais um funcionário da seguradora do que um médico independente. Não, não foi justo. Não. Não levou em conta por exemplo, isto que eu acabei de dizer - da longa porção do bíceps, ou seja, este músculo aqui - no meu caso, ficou cortado ao meio. E isso tem... perdi parte do músculo. Isso deixou, visualmente, em certas posições, vê-se. E, portanto, em termos estéticos, há posições em que eu não gosto. E eles não levaram isso em conta. Estavam a querer despachar. E parecia que o médico não foi minimamente independente, e não foi minimamente justo.
119	Entrevistador: Em relação ao papel da legislação e das várias instituições: considera que a legislação nacional e comunitária oferece proteção adequada aos Tripulantes sinistrados ou existem lacunas que considera necessárias corrigir?
120	T15: Eu nunca pensei muito bem nisso... mas é uma boa questão. A legislação pode não ser a mais perfeita, mas, se fosse aplicada - pelo menos aquela que existe - se calhar já não era mau de todo. Há sempre espaço para melhorar, não é? É óbvio que poderia ser melhorada, mas...mas, pelo menos, que funcionasse aquela que já existe. Eu, francamente, nunca pensei muito nisso. Não sei o que poderia melhorar. Não domino...não vou entrar por aí para não dizer asneiras. Mas, embora não seja perfeita, a legislação existente, se fosse aplicada corretamente, já não seria má.
121	Entrevistador: Recebeu o apoio de sindicatos ou associações para defender os seus direitos?
122	T15: Nada.Não.
123	Entrevistador: Em relação à última parte da nossa entrevista, que tem muito a ver com as reflexões e melhorias do sistema, são duas questões: que alteração pode sugerir na legislação para reforçar a proteção de Tripulantes sinistrados? A sua percepção, se é que pode sugerir alguma?
124	T15: Francamente, não. É como acabei de dizer, nunca pensei muito nisso, no que é que poderia ser feito. Eu acho que não é tanto uma questão de legislação...é uma questão da empresa. Eu ia dizer que é mais por parte da empresa, mas as empresas têm que seguir a legislação, não é? Quer dizer, já abordámos isso - pelo menos ao de leve - aqui: mais acompanhamento aos tripulantes com problemas de saúde, com dificuldades, não é? O processo é todo muito solitário. Eu não sei. Francamente, não sei o que é que...não vou sugerir nada porque não...
125	Entrevistador: Esta consegue responder de certeza: o que recomendaria a um tripulante que esteja a enfrentar um processo semelhante ao seu?
126	T15: A única coisa que eu tenho dito aos colegas - e, enfim, dizem que conselhos, se fossem bons, não se davam, vendiam-se - mas a única coisa que eu digo é: não tenham medo. Porque o que nós sentimos, muitas vezes, é que a diferença de forças entre nós e uma seguradora é brutal, não é? E a capacidade financeira para ir à guerra, para ir à luta...eles rodeiam-se dos melhores juristas, e esses recursos muitas vezes intimidam-nos. Eu estou-me a lembrar de uma colega que teve o mesmo problema e que teve medo de pôr a seguradora em tribunal, e voltou a voar - e continua com esse problema, obviamente. A única coisa que eu poderia aconselhar é: não tenham medo. É ir em frente, esperar que o sistema funcione. Porque eu acho que, às tantas, não é tanto a falta de legislação - é o não cumprimento ou o ignorar da legislação existente. Muitas vezes. Porque, em termos de legislação, nós até não estamos assim tão mal. Em muitas áreas - não é só na área de trabalho - mas em muitas áreas, em termos de legislação, nós estamos bem defendidos. O problema é, depois, o que é posto em prática. E, sobretudo: ter acesso. As pessoas terem acesso a

	quem as ajude. Se eu não tivesse capacidade financeira para contratar um advogado, o que é que eu tinha feito? Portanto, haver - se calhar - instituições...não sei, pronto...mas alguém que nos ajude nessa altura. Seria importante.
127	Entrevistador: Muito bem. Algo mais a acrescentar?
128	T15: Nada. Nadinha.
129	Entrevistador: Muito obrigado.

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

MT1 - MEDICINA DO TRABALHO 1

1	Entrevistador: Muito bom dia. Antes de mais, quero agradecer-lhe a sua participação nesta entrevista para a minha dissertação de mestrado. Vou-lhe pedir autorização para a gravação da entrevista.
2	MT 1: Sim, sim, com certeza que pode gravar.
3	Entrevistador: E dou-lhe a garantia de que o uso da informação aqui prestada se destina exclusivamente a fins académicos, no âmbito do meu trabalho de mestrado. Podemos começar então, se não se importar...
4	MT 1: Antes disso só lhe agradeço. Obrigada pela confiança que depositou em mim e, obviamente, é com todo o prazer que, se o pouco que eu sei puder partilhar consigo, e se isso for útil para a sua dissertação, ficarei muito contente.
5	Entrevistador: Com certeza. Bloco I - Perfil e enquadramento profissional. Poderia apresentar-se e descrever a sua experiência na área da Medicina do Trabalho?
6	MT 1: Eu sou médica do trabalho desde 1997. Já passei por várias empresas, quase todas privadas, algumas também em empresas públicas. Trabalhei na Bosch, que é uma empresa que, neste momento, não sei quantos trabalhadores tem, mas na altura tinha 3.800 trabalhadores. Era a maior empresa privada do país, neste momento sediada no Norte. Já fui coordenadora do serviço de Medicina do Trabalho da ERS Norte. Trabalhei... eu sou médica de saúde pública - na minha função na primeira vez em que estive na função pública, durante 34 anos fui médica de saúde pública - e fui sempre coordenadora da saúde ocupacional, que é mais abrangente do que a Medicina do Trabalho. Depois trabalhei em várias empresas. Atualmente, trabalho com a Medicina do Trabalho B e presto serviços de Medicina do Trabalho para a Companhia Aérea B, no âmbito da admissão de trabalhadores, exames periódicos, exames ocasionais. E trabalho também numa empresa pública... pública, semi-pública, privada, que é a [...]. É uma empresa também com algum significado, com alguma expressão em termos de trabalhadores. No Norte... peço desculpa, esqueci-me de uma empresa também com algum significado que é a Camara da Maia. Fui médica de trabalho da Camara Municipal A.
7	Entrevistador: E tem uma especialidade extra também, que é de...?
8	MT 1: Sou médica de saúde pública, especialista pela Ordem. Sou médica do trabalho, especialista pela Ordem, e tenho medicina aeronáutica também - que é o curso de medicina aeronáutica. Estive um tempo sem exercer, por questões de impossibilidade de mercado, e, quando vim para Lisboa, a partir de 2021, comecei a exercer regularmente. Neste momento, em duas clínicas, exerço medicina aeronáutica.
9	Entrevistador: Quais são as principais responsabilidades dos especialistas em Medicina do Trabalho na aviação comercial?
10	MT 1: Está a fazer uma pergunta difícil. As responsabilidades do médico do trabalho são iguais na admissão de qualquer trabalhador. O médico do trabalho tem basicamente três exames: o exame de admissão do trabalhador à função; o exame periódico - que, como sabe, tem uma periodicidade que está prevista na lei. Os exames periódicos são feitos anualmente para trabalhadores com mais de 50 anos e para trabalhadores com menos de 18 [penso que neste momento não há pessoas a trabalhar com menos de 18, a não ser em termos de estágio]. Ou quando o trabalhador muda de funções, ou quando o risco da empresa justifica uma periodicidade mais curta que um ano. De resto, a periodicidade será de dois em dois anos. E depois tem os exames ocasionais, que são sempre efetuados em casos de acidente de trabalho, ou de doenças profissionais, ou de doenças não profissionais - portanto, doença natural - tudo o que implique uma ausência do trabalhador superior a 30 dias consecutivos. Portanto, há um exame ocasional. Esse exame pode também ser pedido pelo próprio trabalhador, por alguma questão que entenda que não está a ser capaz de dar resposta às suas funções, ou pela própria empresa, por qualquer circunstância que considere pertinente. E nesse caso fazemos uma avaliação do trabalhador. Em termos de aviação, os critérios são rigorosamente os mesmos e, portanto, não há aqui muito mais a dizer.
11	Entrevistador: Como são definidos os critérios médicos para avaliar a aptidão de Tripulantes?
12	MT 1: Em termos de avaliação de Tripulantes, normalmente uso exatamente o mesmo critério que uso para qualquer outro trabalhador. Embora, como médica do trabalho, eu tenha conhecimento das funções específicas do tripulante de cabine porque sou médica aeronáutica. E uma das razões pelas quais fiz o curso de medicina aeronáutica foi exatamente porque achei que tinha um lapso na minha capacidade técnica de avaliação, porque de facto não sabia e não tinha conhecimento, enquanto que na grande maioria das empresas é possível recolocar o trabalhador, pelo menos temporariamente, um <i>cabin crew</i> ou um tripulante de cabine é muito difícil de ser recolocado se estiver temporariamente lesionado ou não estiver capaz de cumprir as suas funções. E quais são essas funções? Eu tive que ir estudar, e por isso decidi fazer o curso de medicina aeronáutica. Portanto, a aptidão é dada em função de uma coisa que é muito importante: tem ou não tem <i>Medical Report</i> . Na admissão, se ele tiver <i>Medical Report</i> , terá à partida todas as condições para ser admitido. Como sabe, no exame inicial [penso que sabe isto, embora este não seja o problema da Medicina do Trabalho], no exame inicial do <i>cabin crew</i> muitas vezes não são feitas pesquisas de drogas. Nós, na Medicina do Trabalho, sistematicamente fazemos a pesquisa de drogas nos <i>cabin crew</i> , na admissão. Independentemente da empresa pedir ou não, mas normalmente é pedido pela empresa. Portanto, a partir do momento em que o <i>cabin crew</i> vai à nossa consulta, os critérios de admissão são os mesmos que para qualquer outro trabalhador - só que tem de ter um <i>Medical Report</i> , porque já está apto pela medicina aeronáutica, e a pesquisa de drogas.
13	Entrevistador: E a nível da avaliação periódica, por assim dizer?
14	MT 1: A nível da avaliação periódica, há critérios diferentes entre empresas. Na minha experiência profissional com a Companhia Aérea B, a avaliação é anual, e a própria Companhia Aérea B tem uma <i>checklist</i> de exames, de baterias de exames que os <i>cabin crews</i> fazem, e que são rigorosamente cumpridos. Para além da parte física e psicológica, obviamente, há outras coisas que são avaliadas em consulta e que fazem parte do exame de saúde no trabalho.
15	Entrevistador: Isso é uma boa questão para passarmos à próxima: quais são os exames médicos obrigatórios para os Tripulantes, a nível periódico? E com que frequência devem ser realizados?

16	MT 1: Ora bem, como os Tripulantes estão sujeitos a pressões, à altitude, à variação da pressão com a altitude, a radiações...sabe-se muito pouco. A investigação sobre radiações ainda é incipiente. Há quem diga que as radiações cósmicas não têm grande interferência, mas a altitude e a variação da pressão atmosférica têm, absolutamente. E por isso, o próprio regulamento da EASA recomenda que haja valores mínimos ao nível das células do sangue. Portanto, é importante fazer exames anualmente. Porque também as coisas não variam de um momento para o outro, e as pessoas não viajam 24h por 24h. Têm alguns períodos de descanso - eu espero que as companhias estejam a respeitar isso. E, portanto, a destruição sanguínea é evidente. Se fizermos uma análise a um cabin crew ou a um passageiro, de longo curso por exemplo, antes de entrarem no avião, e depois da viagem, e se repetirmos essa mesma análise sanguínea - um hemograma -, vamos ver uma diminuição do número de células: glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas. É significativo? Não. Não é significativo. Mas, se a pessoa tiver uma anemia, se tiver um valor de hemoglobina inferior ao previsto - e nas mulheres é sempre mais baixo do que nos homens - pode chegar ao fim do voo com valores muito baixos de hemoglobina. Uma situação de anemia, muitas vezes súbita, pode causar - e causa - perda de consciência. Portanto, dá origem a uma síncope. Daí que nós sejamos muitíssimo cuidadosos - eu, pelo menos, sou - e acho que a grande maioria dos colegas também, obviamente, por causa dos valores de hemoglobina. Sobretudo nas mulheres, como sabe, porque têm sangramento mensal. Quase todas elas. Algumas não fazem anticoncepcionais, em que não têm menstruação regular, mas a maioria tem menstruação todos os meses e, portanto, perde sangue - o que é uma diferença em relação ao homem. Portanto, qual é a periodicidade? Pelo menos anual. Devem ser avaliados, sim, a nível bioquímico. Como é que está a função renal - a ingestão de água é importante. Porque as pessoas... enfim, há várias nuances que me surpreenderam, mas que são verdade. Embora todos os cabin crews saibam que é importante beber durante o voo, beber água, muitas vezes não bebem. Enfim, porque têm algum prurido, mas foi-me dito - não digo confessado, mas dito abertamente - que têm algum prurido em partilhar as instalações sanitárias com os passageiros. E, muitas vezes, reduzem a ingestão de água para não irem tantas vezes à casa de banho. Não me parece que seja uma boa ideia, e eu sempre que posso chamo a atenção para isso. Mas, pelo menos anualmente, acho que é suficiente. A não ser que haja alguma coisa particular, acho que uma avaliação anual é adequada. Para além das coisas importantes como o colesterol e os triglicéridos, que espelham um bocado o tipo de alimentação que a pessoa faz.
17	Entrevistador: Dra. muito resumidamente, quais são as principais orientações internacionais que orientam essas avaliações?
18	MT 1: Está tudo no regulamento da EASA. Vêm lá as avaliações e as periodicidades das avaliações - estão previstas no regulamento da EASA. Portanto, nós limitamo-nos a cumprir. Há coisas que estão um bocadinho em aberto. E eu, sempre que posso, exagero pelo máximo. Porquê? Porque, normalmente, o colesterol e os triglicéridos... as pessoas às vezes não valorizam. "Está no limite, abusei um bocado e está no limite." Mas como é que vai estar daqui a um ano? Está no limite ou já ultrapassou o limite? Portanto, eu acho que é importante, mesmo que o regulamento não refira que é anual, há certos parâmetros que devem ser avaliados anualmente - sobretudo a parte da avaliação do sangue: colesterol, triglicéridos... E a parte da urina, para ver como está a função renal. Isso é importante.
19	Entrevistador: Considera que a legislação nacional é clara e suficiente nos critérios para a avaliação dos Tripulantes?
20	MT 1: A legislação nacional... eu não conheço nenhuma legislação nacional.
21	Entrevistador: Nem que seja a que replica?
22	MT 1: Exatamente. A legislação nacional o que diz é que os trabalhadores - é muito menos exigente - porque a legislação nacional diz que os trabalhadores com idades entre os 18 e os 50 anos devem ser avaliados de dois em dois anos, a não ser que haja um risco acrescido. Com o conceito de "risco acrescido", fica tudo em aberto. O cabin crew tem um risco acrescido? Sim ou não? Quem é que o define? Pergunto-lhe eu... Quem é que o define? Não está definido, ou ninguém o definiu. Por exemplo, eu conheço colegas que trabalham em companhias aéreas que avaliam os trabalhadores de dois em dois anos. Tanto quanto sei - não sei se estou a dizer algo errado - na Companhia Aérea B nós vemos anualmente. E penso que na Companhia Aérea A também os cabin crews são vistos anualmente. Penso eu, não sei se esta informação é correta, porque eu nunca trabalhei na Medicina do Trabalho A da Companhia Aérea A em termos de cabin crew, portanto não sei. Eu, pessoalmente - se me perguntar - acho que o tripulante de cabine é um trabalhador de risco, ou pelo menos exposto a um risco que não é um risco habitual. Portanto, acho que deve ser visto anualmente.
23	Entrevistador: Doutora, como é determinado se um tripulante de cabine está apto ou inapto para o voo no âmbito da Medicina do Trabalho?
24	MT 1: No âmbito de Medicina do Trabalho. É uma pergunta difícil...
25	Entrevistador: Peço desculpa interromper...
26	MT 1: Diga, diga...
27	Entrevistador: Falo sempre da avaliação periódica. Não vamos falar da avaliação inicial, vamos focar na periódica.
28	MT 1: Certo. Na avaliação periódica, evidentemente aquilo que eu pergunto sempre é: tem voado? Tem o seu <i>Medical Report</i> válido? Houve alguma intercorrência durante o último ano? Não teve nenhum problema que o impedisse de voar? E depois, evidentemente, é feita a avaliação em termos físicos e analíticos - portanto, os parâmetros que apresenta. E depois há mais uma bateria de exames que fazemos. Como sabe, também, os cabin crews estão sujeitos - sobretudo os que fazem aquele tipo de voos [vou dizer isto, embora se calhar é um erro...as pernas] - a subidas e descidas várias vezes por dia. Alguns fazem cinco, seis subidas e descidas por dia. E, cada vez que há uma descolagem ou uma aterragem, a diferença de pressão é enorme. E se o cabin crew tiver alguma obstrução nasal ou auditiva, pode fazer um barotrauma. Portanto, isso é uma das coisas que avaliamos na Medicina do Trabalho: a acuidade auditiva - fazemos timpanograma -, a acuidade visual - há limites definidos também na legislação -, e depois a parte analítica, que é importante, e a eletrocardiograma, que é um exame de rotina, obviamente, e que nos pode dar alguma informação sobre como é que o trabalhador está, de uma forma geral. Mas eu acho que o mais importante é, de facto, talvez perceber o tipo de intercorrências que aquele trabalhador tem tido nos seus últimos anos de trabalho. Acho que isso é o mais relevante numa avaliação em Medicina do Trabalho.
29	Entrevistador: Quais são os principais fatores de risco para a saúde dos Tripulantes que podem levar à inaptidão?

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

30	MT 1: A inaptidão temporária ou definitiva?
31	Entrevistador: Em definitivo.
32	MT 1: Normalmente, a inaptidão definitiva surge de uma inaptidão que foi temporária, primeiro. A não ser que seja um acidente muito grave, que não deixe qualquer dúvida. Normalmente, as inaptidões definitivas agrupam-se em duas grandes áreas: a área da psiquiatria de saúde mental e a área músculo-esquelética. São estas as duas grandes áreas. Porque, mesmo que haja um barotrauma grave - e já tive essa experiência, já apanhei muita gente com barotrauma -, nunca se prolongou além de três, quatro meses. Mesmo que recorra a cirurgia, encaminhamento para otorrino e vigilância, nunca se prolongou por mais de três, quatro meses de baixa. Agora, a parte da saúde mental e a parte músculo-esquelética, é muito grave, são situações muito graves.
33	Entrevistador: Para complementar: existem condições médicas mais prevalentes entre os Tripulantes que resultam nessas incapacidades permanentes?
34	MT 1: Prevalentes no sentido de...?
35	Entrevistador: Doenças ou situações clínicas frequentes - lesões por esforço repetitivo, perturbações auditivas...
36	MT 1: Riscos. A exposição a riscos que não possam ser eliminados - é essa a questão, pronto. Existem, obviamente. Os Tripulantes têm uma série de movimentos repetitivos que são praticamente impossíveis de prevenir. O serviço de bordo, os trolleys... os trolleys são pesados. Tirar e pôr as gavetas depende também da tipologia do avião. Eu acho que são diferentes - não conheço todos os modelos, sinceramente - mas uma coisa que costumo fazer, quando posso, é ir à área de serviço ver onde estão colocadas as gavetas: se é preciso subir os braços acima da altura dos ombros ou baixar-se para fazer a elevação em carga. São dois movimentos diferentes. Quer na elevação em carga, quer na elevação dos braços acima da altura do ombro, há esforço repetitivo. Pode ser unilateral ou bilateral, depende. Às vezes usam um braço, outras vezes usam os dois em simultâneo, para retirar os contentores - os containers, como lhes chamam. E eu não sei exatamente o peso de um container, mas parecem pesados. Mesmo vazios - estamos a falar de containers com dois, três quilos?
37	Entrevistador: Quando cheios chegam a ser de 15 quilos.
38	MT 1: Pronto. Agora imagine com o container cheio. Mesmo uma mulher com alguma capacidade física - não quero estar aqui a fazer distinção entre géneros, mas os homens têm, geralmente, mais força - levantar 15 quilos acima da altura do ombro, várias vezes durante um voo, num voo de longo curso, é um peso significativo. E são movimentos repetitivos, sim, sim. Se a pessoa não estiver preparada fisicamente, isso pode causar lesões músculo-esqueléticas, para não falar de roturas musculares, tudo isso. E quando isso acontece durante um voo com turbulência, pior ainda. Numa situação dessas pode haver uma lesão muito grave. É evidente que, em caso de turbulência, não há serviço - e o pessoal passa fome, entre aspas. Mas às vezes a turbulência surge de forma inesperada. O próprio piloto pode não tem a noção, e quando avisa, já é tarde. Já o trabalho está em curso. Muitas vezes o aviso é: "Estamos a aproximar-nos de uma zona de turbulência" - e estamos em pleno serviço. Os cabin crews têm então de recolher o serviço rapidamente, sentar-se e pôr os cintos de segurança. E, nessa retirada rápida do serviço, podem acontecer acidentes. Eu já vi - eu própria já assisti a isso, em voos. Portanto, sim, há movimentos repetitivos. O risco é grande, sobretudo nas lesões músculo-esqueléticas. Para não falar naquelas pessoas que chegam carregadas de malas e acham que o cabin crew tem a obrigação de lhes pôr as malas na bagageira - o que não é verdade. Acho eu, pelo menos, que não é verdade. Ajudar é uma coisa, colocar as malas é outra. As pessoas também não têm essa cultura, porque hoje em dia toda a gente viaja, mas nem toda a gente tem cultura de viajar.
39	Entrevistador: Mudando um pouco o foco...como é tratada a questão da saúde mental?
40	MT 1: Muito bem. É tratada como a de qualquer outro trabalhador. Particularmente eu, porque tenho formação em medicina aeronáutica - não sei se será só por isso -, mas essa é a parte que eu melhor "rastreo", entre aspas, se é que se pode usar esse termo num exame de Medicina do Trabalho. Normalmente, quando são cabin crews ou Tripulantes que já estão na empresa há muito tempo, eles próprios acabam por dizer: "Eu não estou bem psicologicamente". Não é preciso procurar muito. Isso acontece muito mais nas admissões. Por exemplo, nas admissões feitas pela Medicina do Trabalho - depois da medicina aeronáutica - pode escapar alguma coisa, e às vezes nós apanhamos isso. Depois falamos e revemos o caso. Mas é muito pontual. Normalmente, quando o trabalhador já está na casa e vai à consulta de Medicina do Trabalho, acaba por abrir-se e dizer: "Olhe, aconteceu isto, aconteceu aquilo, eu não estou bem. Acho que não estou bem, acho que preciso de ajuda." Portanto, normalmente é por aí. Não é preciso rastrear muito.
41	Entrevistador: Bloco 3 – Causas da Inaptidão Permanente. Tem conhecimento de estatísticas ou dados consolidados sobre casos de inaptidão permanente para Tripulantes nos últimos 10 anos, por exemplo?
42	MT 1: Não há. A única coisa que eu conheço, e que me foi dita off the record... Eu já tive a oportunidade - e isto não é segredo, não vou entrar em nomes -, não é segredo: eu fui consultora de uma seguradora. E no âmbito de prevenir situações de incapacidade definitiva, exatamente para não haver ressarcimento - ou para que o valor do ressarcimento fosse pequeno, ou até convertido em doença profissional. É uma metodologia com a qual eu não concordo. Se é uma doença profissional, é uma doença profissional. Se é um acidente de trabalho, é um acidente de trabalho. Acidente de trabalho dá lugar a incapacidade definitiva, e a incapacidade definitiva dá lugar a ressarcimento por parte da companhia de seguros - ponto final. Este processo é um processo complicado. Não passava por mim, nem passava por mim enquanto consultora. E eu achei que o meu papel era zero. Portanto, vim-me embora. Não tenho conhecimento [de dados consolidados]. A única coisa que me foi dita foi que, nos últimos 10 anos, essa dita seguradora tinha gasto 10 milhões de euros em acidentes de trabalho com cabin crew.
43	Entrevistador: Isso traduzindo em número de casos?
44	MT 1: Não sei, porque nunca me foi dado acesso a casos que não passassem pelas minhas mãos. E passaram dois casos pelas minhas mãos.
45	Entrevistador: Já respondeu a esta questão, mas vou reformulá-la de forma resumida. Na sua experiência profissional, quais são os principais fatores de risco ocupacional que contribuem para a inaptidão permanente dos Tripulantes?

46	MT 1: A nível do risco profissional, para além da parte física, há também o impacto no biorritmo. Porque há uma ciência que as pessoas conhecem pouco, que é a cronobiologia - ou seja, o relógio biológico. Todos nós temos um relógio biológico que está programado para funcionar de determinada maneira. O trabalho por turnos, nomeadamente no caso dos cabin crews, com as diferenças horárias, mexe imenso com esse relógio. Esse é um dos grandes fatores. Portanto, para além da parte física, há também o impacto psicológico. E, a nível físico, reflete-se no padrão de sono, no padrão de descanso, com o padrão de adaptabilidade a diferentes rotatividades de horários. E na parte psicológica também. Porque - e isto está provado, e a cronobiologia comprova - há pessoas que nunca se habituam ao trabalho por turnos. Isto começou a ser estudado nos Estados Unidos há muitos anos, por causa das baixas laborais em empresas que operavam 24/24h. E comprovou-se que há pessoas que nunca se habituaram a trabalho por turnos. Por muito que se tente, mesmo com rotatividade, nunca se adaptaram. Não lhe posso dar dados - não sei se há publicações específicas sobre isso, sobre quantas pessoas desenvolveram alterações, ou se há estudos fisiológicos - mas provavelmente, se procurar, há de encontrar. Isto já é estudado há muitos anos. O que é facto é que, quando uma pessoa tem má adaptabilidade a diferenças horárias e a turnos, a produtividade diminui, o número de baixas aumenta, e há um aumento de patologias: físicas, como diminuição da imunidade, constipações; e psicológicas - pode surgir ansiedade, depressão. Não falo de doenças graves do foro psicológico ou psiquiátrico, mas pode mesmo evoluir para uma depressão prolongada, com baixa prolongada. Portanto, isso é uma verdade, sem dúvida nenhuma.
47	Entrevistador: Quais são as doenças ocupacionais ou lesões traumáticas mais frequentemente associadas à inaptidão permanente dos Tripulantes?
48	MT 1: Para ser honesta, não lhe posso responder com rigor, porque não tenho dados suficientes. Mas, pelo que sei, no caso dos Tripulantes, a parte psicológica estará mais associada à depressão. São situações do foro depressivo, provavelmente por acumulação de stress - mas, repito, não sei. Teria que se fazer uma revisão... e penso que já terá entrevistado alguém da área da psiquiatria sobre isso. Há gente na psiquiatria, e na medicina aeronáutica também, que trabalha com isso há anos e que lhe poderá responder melhor. O que eu conheço é mais no âmbito da depressão major. Por acumulação de situações, provavelmente, acaba por evoluir para uma depressão major e uma incapacidade definitiva. Na área músculo-esquelética, são lesões por fraturas, ou então agravamento de hérnias discais - com fratura ou sem fratura -, ruturas ligamentares, ruturas musculares. Há muito hoje em dia, como é que eu lhe hei de dizer... lesões por traumatismo da zona cervical contra o teto do avião por turbulência, isso normalmente provoca lesões graves. Eu vi uma incapacidade definitiva, foi a única que vi por essa causa. Mas se calhar há mais - eu é que não tenho conhecimento, nunca fiz um levantamento.
49	Entrevistador: Talvez seja este um bom exemplo de que uma incapacidade permanente nem sempre resulta de uma IPP, de tão grave que é.
50	MT 1: Pode não resultar. Uma IPP pode resultar diretamente de uma lesão dessas. Por exemplo, imaginemos que é uma fratura cervical - e uma fratura cervical é uma condição que pode deixar a pessoa até tetraplégica. Nunca nos esqueçamos do Super-Homem, que caiu de um cavalo e estava habituadíssimo à equitação desde miúdo. Portanto, há lesões que são críticas naquele momento. E eu acho que não há qualquer dúvida de que, quando ocorre uma situação de turbulência e a pessoa está sentada sem cinto de segurança - porque nada fazia prever uma turbulência dessa gravidade - e acontece uma situação dessas, muitas vezes ela tem que ser encarada. Agora, eu acho que isso tem que ser investigado. Isto ainda está muito vago. As pessoas não investigam muito.
51	Entrevistador: Existem perfis ou grupos de tripulantes mais suscetíveis à inaptidão permanente? Por idade, sexo, antiguidade ou tipo de rota?
52	MT 1: Também não tenho experiência suficiente para lhe responder a isso. A única coisa que eu talvez possa dizer - mas é uma hipótese, com base na minha experiência, que também não é tão grande quanto isso - é que os voos de longo curso e as estadias prolongadas, longe de casa e da família, contribuem, às vezes, para que as pessoas se sintam psicologicamente mais abaladas. Se isso é transitório ou definitivo, ou se contribui para situações de depressão major que possam surgir mais tarde, não sei. Não tenho conhecimento suficiente para lhe afirmar isso. A única coisa que posso dizer é que há casos de pessoas para quem o facto de estarem fora, fazerem estadias longas - ou seja, essa parte que muitos acham glamorosa na profissão - tem um impacto psicológico relevante. Agora, se há um traço de personalidade, ou uma característica individual que possa ser identificada como padrão, isso já é muito complicado de afirmar. Mas há pessoas que não reagem tão bem.
53	Entrevistador: De que forma a exposição prolongada a fatores como radiação cósmica, pressurização da cabine e alterações frequentes do fuso horário pode contribuir para essa inaptidão? Acho que já abordou um pouco essa questão.
54	MT 1: Sim, já referi um pouco. O fuso horário afeta sobretudo a parte psicológica, mas também pode interferir com a parte física. A pessoa pode ter baixas repetidas por incapacidade ou por alterações da imunidade. E quando digo "alterações da imunidade", não estou a dizer que o jet lag em si causa essas alterações. Mas a própria pessoa pode ficar com menos capacidade de adaptação, mais sensível, mais deprimida, porque se alteram os seus padrões de sono, os seus padrões alimentares - e depois instala-se toda uma cadeia de acontecimentos que não está bem especificada, não está quantificada e quanto a mim, nunca foi estudada. Se houver algum trabalho publicado, eu nunca o li. Já procurei - em alguns sites, em Biomedical Journal, em artigos americanos - e há muito pouca coisa publicada sobre isso.
55	Entrevistador: Mudando agora um pouco para o Bloco 4 – Processos, Comunicação e Acompanhamento: Como decorre, na prática, o processo de avaliação médica que conduz à inaptidão permanente de um tripulante de cabine?
56	MT 1: Pois, não lhe posso dizer, porque cada um tem a sua metodologia. Normalmente, há o acidente de trabalho. O acidente de trabalho é comunicado à companhia de seguros, e a companhia de seguros dá seguimento ao processo. Pronto. E nem sequer dá conhecimento ao médico do trabalho de que o trabalhador teve um acidente de trabalho. O médico do trabalho não sabe nada - rigorosamente nada. É entre o trabalhador e a companhia de seguros. Se houver um acidente de trabalho, é obrigatório, pelo menos pela legislação portuguesa, que, desde que haja incapacidade, seja comunicado ao Tribunal do Trabalho para ser observado e feita a peritagem de avaliação de dano. Pronto. Depois, todo o processo é controlado - entre aspas -, ou o circuito que esse processo

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

	tem é: os médicos da avaliação, a avaliação de dano no tribunal, e só no final de todo esse processo é que é dado conhecimento ao médico do trabalho. E diz-se: “teve um acidente de trabalho, aconteceu isto, ficou com IPP, não ficou com IPP, curado sem desvalorização, esteve x tempo de baixa”, e mais nada.
57	Entrevistador: Que procedimentos são habitualmente seguidos pela Medicina do Trabalho após a constatação de uma situação irreversível de incapacidade para o voo?
58	MT 1: A Medicina do Trabalho não tem poder para fazer rigorosamente nada. Porque, quando toma conhecimento do que se passou, o tribunal é soberano. Nós não podemos fazer nada. Tomamos conhecimento mais nada.
59	Entrevistador: Existe algum tipo de articulação com a medicina aeronáutica?
60	MT 1: A nível formal ou a nível informal?
61	Entrevistador: Diga-me a Doutora...
62	MT 1: A nível informal, eu tenho sempre. Quando me parece que um cabin crew tem uma incapacidade - mesmo que tenha sido por acidente de trabalho, e mesmo que seja uma incapacidade pequena, ou uma desvalorização que não o impeça - estamos a falar de alguém sem capacidade total para o trabalho, ou sem incapacidade definitiva para o trabalho - eu, normalmente, faço articulação com a medicina aeronáutica. Eu faço, mas não está nada previsto. O médico do trabalho nem sequer tem conhecimento - nem tem que ter conhecimento - do que se passa a nível da medicina aeronáutica. E eu acho que isso é uma grande falha. Porque não há canais de comunicação. A Medicina do Trabalho não tem conhecimento do que se passa na medicina aeronáutica. Nem do que se passa nas companhias de seguros. E vou dizer: a minha experiência pessoal com as companhias de seguros é péssima. Porque muitas vezes recebo cabin crew que vêm com um acidente de trabalho, estão de baixa, estão a ser seguidos pela companhia de seguros - foi aceite, foi-lhes dado o estatuto de acidente de trabalho, estão a ser seguidos - e eu não sei se sabe, mas em Portugal... não sei quem é que determinou isso - acho que não há nenhuma determinação oficial - é uma coisa oficiosa, mas está tacitamente acordada entre as várias companhias de seguros e o tribunal: Quando o trabalhador tem menos de 50% de incapacidade, a entidade patronal pode re-admiti-lo nos quadros até à alta - sem cura definitiva - ou pode re-adaptá-lo ao posto de trabalho, dando-lhe o tempo que for necessário até se definir se fica com uma incapacidade definitiva, temporária, ou não. Pronto. Isto parece um bocado confuso - eu também não sabia disto. Mas não me parece que seja correto. No caso dos cabin crews, isso é inadmissível. Porque um tripulante de cabine não pode ter 5% de incapacidade e ser tripulante de cabine. Seja ela qual for. A não ser, vamos brincar, uma limitação que o impeça de usar maquilhagem, por exemplo, um problema de pele que não permita maquilha-se e, por isso, não pode entrar maquilhado no avião. Pronto, não sei se isso representa 5% de incapacidade ou não... Mas um tripulante de cabine - um cabin crew - tem que estar apto. Ponto final. Ou está ou não está. Porque não pode ser re-adaptado ao posto de trabalho. E eu acho que o grande problema dos médicos avaliadores e dos tribunais é não compreender esta exigência. Porque, para se estar apto àquela função, não se pode ter qualquer tipo de incapacidade. Ou então pode ter, desde que esteja quantificada: em que parte do corpo é, qual é a lesão, e se interfere ou não com as funções descritas no regulamento. E isso não é feito.
63	Entrevistador: Como é realizada, na prática, a comunicação da decisão de inaptidão permanente ao tripulante de cabine e à companhia aérea? Que cuidados devem ser assegurados no momento?
64	MT 1: Não faço a mínima ideia. Porque, como médica do trabalho, não sei. Normalmente, o que penso é que o tripulante de cabine recebe uma carta do tribunal, com a decisão da junta médica... da medicina... isso tem um nome... da avaliação de dano. Mas não é só a avaliação de dano.
65	Entrevistador: Posso tentar fazer a questão de outra forma. Numa avaliação periódica para a função, a Medicina do Trabalho não é chamada ao caso em articulação com a medicina aeronáutica, no caso da avaliação da aptidão de um tripulante de cabine?
66	MT 1: Nunca. Nunca há uma articulação direta entre a medicina aeronáutica e a Medicina do Trabalho. Há empresas - tanto quanto eu sei - em que o médico do trabalho nem sequer sabe quem é o médico aeronáutico. Aliás, nem tem que saber, porque a ida à medicina aeronáutica é voluntária, e cada cabin crew pode escolher onde quer ir fazer a sua certificação. Agora, de facto, não há um circuito previsto. Aquilo que eu estava a esquecer-me é a avaliação de dano pela medicina legal. Ou seja, há um gabinete de medicina legal no meio desta avaliação toda. Portanto: há o acidente de trabalho, há avaliação de dano, há o perito da companhia de seguros e o gabinete de medicina legal. Nenhum deles tem parecer vinculativo - isso foi uma das coisas que eu li. O único parecer vinculativo é o do juiz. Normalmente, o juiz concorda com o parecer do gabinete de medicina legal. São médicos de medicina legal com formação em avaliação de dano, com experiência em acidentes de trabalho, lesões músculo-esqueléticas, e também em psiquiatria. Portanto, o circuito técnico está perfeitamente definido. Agora, pela experiência que eu tenho, se o juiz não pedir uma opinião ao médico aeronáutico, e este quiser dar a sua opinião - por exemplo: “este cabin crew não pode exercer funções” - o juiz pode nem sequer o ouvir, porque não está nada previsto. Ou ele pede o parecer ou não está nada previsto. Se me perguntar assim: e se o próprio trabalhador apresentar em tribunal um documento do médico aeronáutico que o certificou e que lhe diga “Este senhor foi certificado por mim há um ano atrás e estava tudo bem. Teve um acidente e as lesões não são compatíveis com o desempenho das suas funções e atualmente não tem capacidade para ser Cabin Crew”. Não sei se o juiz vai aceitar isso. Isso é uma coisa que eu desconheço. Mas não está previsto. E, quanto a mim, esta articulação era importante.
67	Entrevistador: De que forma se articula a Medicina do Trabalho com os serviços de recursos humanos ou departamentos médicos das companhias aéreas, nos casos de inaptidão permanente?
68	MT 1: Posso dizer-lhe o que eu acho que deveria acontecer: o que acontece é zero. Nem sequer conheço o chefe de recursos humanos. Nem sei quem é.
69	Portanto, a única coisa que acontece é participarem que o trabalhador teve um acidente, o processo está concluído, e o resultado foi: “apto definitivamente sem desvalorização”, ou “apto com desvalorização de 1, 2, 3%”, ou “inapto definitivo”. E nós não sabemos mais nada.
70	Entrevistador: Existe algum tipo de acompanhamento posterior ao diagnóstico de inaptidão permanente?

71	MT 1: Por parte da Medicina do Trabalho? Não. A partir do momento em que o trabalhador é considerado inapto permanentemente, está inapto para aquela função. E, até hoje, nunca tive nenhum caso desses. E não está previsto.
72	Entrevistador: Qual é a sua opinião em relação a essa falta de articulação entre os vários departamentos? Isso é fundamental para o meu estudo.
73	MT 1: Uma situação destas é muito séria. Estamos a falar de alguém que criou uma expectativa de vida e escolheu uma profissão. Certo? Vou-lhe dar um caso pessoal, vou particularizar. Eu tive um acidente em que fiquei numa cadeira de rodas. Já tinha desistido do meu sonho - que era ser cirurgiã cardíaca - por outros motivos, que não vêm ao caso. Mas quando tive o acidente, se quisesse continuar a operar, não podia. E optei por fazer outras coisas na vida. Hoje sou médica aeronáutica, sou médica do trabalho. Um cabin crew, se tiver uma incapacidade definitiva para a função, não pode continuar a exercer. Ponto final. Um piloto, para levar isto ao extremo: se tiver uma incapacidade definitiva, não pode continuar a ser piloto. Estamos a falar de impedir uma pessoa de continuar a desempenhar as suas funções - muitas vezes em fases da vida muito precoces. Não sei se há países que estão preparados socialmente para isso e têm articulação entre as várias instituições. Em Portugal, o que me parece, de forma geral, é que não há. Ou a empresa reabilita o trabalhador noutras funções, ou o trabalhador vai com uma indemnização para casa. E acabou. Isto é o procedimento. Nas empresas de aviação, o que me parece é que as coisas também funcionam assim. E acho isso muito mau. Porque não há articulação, não há diálogo, não há resposta. E nós não sabemos. E, quanto a mim, isso... está mais que na hora de mudar, não é? Temos regulamentos europeus. Eu não sei o que se passa noutras companhias aéreas - saberá melhor do que eu - mas deve ser mais ou menos semelhante. Não sei. Mas deve ser mais ou menos o mesmo cenário. como se toma uma decisão médica justa e equilibrada nos casos em que a aptidão do tripulante está em dúvida - casos marginais, <i>borderline</i> ? Defende a existência de uma entidade independente para revisão dessas decisões?
74	MT 1: Sempre. Sempre. Tem que haver, se for possível. Porque, como eu digo, quem decide é o tribunal. Obviamente, quem decide é o tribunal. É o tribunal que manda. Se me pergunta se eu concordo ou discordo...obviamente que discordo. Porque um juiz não tem capacidade clínica para perceber algumas coisas. Mas, se for um juiz com alguma maleabilidade, se lhe explicarmos, e se for mais que uma entidade a explicar - o médico do trabalho, o perito médico, a junta médica, o gabinete médico-legal, e uma entidade independente com credibilidade -, porque há entidades noutros setores, porque não haver também na área aeronáutica? Obviamente, nomeadamente na área dos pilotos, a autoridade é soberana. Portanto, eu acho que qualquer juiz deve aceitar o parecer. É importante que haja pareceres de várias entidades formais, para que a decisão não seja arbitrária. Não estou a dizer que as decisões são arbitrárias - estou a dizer que podem não ser as mais justas. Porque temos a companhia de seguros de um lado e uma série de entidades que muitas vezes seguem critérios que não são apropriados àquele tipo de trabalhador. Estou a falar de algo muito específico: os Tripulantes. É isso que eu acho.
74	Entrevistador: Em relação ao Bloco 5 - ou ao penúltimo bloco -, Perspetiva Profissional e Articulação Institucional, quais são os principais desafios enfrentados pelos médicos na avaliação da aptidão para o voo dos Tripulantes no âmbito da Medicina do Trabalho?
75	MT 1: Eu acho que isso já está um bocadinho respondido. Porque, quando admitimos um trabalhador, admitimo-lo para uma função. Qual é a função? Tripulante de cabine. O que é que tem de fazer um tripulante de cabine? Está tudo no regulamento, está lá explicado. Nós observamos a pessoa nos vários âmbitos: exames complementares de diagnóstico, exame físico, auscultação, história clínica... e tem, ou não tem, aptidão. Agora posso dar-lhe um exemplo que já falámos uma vez: imaginemos um tripulante de cabine que cumpre todas as funções, tem 1,95 m de altura, tem o seu <i>Medical Report</i> perfeitamente válido e todas as capacidades para ser <i>cabin crew</i> . Vai a uma empresa, concorre, e fica excluído porque, naquela empresa, os Tripulantes não podem ter mais de 1,90 m ou 1,89 m - porque os aviões não estão preparados para tripulantes com essa altura. Isto é impensável... mas acontece. Como é que se ultrapassa isto? Deixo esta questão em aberto. Isto e outras pequeninas coisas que ficam em aberto, mas pronto esta acho que é a mais flagrante.
76	Entrevistador: Outra questão: existem pressões externas - formais ou informais - por parte das companhias aéreas, no sentido de manter tripulantes aptos?
77	MT 1: Não sei se existem. Comigo, não existem. Pode existir conflito quando eu tomo uma decisão e alguém quer que eu a revogue. Acho que isso pode acontecer em companhias aéreas ou noutra área qualquer. Mas sobretudo com os cabin crews, temos de ter esta noção: os cabin crews são a primeira linha de segurança de um voo. O piloto e o copiloto estão sentados no cockpit à frente. São informados por quem? Pelo chefe de cabine, que é um cabin crew, membro da equipa de cabine. São os cabin crews que circulam na cabine, estão atentos, sabem o que se passa. E isto é um trabalho em equipa que é indissociável. Não pode ser disruptivo. Não pode ser... disruptível, se é que esta palavra existe. Porque, se for, pode haver um acidente aéreo. Portanto, comigo, não há pressões. Se a empresa quiser que se faça um exame ocasional, pode pedi-lo. E se naquele momento aquele trabalhador não estiver apto para desempenhar as suas funções, ficará inapto temporariamente. Se a empresa quiser colocá-lo noutro posto, isso é uma negociação entre a empresa e o cabin crew. Até hoje, felizmente, nunca me aconteceu. Não quer dizer que não venha a acontecer. Mas se acontecer, provavelmente será a minha última prestação - ou será uma conversa mais aberta e, quem sabe, talvez as coisas mudem. Espero que não haja pressões.
78	Entrevistador: Que impacto pessoal, ético ou emocional tem para o médico a decisão de declarar um tripulante inapto?
79	MT 1: É horrível. Eu vou-lhe dizer - e estou emocionada - que sou uma pessoa muito emotiva. E acho que isso não escondo. Nunca tive - felizmente - de declarar a inaptidão de um tripulante de cabine já em funções, com anos de profissão. Mas já declarei inaptidões em admissões. E foi horrível. Porque é aquilo a que nós chamamos "cortar as pernas" e não deixar a pessoa aprender a andar. Foram situações muito graves. Eram todas elas situações de inaptidão previstas no regulamento. Situações psiquiátricas graves, situações físicas graves, de saúde, também graves que estavam previstas no regulamento. Mas eram miúdos, pessoas muito novas - 19, 20 anos. E custou-me imenso. Obviamente em paralelo, já declarei outras inaptidões definitivas - mas nunca a um tripulante de cabine em funções. E se um dia tiver de o fazer, vai-me custar imenso.

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

80	Entrevistador: Como avalia a articulação entre a medicina aeronáutica e a Medicina do Trabalho no acompanhamento da aptidão dos Tripulantes?
81	MT 1: Zero. Nos Tripulantes, é zero. Na minha experiência, é zero. E vou partilhar consigo aquilo que já tivemos a oportunidade de conversar. Não sei como funciona na Companhia Aérea A. A Companhia Aérea A tem a Medicina do Trabalho A, todos nós conhecemos, não é segredo para ninguém. A Medicina do Trabalho A é uma unidade de cuidados de saúde que inclui a vertente aeronáutica, a prestação de serviços, especialidades médicas e a Medicina do Trabalho. Portanto, não sei se eles têm uma metodologia de articulação entre esses setores - em que se permita conversar e decidir. Eu, no meu caso, trabalho sem rede. A minha articulação tem de ser informal. Sempre que faço articulação com o médico aeronáutico que faz a certificação, é informal. Também posso dizer - e acho que já falámos informalmente sobre isto - que sei que há juntas médicas na Medicina do Trabalho A que fazem a avaliação final. Nessa junta participa o médico do trabalho, o médico da medicina aeronáutica e outro médico - não sei se é médico do trabalho, se é coordenador, se é de outra especialidade, não sei. Ora bem: não existe, que eu saiba, na lei, nenhuma organização formal que preveja esse tipo de junta médica. Portanto, acho que é uma decisão interna da Companhia Aérea A. Não está prevista nenhuma decisão de inaptidão por uma junta desse tipo. Se me perguntar: isso tem alguma validade em tribunal? Não faço ideia. Não sei. Não sei qual é o poder vinculativo que essa junta médica tem junto dos tribunais, para além do gabinete médico-legal. Ou seja, se a junta médica declarar inaptidão, e o gabinete médico-legal disser "não, este tripulante de cabine não está apto, mas não tem inaptidão definitiva", não sei qual será a posição do juiz. Do que eu tenho conhecimento é o único sítio onde se fazem esse tipo de juntas médicas para Tripulantes.
82	Entrevistador: Considera que a criação de uma entidade independente para a revisão das decisões de inaptidão poderia contribuir para maior transparência e justiça nos processos?
83	MT 1: Eu acho que era fundamental. Não é "contribuir", eu acho que é fundamental. Ou então agregar vários profissionais de várias áreas numa entidade - inclusivamente incluindo a autoridade. Não é? A autoridade aeronáutica, é a Autoridade Nacional. Isso não é possível? Também lhe digo: já falei disso, tive oportunidade de ter algumas conversas com a autoridade e com colegas da medicina aeronáutica, e ninguém se pronuncia. Mas a autoridade é autoridade para os pilotos... porque não há de ser também para os cabin crews? Acho que sim. Acho que devia ser uma entidade composta por vários especialistas nas várias áreas, nomeadamente incluindo a Autoridade Nacional. E sim, haver uma decisão definitiva. Se isso vai ser possível? Não sei. Eu gostaria muito que fosse. Porque aquilo que eu acho - e partilho, partilhe o que quiser, não tenho problema nenhum - é que há uma diferença de critérios muito grande entre as inaptidões de um piloto em Portugal e as inaptidões de um tripulante de cabine em Portugal. Acho que abissal a forma como são avaliados.
84	Entrevistador: Vamos agora para o último bloco de perguntas, relacionado com sugestões e considerações finais. Como antevê a evolução da Medicina do Trabalho na aviação, incluindo o impacto das novas tecnologias e das exigências operacionais?
85	MT 1: Não tenho capacidade técnica para responder a isso. Mas acho que a Medicina do Trabalho... Eu não quero dizer que os médicos do trabalho não têm cultura aeronáutica - não quero dizer isso - mas a grande maioria, de facto, não tem. Portanto, se não tiverem, vai ser difícil acompanhar as novas tecnologias. Essa é a minha opinião. Eu própria, se calhar, neste momento, também não tenho. Apesar de ser médica aeronáutica, são duas perspetivas diferentes. Muito diferentes.
86	Entrevistador: Existem estudos ou evidências científicas recentes que considere relevantes para melhorar as práticas médicas nesta área?
87	MT 1: Na área da medicina aeronáutica, sinceramente, não conheço nada. Mas acho que há alguns trabalhos publicados nos últimos tempos. Há trabalhos que foram publicados e apresentados no último Congresso Mundial de Medicina Aeroespacial, que foi no ano passado, na Aula Magna aqui em Lisboa. Veio gente de todo o mundo, não EASA: da Ásia, Canadá, Estados Unidos, Japão, China, Singapura, Hong Kong... havia montes de trabalhos. Se calhar, há coisas muito interessantes. Tive oportunidade de ler alguns resumos, mas acho que ainda estamos a dar os primeiros passos - sobretudo nesta área. Aliás, a primeira coisa que me agradou, de certa forma, é que já não se fala só em medicina aeronáutica, mas em medicina aeroespacial. Porque hoje em dia, com as novas tecnologias, assim o vão exigir: que seja considerada medicina aeroespacial.
88	Entrevistador: Que recomendações faria para reforçar a proteção e o acompanhamento dos Tripulantes afetados por inaptidão permanente?
89	MT 1: Essa é uma questão muito sensível. Porque é a mesma que se coloca para todos os outros trabalhadores de todas as outras áreas. E, tanto quanto eu sei, a única coisa que há são algumas associações, dentro das várias empresas, que vão acompanhando os trabalhadores quando têm um acidente e ficam com incapacidade definitiva - e nunca mais podem trabalhar naquela área. O que eu acho? Acho que ainda há muitos passos a dar antes de chegarmos aí. Mas essa é, definitivamente, uma questão muito importante. Porque estamos a falar de gente muito nova. Se até agora havia alguns acidentes incapacitantes - eu não faço ideia de quantos, perguntou-me há pouco - se eu sabia. Não sei. Não sei qual é a casuística em Portugal. E quanto a outros países, também não faço ideia. Mas acho que a postura dos próprios Tripulantes de antigamente era de muito maior resiliência do que a que vejo nas pessoas que estão a ser admitidas neste momento. Não sei se a cultura desta nova geração vai permitir que tenham a resiliência e a capacidade de adaptação às diferenças horárias, à privação ou re-adaptação do sono... todas essas exigências. E às próprias tecnologias, que há uns anos atrás não existiam. Não sei. Mas acho que não tenho capacidade - nem devo atrever-me - a responder a isso. Porque é uma coisa tão desafiante, e eu não sei.
90	Entrevistador: Última questão, Doutora. Muito obrigada pela sua entrevista. Qual considera ser o papel do médico do trabalho na transformação positiva das condições de saúde dos Tripulantes?
91	MT 1: Conhecer a empresa. E não lhe digo mais nada. Se eu lhe disser que nunca visitei as instalações da Companhia Aérea B. Acho que está tudo dito.
92	Entrevistador: Muito obrigada por estar aqui. Foi um prazer.
93	MT 1: O prazer foi meu. Obrigada por ter confiado em mim.

MA1 - MEDICINA AERONÁUTICA 1

1	Entrevistador: Doutor [...], muito boa tarde. Antes de mais, agradeço-lhe a autorização para a gravação da entrevista.
2	MA1: Com certeza. Obrigado.
3	Entrevistador: Então, vamos iniciar com a primeira questão: poderia apresentar-se e descrever a sua experiência na área da medicina aeronáutica?
4	MA1: Pronto. Sou médico de medicina aeronáutica. Sou diretor do Centro de Medicina Aeronáutica da UCS e trabalho na área da medicina aeronáutica desde 1999, como certificador desde 2008. Neste momento, tenho um segundo "chapéu" adicional, que é ser médico consultor da IATA.
5	Entrevistador: Muito obrigado. Diga-me, qual é o papel e a importância dos centros de medicina aeronáutica, designadamente os AeMCs, na avaliação da aptidão dos Tripulantes?
6	MA1: Neste momento, o papel é essencial, porque é um fator limitativo a nível até regulamentar. Os Tripulantes, na Europa, sob o regulamento da EASA, têm obrigatoriamente de realizar esta avaliação - tornou-se obrigatória há poucos anos - e, portanto, tem esse papel regulamentar desde logo. Depois, há a importância em termos de contribuição para a segurança da atividade aérea. E, quando contribuimos para a segurança da atividade aérea, estamos a contribuir também para a saúde das pessoas e vice-versa. Existe, portanto, esta interação entre o bom estado de saúde do tripulante e a segurança da operação aérea - estão interligados.
7	Entrevistador: Certíssimo. Quais são as principais normas e regulamentos internacionais que regem a avaliação médica periódica dos Tripulantes?
8	MA1: A avaliação, a nível de certificação, é regida pelo regulamento da EASA, no caso da Europa. A nível mais global, as entidades de referência temos a FAA, embora a FAA do que tenho conhecimento não tem regulamentações muito específicas como tem a EASA. Tem coisas muito definidas para pilotos e controladores de tráfego aéreo, mas não tem para os Tripulantes. A EASA tem um capítulo específico só para Tripulantes. Eu diria, do meu conhecimento, que talvez a regulamentação com mais impacto e que está mais estruturada simultaneamente - do que eu tenho conhecimento - é a da EASA, e é essa que se nos aplica, que está vertida na nossa legislação. Na nossa legislação, o outro aspeto legal que tem importância é a Lei Portuguesa do Trabalho. Isso também se aplica aos nossos tripulantes, mas por serem tripulantes portugueses em território português.
9	Entrevistador: E agora, a questão: essa regulamentação da EASA que está a referir tem a ver com o 1178/2011. Com a Part-MED do Cabin Crew?
10	MA1: É a Part-MED. Tem mesmo um subcapítulo, que já está identificado com "C", para <i>Cabin Crew</i> , com requisitos específicos para Cabin Crew.
11	Entrevistador: E em que medida o 27/2019...
12	MA1: ...eu sou péssimo com datas...
13	Entrevistador: Houve uma atualização ao 1178/2011, mais ou menos há uns 5 anos atrás, derivado do acidente de German Wings.
14	MA1: Exatamente. Sim, sim. Houve uma atualização do regulamento que colocou um enfoque acrescido, sobretudo, na parte da saúde mental e do álcool e drogas. Muitas coisas derivaram daí. Mesmo a obrigatoriedade, agora, dos testes de rampa que se fazem pela Europa fora, vieram daí. Mas, sobretudo, um grande enfoque na saúde mental e na questão dos <i>peer support groups</i> , que agora são obrigatórios, o acesso a eles. Portanto, isso vem daí. A regulamentação da Part-MED volta e meia sofre pequenas alterações. Houve agora uma pequena atualização, que entrou em vigor este mês de fevereiro, a 13 de fevereiro, mas que, eu diria, a nível dos Tripulantes, não teve nenhuma alteração significativa. Houve ali umas mudanças mais para pilotos, na parte cardiovascular, mas a grande alteração foi essa.
15	Entrevistador: Diga-me uma coisa: como a EASA regula a avaliação médica periódica dos Tripulantes e quais os critérios fundamentais que os Centros de Medicina Aeronáutica devem seguir? Isto é...os requisitos que os AeMCs devem cumprir incluindo infraestruturas, equipa médica qualificada e aplicação de critérios?
16	MA1: Não é possível responder em 15 segundos, mas basicamente está tudo, de facto, previsto no regulamento, em várias partes: na Part-MED, na Parte ORA, na Parte ARA. Portanto, está tudo... tem que se ir buscar. Mas de facto está tudo previsto. E há requisitos mínimos. Não pode ser qualquer consultório que se torne um centro médico aeronáutico. Tem vários requisitos a nível de estrutura, do tipo de médicos aeronáuticos que lá estão, da maneira como é feita, organizada, toda a gestão de <i>compliance</i> , <i>safety</i> , etc. Tem uma regulamentação relativamente pesada - como em tudo na aeronáutica, não é? - também se aplica aos centros de Medicina Aeronáutica.
17	Entrevistador: Como a regulamentação define a frequência e o tipo de exames médicos obrigatórios para os Tripulantes ao longo da carreira?
18	MA1: O que a regulamentação diz é que a frequência deve ser, no máximo, de 5 anos. Portanto, teoricamente, nós poderíamos dar uma periodicidade inferior, se se considerasse - o que nós fazemos na prática é ter os 5 anos como base. O que o regulamento da EASA determina é um intervalo de base de 5 anos. Depois, esse intervalo pode ser reduzido em circunstâncias que têm a ver com o contexto de saúde de cada tripulante. O tripulante, às vezes, tem uma patologia para a qual 5 anos é uma eternidade, não é, para rever essa patologia. Então, aplicam-se limitações que estão também definidas regulamentarmente, como, por exemplo, a TNL, que é a limitação de tempo, em que o tripulante tem de voltar a ser observado ao fim de 6 meses, de 1 ano, 2 anos... Isso depende do estado da patologia e do próprio tripulante. Mas a periodicidade máxima está definida como 5 anos, independentemente da idade. Os exames e os requisitos também estão definidos na Part-MED-C do regulamento. Assim, temos exames complementares que as pessoas devem realizar no exame inicial de cabine, que exige apenas uma análise de urina, um audiograma, um timpanograma e, se o tripulante tiver 40 ou mais anos, uma eletrocardiograma. Depois, tem de fazer toda a parte de história clínica, todo o exame físico, com um foco especial na parte auditiva e na parte visual. Nós, aqui, fazemos também a parte visual - inclusive, é feita ali na Oftalmologia

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

19	Entrevistador: Em que circunstâncias pode um tripulante ser submetido a uma avaliação extraordinária, fora do ciclo regular das avaliações médicas periódicas?
20	MA1: Foi isso que disse. Depende das intercorrências de saúde do tripulante que são altamente variáveis - é impossível dar uma resposta específica, não é? Imaginemos: temos um tripulante que acabou de ser diagnosticado com diabetes - se calhar, ele vai ter uma limitação de 6 meses. Vai ter de voltar dentro de 6 meses para confirmarmos que está bem tratado, está estabilizado, não está a ter efeitos secundários da medicação, como hipoglicemias, etc. Já um diabético com diagnóstico há 10 anos, perfeitamente estável, bem seguido - se calhar, tem uma limitação temporal de apenas 1 ou 2 anos, porque também não é necessário estar a vê-lo constantemente. Pronto, é muito em função da patologia
21	Entrevistador: Quais são as condições médicas mais frequentemente associadas à inaptidão permanente dos Tripulantes? Há padrões recorrentes entre os diagnósticos?
22	MA1: Ok. Isso está um bocadinho naquele estudo que lhe dei, embora o estudo já comece a ser um pouco antigo e esteja um pouco enviesado pelo contexto até sociolaboral da época, não é?
23	Entrevistador: 20 anos é muito tempo.
24	MA1: É muito tempo nestas coisas. Portanto, eu diria que agora, se voltássemos a repetir o estudo, provavelmente teríamos resultados diferentes. Não temos tido, nos últimos anos, assim, muitos casos de incapacidade definitiva a nível de certificação. Eu só falo da certificação - não vamos entrar na parte de Medicina do Trabalho, que não é a minha área. No entanto, eu diria, assim por extrapolação, que a tendência atual é que os grandes motivos de incapacidade definitiva vêm da área cardiovascular. E nos tripulantes, pode haver... nos Tripulantes é importante, às vezes, o componente de otorrino e o componente músculo-esquelético, não é? As lesões que as pessoas têm, ligadas ao esforço físico da atividade do tripulante, e pode advir daí. Mas eu diria que, em termos de incapacidade definitiva, irreversível e permanente, a área cardiovascular - cérebro vascular, talvez - fosse a mais importante. Dentro da realidade, porque apesar de tudo, nós notamos que, nestes últimos anos, não temos tido muitos casos de encurtamento involuntário da carreira por motivo médico definitivo. Às vezes há situações graves em que o tripulante tem que estar fora muito tempo - isso acontece - mas a interrupção definitiva, apesar de tudo, eu diria que é mais rara agora. Também porque o regulamento se tornou um pouco mais flexível. Isso tem a ver com a evolução do conhecimento médico, não é? Eu costumo dar este exemplo - nem se aplica diretamente aos tripulantes, mas aplica-se de forma ilustrativa aos pilotos: um piloto que tivesse um enfarte do miocárdio, até há uns anos atrás, acabava a carreira. Não havia hipótese de voltar a ser piloto. Neste momento, ao fim de seis meses, é possível recertificar. E nós temos vários casos em que isso acontece. E, portanto, por extrapolação também, um tripulante de cabine também o poderá fazer. Um tripulante de cabine tem sempre um componente adicional - mesmo na área cardiovascular - que temos de ter em conta, e que os pilotos não têm tanto: o componente de atividade física, e esse tem que ser levado em conta quer para o serviço quer para a segurança.
25	Entrevistador: Quais são as lesões físicas mais comuns que resultam na inaptidão permanente dos Tripulantes? E quais os fatores que mais contribuem para a sua gravidade?
26	MA1: Pois, as físicas... lá está, não tenho agora assim casos recentes que lhe possa dar. Mas o que me preocupa mais, nesta altura, até são lesões decorrentes, por exemplo, de acidentes ou incidentes com turbulência - que já houve, e continuam a haver por todo o mundo. Volta e meia há traumatismos muito graves. Estamos a falar, por exemplo, de coluna vertebral, de bacia, traumatismos cranianos, etc. Esses seriam, tipicamente, o tipo de lesões que poderiam levar à incapacidade definitiva. Não quer dizer que seja sempre o caso - não tenho agora nenhum exemplo concreto - mas, previsivelmente, é isso que posso dizer. Se for algo mais do foro do traumatismo craniano ou vertebral grave - eventualmente, traumatismo de bacia - isso, sim, preocupa-nos. As pessoas andarem ali a saltar de um lado para o outro pode ser realmente muito grave, e já tem havido casos.
27	Entrevistador: No âmbito da saúde mental, que transtornos psicológicos ou psiquiátricos são frequentemente identificados como impeditivos para o exercício da função de tripulante de cabine e como é feita a sua avaliação?
28	MA1: Aí sem dúvida são as perturbações depressivas e as perturbações de ansiedade ou um misto, que nós chamamos anglodepressivas, ansiedade e depressão. Não são tão raras assim na população geral e também não o são entre os tripulantes. E, nos tripulantes, pode ser agravada pelo facto de terem um estilo de vida muito errático, por obrigação profissional. Isso tem a ver com toda a questão dos horários, das rotações - tudo isso dá um baixo grau de previsibilidade à forma como as pessoas podem organizar a sua vida. Os padrões de fadiga são muito específicos da atividade aérea, etc. E tudo isso são fatores que se somam uns aos outros e que podem contribuir para este factor. Agora, eu diria que isso levar a uma incapacidade definitiva... não tanto. Lá está, também porque o regulamento evoluiu com a ciência médica. Hoje em dia, já conseguimos permitir que tripulantes voem mesmo sob medicação do foro psiquiátrico, desde que sem efeitos secundários e com a situação estabilizada. Isso já é possível. Tem, claro, muitas condições e restrições. Mas já é possível. Portanto, também não podemos dizer que um tripulante que teve uma depressão grave "acabou". Que vai ficar em casa e já não volta. Vai depender de muitos fatores. Pode acontecer, sim, mas não é tão provável como foi no passado. Hoje, é mais provável a pessoa conseguir regressar de alguma maneira.
29	Entrevistador: Existem faixas etárias ou um perfil específico de Tripulantes mais propensos a serem declarados inaptos permanentemente?
30	MA1: Acho que aqui há uma relação com a idade, sim. Quanto mais idade, mais probabilidade de isso acontecer, eu diria. Deixe-me só voltar atrás, para referir ainda a questão da parte da saúde mental: a fobia de voo, que é muito pouco falada, mas também existe nos tripulantes, ok? E esse é um fator importante e, às vezes, de resolução muito complexa, podendo levar a que a pessoa desista mesmo da carreira. Pode acontecer. Não é frequente - felizmente, senão teríamos os tripulantes todos incapacitados - mas pode acontecer, e é um problema aqui.
31	Entrevistador: Em relação à determinação da inaptidão: quais os principais critérios médicos que levam à determinação da inaptidão para o voo num tripulante de cabine?
32	MA1: Pois, no fundo é isso. É a irreversibilidade de uma situação clínica, ou chegarmos à conclusão de que, enquanto a pessoa estiver exposta ao ambiente de voo, esse contexto funciona - para usar um termo inglês - como um trigger, ou seja, um gatilho

	permanente para desencadear sintomatologia ou impedir que a pessoa fique bem. Se atingirmos esse ponto de não retorno, esse será o critério. Mas vai depender da patologia. A fobia de voo, se for especialmente grave, poderá ser um caso. Se, provavelmente, for o próprio voo a desencadear, e se não há possibilidade de curar a situação sem eliminar a exposição, então a única maneira de eliminar a exposição é a incapacidade.
33	Entrevistador: Existe uma lista de patologias que resultam automaticamente na inaptidão permanente ou cada caso é avaliado de forma subjetiva, com base na condição específica desse tripulante?
34	MA1: Cada caso é avaliado - não diria de uma forma subjetiva, porque há sempre um critério objetivo que se articula com o raciocínio clínico. Existem patologias que o regulamento refere à partida: esta pessoa, com esta patologia, neste momento, está inapta. Não diz que fica inapta para sempre, mas que, neste momento, fica inapta. Existe uma quantidade delas. Por exemplo, um enfarte do miocárdio: se um tripulante tiver um enfarte, fica inapto - não há hipótese. Agora, pode voltar mediante certas circunstâncias e, como disse, felizmente, hoje em dia a larguíssima maioria volta. Mas sim, existe uma série de patologias. Não é propriamente uma lista, mas está dispersa pelo regulamento. Por exemplo, a diabetes dependente de insulina, à partida, trava tudo - mas depois, em determinadas circunstâncias, conseguimos pôr a pessoa de volta ao voo. Complicado, mas consegue-se. Portanto, sim, há patologias que estão tipificadas; outras, de forma mais genérica. Por exemplo, uma patologia neurológica degenerativa implica inaptidão - mas não se diz que a patologia A leva à decisão A, porque é muito variável. Até porque, lá está, a ciência médica está sempre a evoluir, e um regulamento muito rígido, nas partes em que é demasiado específico, muitas vezes causa problemas - porque a medicina já evoluiu, mas estamos obrigados a seguir um item que já não faz sentido. Por isso, até é bom que os itens sejam um pouco mais latos, menos específicos - e isso é positivo.
35	Entrevistador: Até que ponto existe margem de flexibilidade clínica na avaliação da aptidão médica, em casos borderline, em casos marginais?
36	MA1: Depende do que é que se entende por flexibilidade. Não há flexibilidade para não cumprir o regulamento - o regulamento tem que ser cumprido. E também é importante que as pessoas saibam que o médico aeronáutico, tal como o tripulante, está obrigado ao regulamento. O médico aeronáutico também está obrigado ao regulamento, ou seja, não pode “olhar para o lado” e ignorar o que está à sua frente. Agora, onde é que existe flexibilidade? Precisamente com a utilização de ferramentas regulamentares - que são as limitações. À partida, pode parecer uma palavra negativa - “limitação” - mas, na minha opinião, é uma palavra positiva, porque é aquilo que, muitas vezes, permite colocar a pessoa de volta a voar, definindo condições claras e objetivas. Por exemplo, no caso dos tripulantes de linha aérea, não se coloca, mas existe uma limitação específica para Tripulantes em operações multi-crew, que não podem exercer em determinados contextos, como na aviação executiva, em que só há um tripulante de cabine - aí pode aplicar-se essa limitação. Ou então há limitações como a necessidade de ser observado com maior frequência. Ou, numa limitação mais comum: a obrigatoriedade de usar óculos, por exemplo. Portanto, sim, a flexibilidade vem daí - de podermos usar estes instrumentos regulamentares para, precisamente, permitir alguma adaptação sem comprometer a segurança.
37	Entrevistador: Em casos de doenças crónicas, como é feita a distinção entre uma condição controlável e uma que resulta em inaptidão permanente? Quais os fatores críticos para definir essa inaptidão?
38	MA1: O fator crítico, no fundo, é isso mesmo: a patologia tem que estar controlada, no sentido em que qualquer médico, independentemente de ser médico aeronáutico, possa dizer: “Esta doença está bem controlada, está estável, portanto, não está em deterioração.” Ou seja, não há uma deterioração da patologia. Outro critério importante é não haver agudizações imprevisíveis. Por exemplo: “Ok, está controlado, mas de repente pode acontecer alguma coisa que eu não consigo prever.” Essa é outra condição. E há ainda uma terceira, extremamente importante - que nem sempre é evidente logo à partida: a medicação que o tripulante esteja a fazer tem que ser aeronáuticamente aceitável e tem que estar isenta de efeitos secundários naquele momento. Por isso é tão importante que, quando se inicia uma medicação crónica, o tripulante esteja inicialmente “no chão” - precisamente para ser observado. Porque muitos desses efeitos secundários são imprevisíveis. Eu só os consigo avaliar naquela pessoa específica - devido à variabilidade genética, etc.
39	Entrevistador: Qual é o papel de uma junta médica ou de um painel de especialistas na análise de casos de inaptidão permanente, e qual o peso da sua decisão?
40	MA1: A junta médica - volto a referir, estamos a falar de certificação, convém sempre perceber que é outra coisa - neste momento, as juntas médicas, no contexto formal, só são feitas ao nível da ANAC, da autoridade. É a junta médica formal, e é precisamente para essas decisões de inaptidão definitiva. Tipicamente, a autoridade chama, pelo menos, um médico de um centro de medicina aeronáutica e, juntamente com o médico da própria autoridade, tomam a decisão em conjunto. No dia a dia, até chegar aí - e esses casos são uma minoria - não podemos chamar de juntas, porque não são juntas; o que fazemos são decisões colegiais, que às vezes informalmente chamamos de “junta”, mas que formalmente não o são. Ou seja, se tenho um caso borderline, um caso difícil, sem precedentes, etc., o que fazemos é tomar uma decisão em conjunto. Aqui no CMA temos uma equipa e, portanto, reunimo-nos para discutir o caso - lá está, para podermos introduzir esse tal elemento de flexibilidade, quando possível, mas garantindo que não depende apenas da opinião de um médico, que pode não ser a melhor ou mais certa. No fundo, serve como aferição da decisão - não são juntas formais, mas sim trabalho em equipa para uma decisão no dia a dia.
41	Entrevistador: Em relação à reavaliação médica e contestação de uma decisão dessas...
42	MA1: Isso está definido no regulamento, sim. A contestação está prevista no regulamento. Quando é dada uma inaptidão formal, a pessoa recebe um documento onde isso vem claramente indicado - é sempre contestável. Qualquer decisão, seja de um médico aeronáutico ou de um centro de medicina aeronáutica, pode ser sempre contestada junto da autoridade respetiva. Portanto, o tripulante pode dirigir-se à autoridade e ver o seu caso reavaliado. Isso é sempre possível. No caso de, mais tarde, haver uma junta médica da autoridade que tome uma decisão final de incapacidade permanente, aí eu diria que é muito difícil a reversibilidade dessa decisão, porque é uma decisão que desencadeia vários mecanismos - nomeadamente a nível da segurança social e outros - e torna-se muito difícil reverter. Quando chega ao nível da junta formal da ANAC. Mas a nível mais do dia a dia, ou seja, da decisão

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

	inicial por um médico aeronáutico ou por um centro, está mesmo previsto no regulamento que a pessoa pode sempre recorrer dessa decisão.
43	Entrevistador: Quais os passos a seguir? Ou seja, a pergunta que eu iria colocar antes de estar a desenvolver é: quando um tripulante recebe um diagnóstico que pode levar a uma decisão de inaptidão permanente, quais são os passos seguintes no processo de decisão?
44	MA1: Normalmente, isso é comunicado. O médico comunica, explica-lhe por que é que fica inapto, é formalizado com um documento e, se mesmo assim o tripulante achar que a decisão não foi a melhor ou não está certa, pode recorrer para a autoridade - a autoridade do país da sua licença.
45	Entrevistador: Portanto, há possibilidade de reavaliação médica ou reabilitação após a decisão de inaptidão definitiva, ou essa decisão é irreversível?
46	MA1: A reavaliação médica é sempre possível até chegar à inaptidão definitiva dada pela autoridade. A partir do momento em que é dada pela autoridade - eu não vou dizer que é irreversível, se calhar não é - mas, em termos práticos, é irreversível.
47	Entrevistador: Deixe-me só fazer uma pergunta que não estava contemplada, mas sendo o Centro de Medicina Aeronáutica, portanto, este AMC, mandatado pela autoridade, pela ANAC, para exercer, por assim dizer, a responsabilidade da execução dos serviços médicos.
48	MA1: E por isso nós damos a inaptidão definitiva - mas é uma inaptidão definitiva “entre aspas” - porque a autoridade fica sempre lá atrás, para ser uma segunda instância, um segundo <i>appeal</i> , digamos assim, e eu acho que está bem assim, porque senão realmente aquilo parava ali. E vamos lá ver, se me perguntar: é costume uma decisão, a nível de um centro, ser completamente revertida pela autoridade? Não, não é. Porque até, por um motivo, muitas destas decisões de incapacidade definitiva resultam de uma referência prévia à autoridade. Ou seja, o centro emite a sua opinião e pede a decisão final à autoridade. Portanto, à priori, se a autoridade já acha aquilo... agora, o que é que pode acontecer? É se passou algum tempo depois e por qualquer motivo imprevisível, haver uma melhoria que não se estava à espera. E aí é bom que o tripulante tenha essa possibilidade de ir à autoridade e dizer: “Ok, eu tive aquela inaptidão definitiva, tudo bem, mas agora tenho isto, tenho um dado novo”. E aí a autoridade revê - e é possível reverter. Mas aí a autoridade ainda não deu a tal... isto é como se... isto é um bocadinho dúbio, mas na verdade não é. Há uma primeira incapacidade definitiva, que é dada pelo centro, e depois há uma segunda incapacidade definitiva, dada pela autoridade, naqueles casos que envolvem junta. E essa é... porque é que essa é necessária? Porque é essa que desencadeia, depois, aquelas coisas todas que são precisas para seguros, para a segurança social, para essas questões todas, está a ver?
49	Entrevistador: Indo um pouco antes: depois, existe ainda a inaptidão dada pela Medicina do Trabalho, correto?
50	MA1: Não, mas isso é um sistema paralelo. Ou seja, o tripulante pode ter inaptidão na Medicina do Trabalho e não ter na certificação, e vice-versa. São sistemas paralelos, não comunicam entre si, e nenhum pode dizer ao outro o que fazer, digamos assim. Ok?
51	Entrevistador: Deixe-me só fazer esta pergunta - espero uma resposta sumária, porque já respondeu anteriormente: Existe algum mecanismo que permita ao tripulante contestar a decisão de inaptidão definitiva?
52	MA1: Pois... é isso. Pode sempre pedir à autoridade respetiva. Pode, primeiro, pedir ao centro, não é? Mas, quer dizer, quando o centro lhe dá uma incapacidade definitiva, isso já resulta de uma série de conversas que houve. Portanto, essa conversa já foi tida, não é? Então, se chegou ali, em princípio...
53	Entrevistador: Quer dizer em teoria é possível, mas na prática...
54	MA1: Não serve de nada, quer dizer, o passo seguinte seria a autoridade e, tipicamente, só passado algum tempo e com algum fator novo. Porque, em princípio, se for dado como inapto, quer dizer, não vai acontecer. A autoridade funciona aqui um bocadinho como os tribunais - é um supremo tribunal, digamos assim. Funciona assim, e ainda bem que existe, porque ninguém é dono da verdade. Mesmo um centro, mesmo com toda a decisão colegial, pode não tomar a melhor decisão. Portanto, é sempre positivo haver uma segunda instância. Mas é sobretudo para esses casos em que, apesar de tudo, passou algum tempo e aconteceu qualquer coisa de positivo que mudou tudo - e que não se estava à espera. E o tripulante diz: “Epá, mas agora, realmente, isto já não faz sentido.” Então pode recorrer, para isso. E a autoridade aí tem esse papel. Tipicamente, o que acontece é: se o resultado for positivo, a autoridade comunica ao centro e diz: “Ok, este tripulante pode retomar. Façam por favor o exame para o tripulante retomar o voo.”
55	Entrevistador: Existem casos em que o tripulante, inicialmente inapto, conseguiu recuperar a sua aptidão médica?
56	MA1: Sim, sim, sim. Tipicamente, como eu disse, aconteceu qualquer coisa, entretanto, posteriormente, que modificou todo o panorama para melhor e, portanto, com esses novos dados, a autoridade consegue decidir. Ou até pode nem chegar à autoridade - pode ser o tripulante a voltar ao centro e dizer: “Ah, agora tenho esta nova situação clínica”, e o centro pode dizer: “Ah, ok, realmente...” Então, até o próprio centro pode propor isso à autoridade. Aliás, não tem que ser necessariamente o tripulante - pode ser o próprio centro. Porque o centro ou o médico aeronáutico não tem nenhum interesse, à partida, em que o tripulante fique apto ou inapto. Aliás, se houver algum interesse, à partida, até é no sentido de que o tripulante fique apto - porque as coisas avançam, o processo segue em frente. E, por isso, sempre que vemos uma possibilidade, temos gosto profissional em ajudar o tripulante a recuperar essa capacidade. É um desafio que também nos interessa, desse ponto de vista. Ao contrário, talvez, daquela ideia que alguns tripulantes têm - e, se calhar, mais os pilotos do que os Tripulantes - de que “o médico está ali para tirar licenças”. Mas, na verdade, esse não é o nosso enfoque. O que procuramos sempre é ver onde é que é possível manter a segurança e, apesar de tudo, permitir que a pessoa continue a voar.
57	Entrevistador: E outra questão também, que já de alguma forma foi respondida, mas que necessito fazer: de que forma a regulamentação atual garante que a decisão de inaptidão permanente é justa e baseada em evidências médicas concretas?
58	MA1: Pois, isso é assim: a regulamentação está sempre atrás da realidade, não é? Porque, cada vez que sai um regulamento, entretanto as coisas avançam, e os regulamentos levam sempre um tempo a ser atualizados. Por isso, a forma é precisamente

	aquelas partes do regulamento que não são excessivamente específicas, que preconizam ações mais gerais e que nos permitem, precisamente nessa generalidade, introduzir o que houver de novo. Este exemplo que dei - do enfarte, da depressão, da patologia psiquiátrica desse foro - o regulamento não diz que sim, não diz que não. De facto, é isso, e isso permite, na interação com a autoridade, conseguirmos aprovação para as pessoas voltarem ao voo.
59	Entrevistador: A determinação de uma limitação médica, seja de ordem física ou mental, implica automaticamente inaptidão definitiva para o voo no caso dos tripulantes?
60	MA1: Não, não. Não implica automaticamente. Precisamente essa limitação - a limitação médica - pode determinar limitações no certificado que acomodam essas outras limitações e que permitem voar com aquelas restrições.
61	Entrevistador: É possível um tripulante de cabine continuar a desempenhar funções com determinadas limitações médicas identificadas por um gabinete de medicina aeronáutica?
62	MA1: Sim, é possível, é possível. Por exemplo, um caso extremo: uma pessoa com perda de audição, mas que funciona com aparelho auditivo - tem uma limitação, não é? A limitação é muito importante, porque a audição, para os tripulantes, é extremamente importante em termos de segurança. Eu posso definir, o regulamento dá-me aso a eu definir, que este tripulante pode voar desde que use este aparelho auditivo aprovado. Mas tem que usar, não é? Essa é a limitação para ele em termos aeromédicos.
63	Entrevistador: Uma questão. Uma decisão judicial que atribua a incapacidade permanente parcial a um tripulante de cabine, resultante de um acidente de trabalho, significa necessariamente a sua inaptidão definitiva para o voo?
64	MA1: Essa é uma boa pergunta, porque já se tem levantado na prática. Não, não significa necessariamente. Embora, quando é uma percentagem de incapacidade muito elevada, seja um bocadinho difícil conciliar uma incapacidade muito grande com a atividade - mas não, não significa necessariamente, porque a incapacidade que é atribuída a esse nível é a incapacidade do foro laboral, em termos de condições e exigências para a pessoa exercer o seu trabalho, proteção da sua saúde, etc. Se a pessoa, mesmo assim, quer voar e cumpre os requisitos que o regulamento prevê, é possível ter algum grau de incapacidade desse foro e, ainda assim, estar a voar. Desde que a distância [entre a limitação e os requisitos mínimos] não seja muito grande, não é? Até porque muitas vezes essas incapacidades que existem - e isso tem muito a ver com a lei portuguesa, que não existe noutros países, depende - são mais simbólicas, digamos, para compensar a pessoa por algo que foi subtraído em termos do seu capital de saúde. Ou seja, quando se diz que a pessoa teve um acidente e ficou com 10% de incapacidade, se calhar a pessoa faz tudo, mexe tudo, não é? Mas se calhar ficou sem uma falange, e é uma coisa até mais estética do que funcional. E a nossa legislação prevê uma certa compensação, porque isso entra nos seguros, nas pensões, etc. E o regulamento aeronáutico não está nessa "guerra", digamos assim. Por isso, é possível haver um desacerto.
65	Entrevistador: Outra questão que não estava aqui contemplada: sendo que Portugal - ou a lei portuguesa - ou a própria Constituição, deve obediência à legislação europeia, a regulamentação EASA prevê uma forma diferente de estar. Isto é, prevê que um tripulante, com uma limitação de 2, 3, 4% definida por um tribunal, possa...
66	MA1: A regulamentação está completamente ao lado desse tipo de decisões. Embora a regulamentação europeia esteja vertida para a lei portuguesa - ela tem uma tradução em português, nós nunca usamos o exame original em inglês [mas temos, porque às vezes a tradução demora algum tempo a surgir] - ela está vertida para a nossa lei. Agora, elas não bebem uma da outra, portanto, não há nada no regulamento que diga que se refira especificamente a incapacidades atribuídas por tribunais, porque - lá está - os critérios e a motivação para isso não são exatamente os mesmos. Podem ser, só, lá está, uma compensação para poder...abrir as portas para que o tripulante tenha uma compensação financeira por algo que perdeu ou por um prejuízo que teve. O regulamento EASA não tem a ver com esses aspetos.
67	Entrevistador: Existe uma estatística sobre o número de tripulantes que se tornam ináptos anualmente. Pode-me indicar no valor absoluto, para os últimos 10 anos, por exemplo?
68	MA1: Não não posso. Infelizmente não posso. É um estudo que devia ser feito.
69	Entrevistador: Isto é muito interessante, porque eu tenho conhecimento - já fiz algumas entrevistas - 15 entrevistas a tripulantes inaptos permanentemente, em 30. Eu tenho conhecimento de 30 neste momento, por isso é que fiz esta pergunta.
70	MA1: Sim. E aí talvez os colegas da Medicina do Trabalho possam ajudar. Na Medicina do Trabalho, porquê? Estou a pensar no caso dos Tripulantes, porque, às vezes, os tripulantes têm incapacidade definitiva na Medicina do Trabalho, não é? Deixam e abandonam a companhia, mas isso não é comunicado aqui à certificação, porque eles não precisam do certificado mais, não é? E então, se o seguro deles não exigir a inaptidão do lado da certificação, eles não precisam de nos comunicar e, portanto, há muitas incapacidades que são em sede de Medicina do Trabalho que nunca chegam aqui à certificação, porque o tripulante deixa de vir, pura e simplesmente já não volta. Já no caso dos pilotos, não é costume, porque o seguro deles mete sempre uma cláusula de cessação - penso eu, enfim, pelo que sei - uma cláusula que tem a ver com a incapacidade ao nível regulamentar, ao deixarem de ter o certificado.
71	Entrevistador: Ia fazer-lhe uma pergunta à qual não vai conseguir responder quase de certeza: consegue indicar a percentagem estimada de Tripulantes que são declarados inaptos permanentemente, em relação ao total de avaliações médicas realizadas anualmente?
72	MA1: Não sei se é assim tão fácil dizer, mas há de ser muito pequeno - inferior a um por cento, seguramente, inferior a um por cento. Mas repito, para ter uma ideia estatística melhor, é a Direção de Saúde e Segurança, a parte da Medicina do Trabalho, porque são eles que têm essas incapacidades, que depois já não chegam aqui. Aliás, o trabalho que eu fiz na altura foi numa altura em que a co-autora, era diretora da Medicina do Trabalho, portanto foi graças à conjugação desse tipo de dados, porque senão não conseguia ter esses dados.
73	Entrevistador: Tem observado o aumento ou uma diminuição dos casos de inaptidão permanente nos últimos anos?
74	MA1: Não, não identifico assim. Pronto, repito, não tenho um estudo objetivo para lhe dar - é uma boa ideia. Mas não identifico uma tendência. Diria que não.

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

75	Entrevistador: Em relação à última parte da nossa entrevista que diz respeito aos desafios e melhorias na aplicação das normas. Adaptação das normas - há desafios na harmonização das diretrizes médicas da EASA com regulamentos nacionais da ANAC?
76	MA1: Não. Porque o regulamento é vertido <i>ipsis verbis</i> , por tradução, para a legislação portuguesa. Não é suposto haver, a menos que haja um lapso de transcrição. Agora, o que pode haver é a tal dissociação com o que se passa do lado da lei do trabalho - que corre em paralelo. Aí sim.
77	Entrevistador: A regulamentação atual cobre adequadamente os desafios da avaliação médica dos Tripulantes, ou existem áreas que precisam de revisão?
78	MA1: Bom, eu acho que o atual está razoável. Tem sempre pequenas coisas, mas acho que está razoável porque não está demasiado prescritivo, no caso dos tripulantes - dá alguma margem, maior, para introduzirmos alguma flexibilidade na avaliação caso a caso. Portanto, eu não identifiquei problemas grandes. Não está perfeita, de forma nenhuma, tem sempre partes "gagas" - como em tudo - mas não está propriamente problemática.
79	Entrevistador: Há novas doenças ocupacionais ou condições médicas emergentes que deveriam ser bem mais regulamentadas na aviação?
80	MA1: Não sei se precisamos de mais regulamentação, porque acho que adicionar regulamentação muito específica para patologias muito específicas parece, à primeira vista, uma boa ideia - ok, para proteger as pessoas - mas depois tem, quase de certeza, um efeito secundário, que é rigidificar as coisas quando o tripulante precisa, quer voar, e pode acabar preso a um item de regulamento que foi pensado em termos genéricos para proteger as pessoas, mas que não foi pensado para as exceções. E depois, o que acontece na prática é que as exceções são muitas, sempre - cada tripulante tem a sua situação, muito pessoal e particular. Portanto, eu diria que não vejo grande vantagem em tornar as coisas ainda mais específicas. Por esse motivo, acho que depois se perde essa flexibilidade.
81	Entrevistador: Eu estava a pensar que, quando eu perguntei, estava a pensar na questão emergente dos fumos - portanto, dos fumos e odores - que têm acontecido nos últimos anos.
82	MA1: Ok, isso é uma questão diferente. Isso não existe como patologia, embora saiba que existe a designação de síndrome aerotóxica para isso. Não é uma designação, ao contrário do que se pode pensar, oficial; não é uma patologia que exista como tal. Eu não posso identificar essa patologia como uma causa de ok? Agora, pode haver coisas associadas que derivem daí, que a pessoa possa ter, mas isso é muito variável. Pode ser desde coisas, desde perturbações de ansiedade a outras situações, de irritabilidade de vias aéreas, etc., mas não há uma patologia propriamente dita. E, novamente, já agora, caso houvesse, e se fizesse uma coisa muito restritiva sobre isso, ia ser um problema muito grande para os tripulantes, porque, de repente, é assim: então, cada vez que houvesse uma patologia ou uma sintomatologia, os tripulantes tinham que ficar inaptos. Não sei se é exatamente isso que os tripulantes pretendiam, pois também não pode ser à escolha do tripulante, não é? "Ah, eu neste episódio não quero ficar inapto, por isso, só para aquilo... mas ah, este já quero ficar." Quer dizer, não ia poder ser isso. Isso ia introduzir - acho que não era bom para os tripulantes - assim, numa primeira análise. Se, não é? Isto é um cenário absolutamente abstrato.
83	Entrevistador: Que recomendações faria para melhorar os processos médicos de avaliação de Tripulantes na aviação comercial?
84	MA1: Eu acho que...recomendações a nível de avaliação...eu acho...
85	Entrevistador: Desculpe interromper...aquilo que na sua ideia gostava de fazer, mas ainda não lhe foi possível...
86	MA1: Ok. Ok. Não, não tenho assim uma grande coisa, muito sinceramente. Acho que, apesar de tudo, as coisas têm-se movimentado no caminho certo. Por exemplo, o maior enfoque que agora há na saúde mental vem pelas razões erradas, não é? como disse bem, veio do <i>German Wings</i> , mas era necessário, e eu acho que agora o regulamento já acomoda isso muito mais. Antes, era quase como se não existisse - era só para aqueles casos extremos, não é? A pessoa estava psicótica, não sei quê. Eu acho que essa direção, e nós temos esse maior enfoque nesse tipo de avaliação...o que eu gostava mesmo de ter, e que ainda não existe - um dia há de haver - eram instrumentos médicos objetivos para a avaliação da saúde mental, isso seria...é o que nós precisamos. Mas isso não existe na medicina neste momento, não é? Eu acho que, quando existir, a medicina aeronáutica vai ser dos primeiros interessados e dos primeiros beneficiados, porque isso faz-nos muita falta. Como é que avaliamos a saúde mental de uma pessoa, não é? Tem demasiados fatores subjetivos, é extremamente complexo e difícil, há muitas discussões em todo o mundo, e nós não chegamos a nada de muito palpável. Vamos melhorando, vamos sempre a andar para a frente. Eu diria até que a coisa mais importante na saúde mental que aconteceu - e que pode acontecer - nem é tanto os médicos e a avaliação médica, é a questão dos <i>Peer Support Groups</i> , dos quais eu sou, desavergonhadamente, partidário. Acho que têm um valor incrível. Há muita experiência com os pilotos, felizmente agora também se pensa no âmbito dos Tripulantes, e acho que têm um valor incrível em termos de ate de prevenção - de que coisas pequenas se transformem em coisas maiores - e de identificação precoce, quando é mesmo um problema... porque esses problemas beneficiam muito de uma identificação precoce. Portanto, a minha recomendação é até mais aí, e por isso eu até mesmo na consulta, muitas vezes, falo disto com os tripulantes - dos <i>Peer Support Groups</i> - quer do ponto de vista de poderem utilizar, quer do ponto de vista de, se você acha que tem esse perfil, voluntarie-se, porque isso é muito importante. E aí não são os médicos, são mesmo os próprios tripulantes. Porque é muito importante esta coisa da experiência comum. É uma experiência comum que faz ressonância. Nós podemos estudá-la e estar em contacto com ela, mas quem lá está é quem lá está - é sempre diferente - e isto para a saúde mental é crucial. Então, a minha recomendação, vou fazê-la um bocado ao lado, mas a minha recomendação é mais <i>Peer Support Groups</i> .
87	Entrevistador: Doutor algo que queira acrescentar que eu não tenha não tenha referido?
88	MA1: Não. Acho que foi muito exaustivo.
89	Entrevistador: Muito obrigado pela sua colaboração.

MA2 - MEDICINA AERONÁUTICA 2

1	Entrevistador: Muito bom dia, Dr. [...]. Antes de mais, agradeço-lhe a participação nesta entrevista. Peço-lhe autorização para a gravação da entrevista, posso?
2	MA2: Pode, pode.
3	Entrevistador: Deixe-me só chegar para aqui, para que fique gravado com a minha voz também. Para a transcrição é muito mais fácil. Bom, começando aqui pela primeira questão: poderia apresentar-se e descrever, sumariamente, a sua experiência na área da medicina aeronáutica?
4	MA2: A minha experiência já vem de longa data, porque eu fui médico da Força Aérea durante 30 anos e estive no Centro de Medicina Aeronáutica a maior parte desse tempo, desde 75 até 2000, por volta de 2000 ou 2005. A maior parte do tempo foi no Centro de Medicina Aeronáutica, embora tenha estado também na Direção de Serviço de Saúde da Força Aérea. Mas foi, fundamentalmente, a parte da medicina aeronáutica que tenho tido durante todos esses anos. Fiz o curso avançado de medicina aeronáutica nos Estados Unidos. Fiz o básico em Paris, há muitos anos, em 1973. O avançado foi posteriormente. E depois tenho feito medicina aeronáutica ainda fora da Força Aérea, através da APLA, Associação de Pilotos de Linha Aérea, e depois ligado também à ANAC, Autoridade Nacional de Aviação Civil. Durante todos estes últimos anos, a minha experiência na área é muito longa.
5	Entrevistador: Um enorme contributo. Qual é o papel e a importância dos Centros de Medicina Aeronáutica na avaliação da aptidão dos Tripulantes?
6	MA2: Como de resto já deve saber, a parte da medicina aeronáutica é um ramo muito especial, que tem a ver com a aptidão dos pilotos, do pessoal navegante e dos Tripulantes. Em relação aos Tripulantes, é menos exigente do que para os pilotos, como facilmente se percebe, mas tem muito a ver com o meio em que os tripulantes vivem - ou melhor, trabalham - um meio rarefeito e sujeito a variações de pressão significativas e com turbulência. E, portanto, há que ter em conta todos esses fatores, para que os tripulantes não sofram de grandes problemas físicos ou psíquicos. Uma vez que, dentro dessa mesma área, eles podem ser afetados por várias situações, tanto físicas como psicológicas - medo de voar, acidentes ou incidentes aeronáuticos. E, portanto, há que ter em conta que os tripulantes têm que ter uma compleição física e psíquica à altura de poder desempenhar bem o seu papel. Isso, por vezes, limita um pouco a atividade dos tripulantes, especialmente na parte do otorrino e na parte musculoesquelética. Mas, fundamentalmente, é por isso.
7	Entrevistador: E, nesse sentido, a importância desses centros, em relação a essas condições de trabalho, são importantes na medida da certificação correta?
8	MA2: Sim, a certificação tem que ser feita ou pelos Centros de Medicina Aeronáutica, ou pelos Aero-Medical Examiners [AME's], ou também - em alguns países, em Portugal isso não acontece - por médicos de medicina geral e familiar. Mas, em Portugal, só os AME's e os Centros de Medicina Aeronáutica é que têm feito a avaliação dos Tripulantes, uma vez que os médicos de medicina geral e familiar não estão muito familiarizados com a problemática da aviação e das alterações que sofrem os tripulantes.
9	Entrevistador: Quais as principais normas e regulamentos internacionais que regem a avaliação médica periódica dos Tripulantes?
10	MA2: Em termos internacionais, varia consoante a parte do mundo. Na Europa, temos a EASA, que é a autoridade que regula a parte médica dos Tripulantes e da aviação em geral. Noutros países varia muito. Nos Estados Unidos, é a FAA - creio eu - que regula a atividade das tripulações de cabine.
11	Entrevistador: No caso da EASA, particularmente, nós estamos sob a sua alçada.
12	MA2: Na Europa, portanto, são os regulamentos...primeiro era a JAA, depois passou para a EASA e, atualmente, existe um regulamento próprio, que é facultado - ou melhor, que os centros têm - e que nós seguimos mais ou menos à risca, tirando, às vezes, situações que não entram bem nos critérios que estão definidos e em que temos que procurar, com bom senso, limitar a atividade ou não dos tripulantes.
13	Entrevistador: Está a referir-se a algum regulamento particular da EASA?
14	MA2: Por exemplo, se um indivíduo tem algumas dificuldades de visão, mas que não estão na tabela, a gente tem que extrapolar para o pessoal de cabine. Por exemplo, em relação à visão das cores: não é tão exigente como para os pilotos, mas, de qualquer modo, não deixa de ter alguma exigência. E, portanto, aí temos que procurar conciliar com bom senso essas situações. Assim como acontece com a parte musculoesquelética - a mesma coisa. Se o indivíduo tem um problema mínimo, também não vamos valorizar isso em termos de aptidão para a sua atividade. Ou mesmo a parte do otorrino - a mesma coisa. A parte do otorrino é, fundamentalmente, a equalização das pressões nos ouvidos, para que não haja barotraumatismo. Se o tripulante ouve mais ou menos bem... - desculpe, estou constipado - se o tripulante de cabine ouve bem e existe uma variação muito grande entre o muito bom e o razoável. Mesmo a parte da legislação não impõe limites muito rígidos nesse aspeto. Impõe limites mais propriamente na equalização das pressões e, portanto, para evitar os barotraumatisms.
15	Entrevistador: Como é que a EASA regula a avaliação médica periódica dos Tripulantes e quais são os critérios fundamentais que os CMA's devem seguir, ou os EMA's de cada país?
16	MA2: A legislação da avaliação dos Tripulantes é feita com um exame inicial e, depois, de 5 em 5 anos, se não houver quaisquer problemas. Se houver alguma situação que impeça, ou melhor, coloque alguns problemas em relação aos 5 anos, o médico aeronáutico tem autonomia para decidir se é 1 ano, se é 2 anos, se é 3 anos, se é 4 anos. Em função disso, depois decide. E depois são vistos novamente nessa área que levantou alguns problemas, ou outra que possa surgir. Mas o normal é de 5 em 5 anos, e é a legislação que se mantém a esse respeito.
17	Entrevistador: Leva-me à questão que eu iria colocar a seguir: como é que a regulamentação define a frequência e o tipo de exames médicos obrigatórios para os Tripulantes ao longo da carreira?

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

18	MA2: Isso é um critério clínico e, portanto, o médico pode ser mais exigente ou menos exigente. Mas, se for uma situação que esteja já definida, tem que procurar fazer os exames dentro dessa área e, portanto, pode mandá-lo vir ao fim de um ano para ver se está tudo na mesma, se melhorou ou se piorou. E, se melhorou, pode tirar as limitações de ser anual ou bienal. Ou pode aumentar a frequência. Normalmente, o máximo que se coloca é um ano, porque se a pessoa não está apta para voar durante um ano, também não estará apta para voar mais tempo.
19	Entrevistador: Em que circunstâncias um tripulante de cabine pode ser submetido a uma avaliação extraordinária, fora do ciclo regular dessa avaliação periódica?
20	MA2: É da responsabilidade do tripulante de cabine a sua situação clínica, a sua situação médica. Não há, pelo menos que eu tenha conhecimento, qualquer indicação para o médico, por sua iniciativa, chamar um tripulante de cabine. Portanto, o tripulante de cabine, se tem algum problema, recorre ao médico privado, ou ao médico do Serviço Nacional de Saúde, ou recorre ao AME. Ou, se a empresa para quem ele trabalha nota que há algum problema, pode sugerir que o tripulante seja visto por um médico de medicina aeronáutica.
21	Entrevistador: Em relação ao diagnóstico e à determinação da inaptidão, quais são as condições médicas mais frequentemente associadas à inaptidão permanente dos Tripulantes? Há padrões recorrentes entre os diagnósticos?
22	MA2: Não são muito frequentes as situações de inaptidão definitiva nos Tripulantes. Eu tenho algumas que já vinham de anteriormente, que levantam problemas normalmente médico-legais com as companhias de seguros. Mas, o que nós analisamos a avaliação de um tripulante de cabine é a função não é propriamente a doença. Porque o indivíduo pode ter uma doença e estar perfeitamente apto para voar como tripulante de cabine. Às vezes há pequenas situações que, para o cidadão comum, não parecem impeditivas de voar, mas que podem sê-lo. Se essa situação funcional se mantiver e trazer problemas, é um caso de inaptidão para o voo. Por exemplo, as situações de otorrino, que às vezes aparecem, e as situações músculo-esqueléticas, porque o tripulante de cabine faz a sua vida toda praticamente de pé, com a instabilidade do avião, normalmente com turbulências, e, portanto, muitas vezes o tripulante queixa-se da parte muscular, da parte das articulações - e é aí que, às vezes, leva a que sejam considerados inaptos ao fim de muitos anos. Se houver algum fator externo, não relacionado com o voo, também pode ser considerado inapto - um acidente de viação que possa acontecer e que a pessoa fique limitada. Depois é feita a avaliação para ver se tem ou não condições para voar. Normalmente, uma das coisas que é muito importante para a avaliação dos Tripulantes é realmente a parte funcional. E é isso que se tem que avaliar e perceber: quais são as funções que o tripulante de cabine desempenha no avião. Não é só andar a servir chá, café ou laranjada, mas tem muito a ver com a parte da segurança de voo, da assistência aos passageiros em caso de turbulência, da assistência em caso de doença dos passageiros e nas evacuações. É mais essa parte que muitas vezes não se tem em conta - ou melhor, que as pessoas que não conhecem o meio não têm ideia - e é fundamental que os tripulantes estejam em condições físicas e psíquicas para uma situação desse tipo. Há outras situações que já me aconteceram a mim. Um tripulante que teve uma situação de depressurização - o tripulante ficou em pânico, com ansiedade, e acabou por ser dado como inapto, porque não tinha condições para voar. Tinha medo de voar, e, portanto, não tem condições para ser tripulante de cabine.
23	Entrevistador: Quais são as lesões físicas mais comuns que resultam na inaptidão permanente dos Tripulantes e quais os fatores que mais contribuem para a sua gravidade?
24	MA2: Não é uma coisa que a gente possa dizer assim: é isto que é fundamental. Vamos lá ver se...
25	Entrevistador: Temos falado das questões músculo-esqueléticas, e acabou por me falar de questões mentais agora...existe alguma pré-condição, por exemplo, no exercício das funções, que contribua para a gravidade ou para o surgimento de eventos desta natureza?
26	MA2: Não, não há assim nada. Se o indivíduo estiver perfeitamente bem... há os acidentes de trabalho, mas isso não faz parte da situação, uma vez que esses acidentes podem acontecer em qualquer profissão. Nesta aqui, desde que esteja tudo bem, desde que o indivíduo não tenha quaisquer lesões anteriores, em princípio não há razões para que seja causa de inaptidão. As causas de inaptidão mais frequentes nesse tipo de coisa são a parte do otorrino - aí podem surgir mais facilmente problemas. Da parte musculoesquelética, não há assim nada de especial: se a pessoa tiver uma compleição física normal, se não tiver obesidade, se não tiver quaisquer doenças antecedentes ou quaisquer problemas anteriores, faz a sua vida normal sem precisar de ter alguma inaptidão, seja temporária ou mesmo definitiva.
27	Entrevistador: No âmbito da saúde mental, que transtornos psicológicos ou psiquiátricos são frequentemente identificados como impeditivos para o exercício da função de Tripulante de Cabine e como é feita a avaliação médica?
28	MA2: A avaliação médica é feita na entrevista que o médico realiza com o doente, procurando saber os antecedentes pessoais e familiares do foro mental. Depois, se há dúvidas - ou seja, se o tripulante já tem antecedentes e tem sido seguido com alguma regularidade, ou pelo menos se foi seguido - por um psicólogo ou um psiquiatra, pede-se uma avaliação psicológica ou psiquiátrica nessa altura. E pedem-se os relatórios, os outros relatórios, do médico ou do psicólogo que seguiu esse tripulante. Em função disso é que se decide se a pessoa tem ou não condições para voar. Não há uma... vamos lá ver... há situações em que é muito recorrente a pessoa dizer que tem depressões ou que esteve deprimida. Mas, propriamente, um diagnóstico de depressão profunda é impeditivo. Uma situação de esquizofrenia, como é lógico, também é - não tem condições para ser tripulante de cabine. Mas, normalmente, essas pessoas já não vêm ter connosco, porque já sabem que são provavelmente eliminadas e, portanto, não nos aparecem. Aquelas situações que são frequentes são situações banais, mas que depois não se traduzem em inaptidão nenhuma. Se houver antecedentes, nomeadamente de violência doméstica, é mais complicado fazermos a avaliação e, então, pedimos o apoio da psiquiatria para nos dar relatórios sobre isso. Mas não é uma área assim muito... muito frequente, de ser invocada para se propor uma inaptidão definitiva.
29	Entrevistador: Existem faixas etárias ou perfis específicos de Tripulantes mais propensos a serem declarados inaptos permanentemente para o desempenho da função?
30	MA2: Não, não vejo assim nenhum perfil especial para isso.
31	Entrevistador: Nem uma faixa etária?

32	MA2: Vamos lá ver...uma faixa etária. Assim, isto é sempre relativo. Porque uma pessoa com 18 ou 20 anos, que é quando normalmente concorre, a aptidão física - já nem falo da psíquica - mas a aptidão física é muito superior à de uma pessoa de 40 ou 50 anos. Podemos considerar que, quanto mais velho for o tripulante, maior a probabilidade de ter algumas mazelas que limitem a sua atividade. Podemos dizer que, a partir dos 30 ou 40, a probabilidade é muito maior de surgirem algumas limitações do que num indivíduo com 20 anos. Embora tenhamos Tripulantes com 50 anos - e até com mais, mas já não é tão frequente.
33	Entrevistador: Quais são os principais critérios médicos que levam à determinação da inaptidão permanente para o voo num tripulante de cabine?
34	MA2: Os critérios médicos... vamos lá ver... em função da funcionalidade do tripulante, das suas condições funcionais, não há, propriamente, critérios médicos para definir isso. Nós regemo-nos pelas regras da EASA, onde estão especificadas as situações que podem levar à inaptidão, e é com essa base que trabalhamos. Não temos, propriamente, critérios próprios para dizer: "Este indivíduo não pode voar", ou "Este pode voar". Não. Nós temos que seguir sempre o que está escrito internacionalmente. Porque, se não fosse assim, seria uma confusão muito grande e levaria a situações subjetivas que não se podem ter em conta. Mesmo assim, já é difícil - com as regras que estão definidas - estabelecer um critério. Se não houvesse critério nenhum definido, então seria ainda mais difícil.
35	Entrevistador: Existe uma lista de patologias que resultam automaticamente na inaptidão permanente, ou cada caso é avaliado de forma subjetiva, com base na condição específica do tripulante?
36	MA2: Cada caso é avaliado na sua situação específica. A inaptidão - quer dizer, a inaptidão posterior ao início da carreira como tripulante - é diferente das inaptidões a priori. Porque, nas inaptidões a priori, há a lista da EASA que nos diz: "Olhe, um indivíduo com isto é inapto", "Isto é apto"... Se aparecer posteriormente, é avaliado sob o ponto de vista clínico, se tem ou não tem condições para continuar a voar. Como disse, é fundamentalmente o aspeto funcional que nos interessa. Não é propriamente - imaginemos, por exemplo - uma pessoa que, no decurso da sua vida, desenvolve um tumor maligno, mas que está num estágio ainda baixo. Uma pessoa que tem todas as condições para continuar a ser tripulante de cabine. E não é impeditivo de voar. Porque entra-se sempre em linha de conta com a hipótese de haver um acidente em voo - um acidente médico - e, portanto, desde que não haja essa perspetiva, pode fazer a sua vida normal, desde que esteja bem, que se sinta bem. Claro que pode colocar-se o problema dessa pessoa psicologicamente não estar em grandes condições - pode acontecer - mas não é uma razão para uma inaptidão definitiva. Pode exercer as suas funções sem grandes problemas.
37	Entrevistador: Até que ponto existe margem de flexibilidade clínica na avaliação da aptidão médica em casos borderline, em casos marginais?
38	MA2: Eu acho - e faço isso da minha parte - que o bom senso é muito importante. Acho que é fundamental não sermos radicais. Nem radicais de deixar passar tudo, nem radicais de cortar logo à primeira. Portanto, é o bom senso que predomina aí. E, depois, há a discussão do caso com outros colegas, ouvir a opinião de outros médicos, para não estarmos aqui a ser demasiado taxativos.
39	Entrevistador: Em casos de doenças crónicas, como é feita a distinção entre uma condição que é controlável, como acabou de dizer, e uma que resulta na inaptidão permanente? Quais são os fatores críticos para definir essa inaptidão?
40	MA2: A questão fundamental - voltando ao que já foi dito - é a funcionalidade. Porque, como eu estava a dizer, o indivíduo pode estar em perfeitas condições funcionais e ter uma doença grave. Mas, desde que essa doença grave não impeça a função, faz a sua vida normal como tripulante de cabine. Não há, propriamente, uma coisa que se possa rotular e dizer: "Olhe, tem isto - é inapto definitivamente." Embora possamos lembrar-nos de alguns casos, assim de cabeça, não há nenhum exemplo absoluto. Mesmo nos pilotos, essa situação por vezes não se coloca. Há pilotos a voar com situações médicas relativamente complicadas, mas que podem continuar a voar. Depois, temos as limitações que podemos impor para restringir algumas situações - mesmo nos pilotos e nos tripulantes - como os tempos de TML [tempo máximo de licença] para fazerem inspeções mais periódicas, em vez de ser de 5 em 5 anos. Ou algumas limitações que possam ser impostas, como, por exemplo, o uso de óculos - ou algo do género. Pode fazer uma cirurgia ocular e ficar perfeitamente apto, e continua a voar. Ou pode ter de usar óculos e também pode continuar a voar com correção ótica.
41	Entrevistador: Qual é o papel de uma junta médica, ou de um painel de especialistas, na análise dos casos de inaptidão permanente? E qual é o peso dessa decisão?
42	MA2: O tripulante de cabine pode ser proposto para inaptidão e ser considerado inapto, mas pode recorrer. E, portanto, quando ocorre, em princípio é nomeada uma junta médica, que pode ser designada pela ANAC - pela Autoridade Nacional da Aviação Civil - com a participação de dois ou três especialistas, e que pode integrar um médico do próprio tripulante de cabine. Depois, claro, essa junta obriga a avaliações por vários especialistas da área em causa, aquela para a qual foi proposta a inaptidão. E é com base na discussão dessa situação que se decide se a inaptidão é revertida ou se se mantém.
43	Entrevistador: Em relação aos procedimentos pós-diagnóstico e casos de controlo: quando um tripulante recebe um diagnóstico que pode levar à inaptidão permanente, quais são os passos seguintes no processo de decisão?
44	MA2: Portanto, a primeira coisa é confirmar o diagnóstico. E a confirmação do diagnóstico é feita através de, digamos, exames complementares de diagnóstico e da avaliação por peritos nessa área específica. Porque os AMEs, os médicos de medicina aeronáutica, são fundamentalmente clínicos da área médica, mas não são necessariamente especialistas. Podem ter uma especialidade, mas essa especialidade pode não ser a que está em causa. Portanto, é feita a avaliação com base nos relatórios médicos dos especialistas - privados ou do Serviço Nacional de Saúde - depende do sítio e da pessoa que segue o tripulante. E, portanto, é com base nesses relatórios que se faz a avaliação. E depois disso, entram todos os fatores que estão ligados à respetiva área.
45	Entrevistador: Existe possibilidade de reavaliação médica após a decisão de inaptidão definitiva, ou trata-se de uma decisão irreversível?
46	MA2: Vamos ver... se a decisão for de uma junta médica, há sempre a possibilidade da pessoa, mesmo assim, recorrer. Mas, normalmente, se já foi resultante de uma junta médica, é muito difícil reverter a situação, porque é baseada em factos concretos,

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

	factos reais, factos objetivos - e não presunções. Portanto, é uma decisão que, em princípio, será irreversível. E normalmente o que acontece é que são mais os tripulantes a pedirem a inaptidão definitiva do que propriamente o médico a dizer: “Não, você está inapto definitivamente.” Portanto, o tripulante é que, por norma, entende que não tem grandes condições para continuar a trabalhar. E, portanto, não se coloca muito esse problema - embora, teoricamente, se possa colocar. Se houver um conflito laboral, a empresa pode dizer que o tripulante não está em condições de voar e o tripulante achar que está. E, portanto, a decisão tem que ser baseada na parte funcional.
47	Entrevistador: Existe algum mecanismo que permita ao tripulante contestar a decisão de inaptidão definitiva e solicitar uma nova avaliação médica?
48	MA2: Através da ANAC, pode sempre apresentar uma reclamação. Mas tem de ser baseada em factos reais - não é só dizer: “Olhe, eu quero fazer outra vez.” Tem de apresentar as suas razões, isso é avaliado, e depois, normalmente, é feita uma reavaliação por parte da ANAC.
49	Entrevistador: Já aconteceu algum caso em que um tripulante, após ter sido considerado inapto definitivamente, tenha recuperado a aptidão e regressado ao voo?
50	MA2: Não. Não me lembro de um indivíduo que tivesse sido considerado inapto definitivamente e que tivesse voltado a ser tripulante de cabine. O contrário é que acontece. Agora, um indivíduo que tenha sido considerado inapto e depois tenha revertido essa situação para voltar a ser dado como apto... não me lembro, nem tenho ideia de que isso aconteça. Não é muito fácil. Porque, quando já foi dada inaptidão definitiva, é porque já se esgotaram todas as possibilidades. E, normalmente, já nem vejo o interesse. Mas isso, cada um é que pensa à sua maneira. Nem vejo interesse da parte do tripulante em estar a insistir numa situação para a qual ele próprio não se sente capaz. Ou seja, psicologicamente está numa situação em que acha que é capaz de fazer tudo, mas as pessoas dizem-lhe que não tem condições para ser tripulante de cabine. E isso, normalmente, não acontece.
51	Entrevistador: De que forma a regulamentação atual garante que a decisão de inaptidão permanente é justa e baseada em evidências médicas concretas?
52	MA2: Vamos lá ver... tendo nós a regulamentação toda escrita, não é muito difícil chegar a esse ponto. Não é uma avaliação subjetiva que leva a uma inaptidão - é uma avaliação objetiva. E, como tal, é mais fácil defender essa posição do que se fosse só baseada em critérios subjetivos.
53	Entrevistador: Em relação às limitações funcionais e à readaptação profissional: a determinação de uma limitação médica - seja de ordem física ou mental - implica automaticamente inaptidão definitiva no caso dos Tripulantes?
54	MA2: Não. Deixe-me ver aqui um exemplo. Vamos ver... deixe-me ver aqui algumas limitações.
55	Entrevistador: Há pouco falou-me da questão ocular, não é?
56	MA2: Sim, sim, sim.
57	Entrevistador: A questão auditiva, por exemplo, ou uma situação que já foi referida...
58	MA2: A situação auditiva, claro. Ninguém gosta de usar aparelhos - os chamados aparelhos auditivos - ninguém gosta de usar correção auditiva. Mas um tripulante, ou até um piloto - acontece também com os pilotos - pode usar correção auditiva. E voltamos a cair no aspeto da funcionalidade: se o indivíduo, com o aparelho, ouvir bem, tem uma limitação de HAL [que é a designação para correção auditiva], mas pode voar perfeitamente, sem qualquer problema.
59	Entrevistador: Esta a consultar...
60	MA2: Estou a consultar aqui o regulamento do anexo IV da EASA.
61	Entrevistador: O 1178?
62	MA2: O 1178 que há pouco tempo sofreu alterações em alguns aspetos.
63	Entrevistador: Concretamente, qual é esse que o doutor está a consultar?
64	MA2: No fundo, é o 1178/2011, mas que foi revisto. O anexo IV, Parte-MED, da EASA. As várias limitações incluem os óculos, as lentes de contacto, os ouvidos... Não queria deixar de dar aqui alguns exemplos. Por exemplo, há uma limitação que é a restriction to operate only in multi-cabin crew operation - que é o MCL. Depois há as limitações como a restriction to specific aircraft types ou a specified type of operation - este é o TML, que já referimos. O CIC é a requirement to undergo specific medical examination - ou seja, para situações específicas em que o indivíduo tem que ser visto por um médico de uma determinada área, e depois será novamente avaliado. Depois há os CICL's e os CVL's, que são relativos à visão. E há ainda uma limitação designada SSL – special restriction as specified. Vamos imaginar que existe uma situação qualquer que não está incluída nas limitações anteriores - é então atribuída esta limitação. Mas pode continuar a voar da mesma forma. E estas limitações podem ser associadas entre si - por exemplo, um TML pode ser combinado com uma limitação auditiva, visual ou até psíquica. Há sempre todas as condições para o indivíduo continuar a voar, se quiser. Porque, às vezes, o problema que se coloca é o do tripulante não se sentir em condições - ou não querer. Isso, às vezes, causa-nos alguns constrangimentos. Acontece vermos que o indivíduo está em perfeitas condições para voar, mas não quer voar. E depois não quer voar, mas quer ser dado como inapto. E nós não encontramos razões para que seja considerado inapto. Portanto, aí entra-se numa espécie de conflito entre o tripulante, a companhia e o médico. Mas, como temos esta defesa do regulamento, é mais fácil protegermo-nos e justificar a decisão.
65	Entrevistador: Leva-me à questão seguinte, de forma sumária: é possível um tripulante continuar a desempenhar funções com determinadas limitações médicas identificadas por um AME? E qual é o enquadramento legal para essa possibilidade?
66	MA2: O enquadramento legal é o da regulamentação da EASA. O tripulante pode continuar, portanto, a exercer essas funções. Se ele não as quiser exercer, é um problema que tem que ser resolvido entre a empresa e o tripulante. Sob o ponto de vista médico, ele está em condições para voar, mas diz que não está, então não se pode exigir que um tripulante voe se ele não quiser. Depois, isso torna-se num conflito entre as duas partes. Mas, aí, não há volta a dar.
67	Entrevistador: Uma decisão judicial que atribua uma Incapacidade Permanente Parcial [IPP] a um tripulante de cabine, resultante de um acidente de trabalho, significa necessariamente a sua inaptidão definitiva para o voo?

68	MA2: Não. É claro que não. Em termos genéricos, não quer dizer que não possa haver uma situação de incapacidade parcial - disse-me de incapacidade permanente parcial. Assim, à primeira vista, não me estou a lembrar de nenhuma situação concreta em que isso, por si só, leve diretamente à inaptidão definitiva. O tripulante poderá continuar a exercer funções, mesmo com uma incapacidade permanente parcial, desde que essa incapacidade não afete o desempenho de todas as funções que o tripulante de cabine tem de exercer. Todas as funções. Porque, se ele não puder desempenhar algumas das funções que são inerentes ao tripulante de cabine, então sim, é claro que será considerado inapto, porque não tem condições para ser tripulante de cabine. Aliás, a regulamentação da EASA especifica exatamente quais são as funções do tripulante de cabine. E, portanto, nós procuramos verificar se ele se enquadra ou não se enquadra nessas funções. Se tiver condições para as desempenhar - mesmo com uma limitação - pode continuar. Mas essa limitação não pode ser demasiado grande, nem uma incapacidade permanente parcial elevada, porque aí já poderá comprometer o exercício das funções. Mas... sei lá, vamos admitir que o indivíduo teve a amputação de uma falange de um dedo. É claro que isso não é impeditivo de fazer o seu trabalho. Desde que os outros dedos estejam a funcionar perfeitamente, o facto de faltar uma falange - e sendo esse o resultado de um acidente de trabalho, e sendo-lhe atribuída uma incapacidade permanente parcial de 1% ou 2%, uma coisa assim do género - isso não é impeditivo de ser tripulante de cabine.
69	Entrevistador: À luz da legislação, isso não é impeditivo?
70	MA2: Não, não é impeditivo. Nunca vi que houvesse qualquer impedimento.
71	Entrevistador: A não ser que exista uma limitação funcional para o desempenho de uma das funções do tripulante de cabine. Certo?
72	MA2: Se houver uma limitação funcional para o desempenho de uma das funções de tripulante de cabine, então, claro que isso leva a uma inaptidão permanente em termos de voo. Se não for esse o caso, às vezes é mais fácil encontrar uma outra situação em que o indivíduo não tem uma incapacidade permanente, mas tem uma incapacidade funcional - e, portanto, aí é mais fácil que não seja considerado inapto definitivo, do que quando a incapacidade tem impacto direto nas funções essenciais. Depende dos aspetos concretos. Imagine que tem um acidente qualquer... lembrei-me agora de uma situação: alguém que, num acidente, ficou sem uma orelha - uma lesão auricular. Continua a ouvir bem. Esteticamente, não é muito agradável de ver. E a pessoa também não se sente muito bem à vontade. Embora se trate de uma situação em que o aspeto físico pode ser importante - especialmente se causar desconforto ou má impressão às pessoas com quem o tripulante interage, ou seja, os passageiros -, até que ponto isso será impeditivo? Vamos admitir que o indivíduo ficou sem uma orelha, ou sem parte de uma orelha, e que não fez reconstrução. Porque, depois, pode fazer reconstrução. Se o indivíduo se recusar a fazer reconstrução, já é diferente. Mas, vamos admitir que não foi possível fazer reconstrução e que o indivíduo fica sem uma orelha. Isso será, no caso de acidente de trabalho, considerado uma incapacidade permanente parcial. Até que ponto isso leva depois a uma inaptidão definitiva? É muito difícil de determinar. Embora haja quem defenda que sim, e diga: "Não, eu não me sinto em condições," ou então a própria companhia diga: "Eu não quero um tripulante com estas condições a atender os passageiros." Entra-se aqui num campo em que, normalmente, resulta num acordo entre o tripulante e a companhia. Depende se o tripulante quer mesmo continuar ou não quer continuar a ser tripulante. Se quiser, defende a sua posição para manter o posto. Se não quiser, defende a sua saída.
73	Entrevistador: Existem estatísticas sobre o número de tripulantes que se tornam inaptos?
74	MA2: Não. Não existe estatística nenhuma.
75	Entrevistador: Conseguir indicar, dentro da sua perceção, uma percentagem estimada de Tripulantes que são declarados inaptos permanentemente em relação ao total de avaliações realizadas anualmente? Isto é, inferior a 5%? Ou inferior a 1%?
76	MA2: Eu diria que é inferior a 5%. Eu não me lembro de... é claro que o meu universo é relativamente pequeno. O do Centro de Medicina Aeronáutica nas instalações da Unidade de Cuidados de Saúde da TAP é certamente muito maior, porque têm muito mais tripulantes. E aqui o universo é pequeno. Mas, para ser franco, não me lembro. Quer dizer, lembro-me sim, senhor. Lembro-me de ter dois casos de inaptidões definitivas em todos estes anos que tenho estado aqui. Um deles foi resultado de um acidente de viação, portanto não tem a ver com acidente de trabalho. Tenho um outro caso: um indivíduo que sofreu uma descolagem em que o avião foi atingido por um raio - uma faísca - e ele ficou de tal modo traumatizado, em termos psicológicos, que foi considerado inapto. E tenho ideia de outro tripulante. Tinha um problema do otorrino, que também foi considerado... ou melhor, ele é que desistiu de ser tripulante de cabine. Não foi considerado inapto - ele é que desistiu. Portanto, a percentagem é realmente baixa. Muito baixa.
77	Entrevistador: Isto leva-me à outra questão: tem observado um aumento ou uma diminuição dos casos de inaptidão permanente nos últimos anos?
78	MA2: Não.
79	Entrevistador: Há desafios na harmonização das diretrizes médicas da EASA com as regulamentações nacionais da ANAC?
80	MA2: Não. Na primeira linha, as regulamentações da ANAC seguem as da EASA. E, portanto, não vejo que haja qualquer discrepância entre uma e outra. Nesse aspeto, é mais fácil para a ANAC seguir a regulamentação da EASA do que estar a criar legislação própria, que possa impedir um piloto ou um tripulante de ser considerado apto ou inapto. É mais fácil seguir a regulamentação, até porque isso já está mais que estudado - e, às vezes, até estudado de uma forma que não facilita propriamente o tripulante. São situações restritivas, não são situações de abertura. É mais fácil, para nós, fazer uma avaliação com alguma margem - facilitar, entre aspas - o tripulante, do que propriamente declará-lo inapto sem razões de peso.
81	Entrevistador: Portanto, considera que a regulamentação atual cobre adequadamente os desafios da avaliação médica dos Tripulantes ou há áreas que precisam de revisão?
82	MA2: Está perfeitamente regulamentado. Mas há sempre áreas cinzentas. Por exemplo, a área da psiquiatria é sempre um bocado cinzenta, e mesmo entre psiquiatras há uns que são capazes de dizer "isto não é nada" e outros que consideram que não há condições para voar. Tudo o que não é 100% exato leva a estas situações. Não há grandes hipóteses de quantificar as situações. Pode quantificar-se o absentismo ou as queixas apresentadas pelo tripulante. É sempre subjetivo: se a pessoa quer voar, tem necessidade e gosta de voar, mesmo que não esteja a 100%, ela valoriza o querer voar - valoriza a parte física e psíquica nesse sentido. Se não quer voar, por muito bem que esteja, apresenta todas as queixas e mais algumas para não voar. Não há um critério

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

	absolutamente objetivo. Na Força Aérea também funcionava assim: pôr o indivíduo a voar contra vontade é sempre mau. Mau desempenho, risco para a segurança de voo, má convivência com os colegas - e isso tudo afeta o desempenho. A inaptidão definitiva também pode ser decidida por causa disso. Porque há aspetos médico-legais que as companhias não estão dispostas a tolerar. Não se pode dizer abertamente, mas no fundo é: “Não me interessa ter na minha empresa um indivíduo contrariado, que só destabiliza, não produz nada e interfere com os outros.” Mas isso tem implicações com indemnizações e tudo o mais. Portanto, é sempre muito complicado. Teoricamente, o indivíduo que não está bem ou não quer voar, não devia estar a voar. Mas isso traz outras conversas.
83	Entrevistador: Há novas doenças ocupacionais ou condições médicas emergentes que deveriam ser melhor reguladas na aviação?
84	MA2: Vamos lá ver... começam a aparecer algumas situações, nomeadamente em certos aviões, com a inalação - não se sabe bem de quê - mas inalação de fumos através dos ares condicionados. E isso tem causado alguns problemas. Atualmente, isso ainda não está bem definido. Mas é natural que seja necessário investigar mais e aprofundar esse problema, porque têm surgido várias situações dessas, nomeadamente nos A320 - e não só, mas fundamentalmente nesses aviões. Como há pouca literatura sobre o assunto, parece-me que as grandes companhias não estão muito interessadas em esclarecer a fundo. Mas o certo é que há tripulantes que se sentem mal, especialmente os que estão na parte traseira do avião - onde há maior ligação com os sistemas de ar condicionado. Esses vapores, parece, resultam da queima de certos óleos que depois circulam pelos sistemas de ventilação. Isso é um dos aspetos a que se deve dar atenção. Pode não causar doenças agudas, mas pode causar doenças crónicas. E esse é, realmente, um tema que deve ser acompanhado. E que tem sido objeto de conferências e estudos, mas, concretamente, ainda não se pode dizer: “É disto ou daquilo.” ou que resulta de disto ou daquilo.
85	Entrevistador: Leva-me à última questão da entrevista: que recomendações faria para melhorar os processos médicos de avaliação da aptidão dos Tripulantes na aviação comercial, que ainda não tenha conseguido implementar no seu espaço ou área de influência?
86	MA2: Isto é muito relativo. Claro que poderíamos fazer o que alguns países fazem - especialmente na Ásia - que é aplicar uma bateria de testes muito abrangentes. Mas isso leva à exclusão de pessoas que, pelo regulamento desses países, são consideradas inaptas, mesmo sendo capazes de desempenhar as funções. Tem implicações económicas e pode afastar pessoas que, na prática, têm capacidade funcional. Não vejo necessidade de fazer grandes alterações às exigências atuais. A legislação que temos e os equipamentos de que dispomos são suficientes para fazer uma avaliação geral da situação clínica dos candidatos ou dos próprios tripulantes. Não vejo razão nenhuma para tornarmos o processo mais penalizador. À primeira vista, não me ocorre nada que precise de ser mudado. Se houver necessidade, recorre-se a um especialista para uma avaliação mais exaustiva da situação. Há áreas da medicina que ainda não estão bem esclarecidas. Há uns anos, certas queixas eram consideradas pouco sérias e hoje já são aceites como doenças reais - como, por exemplo, a dor crónica generalizada sem causa identificada. Já têm nome, diagnóstico, mas ainda não estão completamente esclarecidas. E pode ser uma situação impeditiva do voo. Mas como ainda não está bem definida, não se pode tirar grandes conclusões.
87	Entrevistador: Doutor [...], da minha parte é tudo. Quer acrescentar alguma coisa?
88	MA2: Eu não me lembro assim de nada de especial. Esta conversa é como as cerejas, mas, neste momento, não me ocorre mais nada. Se me colocarem uma questão, respondo. Mas assim de repente, não me lembro.
89	Entrevistador: Muito obrigado pela sua participação.

ANAC1 – AUTORIDADE NACIONAL DA AVIAÇÃO CIVIL 1

1	Entrevistador: Olá, muito boa tarde, Dr. Antes de mais, gostaria de lhe pedir autorização para a gravação da entrevista. Está autorizado?
2	ANAC1: Sim, autorizo.
3	Entrevistador: Muito obrigado por conceder esta entrevista no âmbito do projeto de dissertação de mestrado de avaliação da inaptidão permanente dos tripulantes de cabine. Começo...só para quebrar aqui um pouquinho o gelo, para lhe fazer a primeira questão. Poderia começar por se apresentar e descrever brevemente a sua experiência profissional no setor da aviação civil e, particularmente, no domínio da certificação médico-aeronáutica?
4	ANAC1: Portanto, o meu nome é [...], sou médico especialista em Medicina Desportiva, com competências em Medicina Hiperbárica e Subaquática e em Medicina Aeronáutica - são duas competências diferentes da dos Médicos. Iniciei a minha atividade ligada à aeronáutica pelo interesse nos ambientes extremos e fiz a minha primeira formação formal em Medicina Aeronáutica no ano já de 2004. A partir daí, fui, a modos que, recrutado pelo INAC na altura, para ser Examinador Médico Aeronáutico - na altura tinha outra designação: Examinador Médico Autorizado - porque no âmbito da antiga JAA, que depois veio a ser substituída pela EASA. Desde então, exerci continuamente funções nesta área, como examinador médico, portanto, com o objetivo de certificar pilotos e tripulantes de cabine. E...no final de 2019, com a aposentação do [...], que me precedeu, recebi o convite para concorrer às funções de <i>Medical Assessor</i> , ou em português, de avaliador médico da autoridade. Desde então, passei a ter...portanto, cessei as funções como examinador médico e passei a exercer estas funções de <i>Medical Assessor</i> , que são funções na área da supervisão, da regulamentação e dos regulamentos europeus na autoridade.
5	Entrevistador: Qual é o papel da ANAC na aplicação da regulamentação europeia relativa à certificação médica dos tripulantes de cabine?
6	ANAC1: A ANAC faz a supervisão dos examinadores médicos ou dos centros de medicina aeronáutica onde se faz a avaliação médica. O termo "certificação médica" não está correto para os tripulantes de cabine - portanto, é a avaliação médica. Nós não temos, atualmente, a figura de... não temos nenhum médico do trabalho autorizado a fazer exames médicos nesta nossa área de tripulantes de cabine. E eu digo que "certificação médica" não é o termo correto porque os tripulantes de cabine não têm um... não obtêm, depois do exame médico, um certificado médico, mas sim aquilo que, pelo regulamento, se chama de relatório médico. Isto tem...tem muita...faz muita diferença. Para nós, médicos, na prática, é tudo igual - seria uma espécie de certificado médico -, mas a interpretação dos regulamentos impede que os não titulares de um certificado médico...ou impede que a esses lhes seja aplicado alguns dos artigos do regulamento. Ou seja, para os tripulantes de cabine, supostamente, ou em teoria legal, como lhe queiramos chamar, o topo da hierarquia médica que lhes emite um documento após um exame médico será um centro de medicina aeronáutica. Na prática, isso depende depois de várias...da atitude - nem é propriamente o procedimento, é a atitude de várias autoridades. O Departamento de Certificação Médica, portanto, na minha pessoa - neste momento sou o único <i>Medical Assessor</i> da ANAC - funciona como um apoio à decisão tomada pelos médicos, pelos examinadores médicos ou pelos centros: um apoio de confirmação, de consolidação da sua decisão ou, eventualmente, de aconselhamento, no caso de haver eventual...não é discórdia...de eventualmente discordar das suas decisões. Mas é um papel de apoio, não é um papel regulador nesse aspeto. A ANAC, como entidade, como autoridade, apenas intervém como regulador e certificador - ou licenciador - na emissão de um documento que, também, não é, como os pilotos, uma licença, mas a que se chama o atestado de tripulante de cabine, o <i>Cabin Crew Medical Attestation</i> . E esta diferença de nomenclatura altera toda a aplicação ou interpretação que se queira fazer, ou extrapolação de alguns artigos do regulamento. Portanto, neste momento, a autoridade emite o atestado de tripulante de cabine - que é o documento que o certifica como reunindo os requisitos legais e curriculares para o exercício das funções de tripulante de cabine - e os centros médicos, os examinadores médicos, certificam o tripulante de cabine como estando apto, ou como cumprindo os requisitos médicos para exercer as funções de tripulante de cabine. Para além disso, uma vez que os relatórios médicos são emitidos pelos examinadores médicos ou pelos centros, a autoridade tem um papel na supervisão do trabalho dos examinadores médicos e do funcionamento dos centros - independentemente de ser para tripulantes de cabine, para pilotos ou para controladores de tráfego aéreo. bem.
7	Entrevistador: Muito bem. Em relação ao Bloco 2, que diz respeito à legislação e à avaliação médica - corrigindo o termo - dos tripulantes de cabine: qual é a legislação atualmente aplicável à avaliação médica dos tripulantes de cabine?
8	ANAC1: Vou extrapolar um bocadinho para situar o quadro da regulamentação europeia relativamente às tripulações aéreas. Existe um regulamento base, que é o Regulamento 1139 de 2018 - que veio substituir um outro, que era o 216 de 2008 - e que regulamenta tudo o que tem a ver com a aviação. E depois, associado a este, existem regulamentos de implementação...regulamentos de alteração, entre os quais aquele que se aplica às tripulações aéreas - pilotos e tripulantes de cabine - é o Regulamento 1178/2011, mais especificamente o seu Anexo IV, que é a parte MED. E que, desde a sua publicação, tem vindo a ser variavelmente alterado, atualizado. E, portanto, neste momento, em vez de termos referência aos múltiplos regulamentos que vêm alterando, ou aumentando, ou acrescentando itens ao regulamento inicial, nós, pura e simplesmente, mencionamos o Regulamento 1178/2011, na sua versão mais atualizada.
9	Entrevistador: Permita-me interromper...e nessa versão mais atualizada, já estão referidas as alterações implementadas pelo 27 de 2019?
10	ANAC1: Sim. Sim. Portanto, o 27/2019 foi uma alteração ao regulamento que foi publicada em 2019. Depois disso, já houve alterações em 2020. Quer dizer, nem todas alteram todos os pontos, mas o regulamento - a versão consolidada do regulamento - está alterada por múltiplas vezes. Uma vez interfere na parte MED, outras vezes não.
11	Entrevistador: Como se articulam a regulamentação europeia e a regulamentação nacional na avaliação médica dos tripulantes de cabine?

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

12	ANAC1: A regulamentação nacional submete-se à regulamentação europeia. Mas, para além da regulamentação nacional, existem os requisitos próprios das empresas que contratam tripulantes de cabine. Portanto, existe uma... uma qualificação geral que é...que é consubstanciada pelo atestado - portanto, o documento em que a autoridade reconhece a legalidade do exercício de funções de tripulante de cabine que cumpriu os planos de formação - portanto, isso decorre da regulamentação europeia. E existe o relatório médico que consubstancia o cumprimento dos requisitos, a conformidade com os requisitos gerais médicos para o exercício das funções de tripulante de cabine. Enquanto que a legislação nacional, relativamente aos pilotos comerciais, define a autoridade como a entidade legalmente habilitada para definir eventual incapacidade definitiva - portanto, do tripulante - neste caso, dos pilotos. Para todos os restantes pilotos não comerciais e para os tripulantes de cabine, essa incapacidade é atribuída pela Segurança Social, mediante a compilação de um documento. No entanto, a Segurança Social não se pode, ou não pode, contrariar a decisão de inaptidão dada pela medicina aeronáutica, pelo Examinador Médico Aeronáutico, pelo Centro de Medicina Aeronáutica - mais ou menos apoiado pela opinião da autoridade. Os requisitos particulares das companhias ou das entidades empregadoras de tripulantes de cabine, depois, são... poderão ser mais ou menos restritivos em relação aos requisitos gerais.
13	Entrevistador: Quais os requisitos obrigatórios para os Centros de Medicina Aeronáutica, portanto os CMAs - ou AeMCs em inglês - e os Examinadores Médicos Aeronáuticos - AMEs ou EMAs em português - autorizados pela ANAC?
14	ANAC1: Eu vou começar pelo fim. Portanto, os Examinadores Médicos Aeronáuticos têm que ser médicos titulados. Existe um conjunto de requisitos do regulamento, a que se acrescentam alguns requisitos nacionais. Portanto, para ser um Examinador Médico Aeronáutico no espaço EASA, precisa ter um curso de Medicina Aeronáutica - que poderá ser a versão básica, se for apenas para emitir certificados médicos de classe 2 [portanto, para pilotos particulares e para a avaliação de tripulantes de cabine] - ou, no caso dos pilotos de classe 1, terá que ter um curso avançado. Nós, em Portugal, não temos essa versão - atualmente, não temos essa versão de separação de cursos. Temos um curso que...o único curso que é reconhecido é o curso de Medicina Aeronáutica organizado pela Força Aérea Portuguesa, que cumpre logo com os requisitos do avançado. Para além dessa formação em Medicina Aeronáutica, os médicos têm que ser especialistas e têm que ter instalações adequadas. Basicamente, estes são os requisitos regulamentares, em termos particulares, para se ser um Examinador Médico Aeronáutico em Portugal. Portanto, se for português, para ser reconhecido pela ANAC com o seu certificado, tem que ter...as instalações têm que estar reconhecidas pela Entidade Reguladora da Saúde. Portanto, nesse aspeto, a autoridade não interfere na verificação das instalações - apenas constata que elas existem e que cumprem com os requisitos mínimos para se fazer exames médicos aeronáuticos. E também implica que o médico esteja inscrito na Ordem dos Médicos portuguesa. Isso impede, muitas vezes, pedidos de certificação de médicos estrangeiros, ou que pretendem efetuar exames médicos aeronáuticos sob alçada da autoridade portuguesa no estrangeiro, porque não temos jurisdição legal sobre esses aspetos. Os centros - os Centros de Medicina Aeronáutica - cumprem com os requisitos de instalações, igualmente. Portanto, a diferença dos Centros de Medicina Aeronáutica é a de permitir efetuar exames médicos de classe 1 iniciais. Enquanto os Examinadores Médicos Aeronáuticos isolados - chamemos-lhes assim - apenas podem fazer classe 2 iniciais e tripulantes de cabine iniciais, os centros é que podem fazer classe 1 iniciais. Os centros têm que ter um conjunto de Examinadores Médicos Aeronáuticos adequado à proporcionalidade do trabalho que vão realizar. Têm um Examinador Médico Aeronáutico que é o responsável pelo centro, que tem determinadas qualificações - no fundo, são qualificações de antiguidade, quer em termos de formação, quer em termos de número de exames que já realizou. E são também obrigados a um conjunto de requisitos administrativos bastante complexos, nos termos do regulamento. Essa é a diferença. Portanto, um Centro de Medicina Aeronáutica não é apenas um conjunto de Examinadores Médicos Aeronáuticos - é um conjunto de Examinadores Médicos Aeronáuticos, de instalações adequadas para o seu exercício e de um conjunto de requisitos de gestão, e gestão da segurança, etc., para poder funcionar.
15	Entrevistador: Já me respondeu a esta questão, mas eu volto a colocá-la de forma mais direcionada. Quais as principais diferenças existentes entre o regulamento da certificação médica dos pilotos e a avaliação médica dos tripulantes de cabine?
16	ANAC1: As diferenças globais são mínimas, de um modo geral. No entanto, o regulamento para pilotos é muito mais específico e extenso do que o dos tripulantes de cabine, por questões de segurança. Portanto, uma incapacitação súbita num piloto é potencialmente mais grave do que uma incapacitação súbita num tripulante de cabine. Aparte disso, têm que ser enquadrados os requisitos a avaliar nas funções a desempenhar. Portanto, as funções dos tripulantes de cabine não são as funções do piloto e, portanto, os requisitos podem ser mais ou menos restritivos para cada uma das partes.
17	Entrevistador: Perfeito. Mudando...desculpe, não sei se ia continuar...
18	ANAC1: Não, não.
19	Entrevistador: Em relação ao Bloco 3, a Avaliação Médica e a Inaptidão Permanente: quais são os critérios médicos estabelecidos para declarar um tripulante inapto, <i>Unfit To Fly</i> , de forma definitiva?
20	ANAC1: No âmbito da certificação médica - portanto, como um conceito global, não no conceito estrito de emissão de um certificado -, mas no âmbito da certificação médico-aeronáutica, o tripulante de cabine tem que cumprir com os requisitos necessários ao exercício das suas funções. Mas, se não cumprir, não pode ser considerado apto. Essa inaptidão pode ser temporária ou pode ser permanente. Se se trata de uma patologia que sabemos que não vai melhorar ou que vai agravar, esse é o principal critério, em apoio aos requisitos que vêm mencionados no regulamento.
21	Entrevistador: Diga, diga, está à vontade, doutor. Não tem problema, não estamos a contar tempo.
22	ANAC1: Porque estava aqui a pensar se havia mais alguma coisa...portanto, esses são os critérios médicos. Uma coisa que deve ser também mencionada é que os requisitos médicos - quer para pilotos, quer para tripulantes de cabine -, se estão submetidos a um regulamento europeu, o que pretende esse regulamento europeu é ser um contributo para um aumento da segurança. E, em algumas coisas, é mais restritivo do que o regulamento global, que é o regulamento da ICAO. Mas a ICAO... o regulamento da ICAO aplica-se a pilotos e controladores de tráfego aéreo, e depois existe um outro regulamento da IATA, que se aplica a tripulantes de cabine genérico. E daí, os critérios são muito diferentes de país para país. O nosso critério, mais ou menos uniforme dentro daquilo

	que é possível, aplica-se ao espaço EASA - tanto os países da União Europeia, como os países extra-União Europeia que fazem parte da EASA. Portanto, é esse que define, e é um pouco, às vezes, mais restritivo do que os critérios de outros países.
23	Entrevistador: Eu ia fazer a questão a seguir, que pode ser de alguma forma incluída nesta. Existe uma lista fechada de patologias que implicam automaticamente a inaptidão definitiva ou essa avaliação é feita caso a caso, com base nessa premissa de que o tripulante tem que estar apto no seu todo para desempenhar todas as suas funções?
24	ANAC1: Não existe uma lista fechada de patologias. Mesmo para patologias que, no caso dos pilotos, são...pertencem a uma lista fechada, no caso dos tripulantes de cabine nem sempre pertencem. Implica uma avaliação caso a caso e da evolução. Se bem que, para algumas situações em início de carreira ou num exame médico inicial, por vezes é preferível considerar a patologia existente - mesmo que no momento ainda permita o exercício de funções -, é sempre preferível considerá-la como incapacitante. Porque estamos a criar expectativas e estamos a permitir um investimento de formação numa carreira que sabemos que vai ser necessariamente muito curta. Mas a lista, no caso dos tripulantes de cabine, é uma lista muito mais aberta e de avaliação caso a caso.
25	Entrevistador: Então, nesta medida, essa avaliação é feita sempre pelo Examinador Médico Aeronáutico e pode ser discordante entre profissionais de saúde?
26	ANAC1: Exatamente. Exatamente.
27	Entrevistador: E isso pode obrigar a levar a determinados...a determinada problemática existente em questões de certificação, tanto inicial como recorrente...concorda?
28	ANAC1: Sim. Isto, na medicina, a responsabilidade é sempre de quem assume um diagnóstico ou assume uma determinada decisão. Nós podemos ter o caso de um tripulante de cabine que vai a um determinado Examinador Médico Aeronáutico e ele considera que deve ficar inapto. Ele tem o direito de recorrer para o patamar acima, que é um Centro de Medicina Aeronáutica. Se o Centro de Medicina Aeronáutica discordar do outro médico, o Centro tem autoridade legal para alterar a decisão. Não há qualquer impedimento.
29	Entrevistador: E isso sobrepõe-se... pergunto-lhe eu?
30	ANAC1: Sobrepõe-se. Sobrepõe-se. Se houvesse o terceiro patamar que está previsto no regulamento, que é o patamar mais baixo - que é o dos médicos do trabalho autorizados pela autoridade para fazer exames médicos a tripulantes de cabine -, o tripulante de cabine recorreria da decisão do médico do trabalho para um Examinador Médico Aeronáutico, que se poderia sobrepor a essa decisão.
31	Entrevistador: Estamos então a falar de patamares de responsabilidade...
32	ANAC1: Patamares de decisão de recurso. O pedido...portanto, se...a decisão for objeto de contestação por parte do tripulante de cabine. Portanto, a decisão de inaptidão ao nível do centro...ou o contrário, ou o contrário...pode o tripulante de cabine achar que está inapto e o médico aeronáutico dizer que está apto. Não é uma situação frequente, mas pode perfeitamente acontecer. Aquilo que é boa prática - embora não seja obrigatório -, aquilo que é boa prática, no fundo, para o centro se defender da decisão que tem, é consultar a autoridade, no sentido de obter algum apoio ou não, em função do qual a autoridade opina. Mas a opinião da autoridade não é vinculativa - podem manter a decisão. A partir do momento em que um centro, num Estado, toma uma decisão, em princípio essa decisão é vinculativa nesse Estado. Mas nada impede que o tripulante que discorda da decisão de inaptidão de um centro, em Portugal, vá a Espanha, desde que...quer dizer, desde que não esconda nada, desde que forneça todas as informações acerca do seu processo. O centro espanhol tem autoridade para considerar que o tripulante está apto. No entanto, isso vai implicar um pedido de transferência do documento de licenciamento - chamemos-lhe assim - do país original para o outro país. Portanto... o tripulante foi dado como inapto em Portugal e tem uma <i>attestation</i> emitida pela ANAC. Se ele quer ir para Espanha e se Espanha lhe dá a hipótese de ficar apto, ele vai ter que pedir a transferência, segundo os procedimentos das autoridades - mas com tudo o que isso implica.
33	Entrevistador: Eu quero recuperar essa questão, mas antes disso, para não esquecer da outra. E no caso de dois centros de medicina aeronáutica tomarem uma decisão oposta? Em que circunstância o tripulante fica?
34	ANAC1: No mesmo país?
35	Entrevistador: No mesmo país.
36	ANAC1: No mesmo país, como eu disse, a decisão de um dos centros - de um centro - é vinculativa. É o ponto final. Ele ou vai a um centro ou vai a outro. Não pode ir a dois. E, se for a um, já o outro centro já não interfere.
37	Entrevistador: Pegando nessa outra questão que o doutor colocou...portanto, na emissão - como exemplo - de um atestado de tripulante de cabine num país vizinho, sob o abrigo da mesma legislação europeia. Isso não é um pouquinho...eu não estou a encontrar a palavra...mas não é um pouquinho estranho, na medida em que as duas autoridades estão subjugadas à mesma...regulamentação EASA?
38	ANAC1: Sim. A regulamentação EASA introduziu o conceito de autoridade competente. Ou seja, a EASA é o chapéu, é o guarda-chuva que produz os regulamentos. Mas depois a execução desses regulamentos compete aos Estados-membros, dentro daquele quadro. E, portanto, os Estados-membros são responsáveis pelo modo como cumprem e fazem cumprir o regulamento, de modo que, se houver uma falha num determinado Estado, não possam escusar-se das responsabilidades inerentes. Portanto, o tripulante de cabine pertence a Portugal. Enquanto tiver o documento - o <i>attestation</i> , o atestado - emitido por Portugal, ele pertence a Portugal. Se quiser pertencer a outro Estado, vai ter que pedir a transferência do processo.
39	Entrevistador: Muito esclarecedor.
40	ANAC1: Não é muito esclarecedor porque o regulamento, na parte das transferências dos tripulantes de cabine, é muito pouco esclarecedor. E temos outra variante em relação aos pilotos. Nos pilotos, a autoridade competente centraliza os processos clínicos dos pilotos. Portanto, o piloto é livre de fazer o exame médico em qualquer Estado da EASA, em qualquer Examinador Médico Aeronáutico. Mas ele tem a responsabilidade de enviar o processo para a sua autoridade competente. No caso dos tripulantes de

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

	cabine, isso não acontece - nem em Portugal, nem noutro Estado. E o próprio documento médico, o relatório médico, também não está submetido à autoridade competente. Ou seja, no relatório médico não vem lá qual é a autoridade competente. O que vem lá é o local onde foi feito o exame médico, embora, naturalmente, tenha referência ao atestado, que tem o número com a referência de Portugal.
41	Entrevistador: Doutor, existe um mecanismo formal para que o tripulante conteste a decisão de inaptidão definitiva? Como é que é garantida a transparência do processo?
42	ANAC1: Um dos aspetos é recorrer para o Centro de Medicina Aeronáutica, sabendo que, à partida, o centro irá consultar a autoridade. Mas, em função, pode a autoridade continuar com a mesma opinião de inaptidão e o tripulante considerar que deve...que precisa de contestar. Para isso, tem o recurso às vias judiciais - é o único modo de contestar essa decisão. Estamos a falar de uma decisão de inaptidão em medicina aeronáutica, que não é a mesma coisa que uma decisão de inaptidão para o exercício de funções numa determinada companhia aérea. Isso é diferente, porque o tripulante pode ser considerado pela companhia como inapto para as funções a exercer naquele ambiente específico daquela empresa, e continuar a cumprir com os requisitos gerais de tripulante de cabine para outra empresa.
43	Entrevistador: Há possibilidade de reversão da decisão de inaptidão definitiva em casos de reabilitação médica [interrupção]? A pergunta que eu estava a fazer é se existe possibilidade de reversão de inaptidão definitiva em casos de reabilitação médica ou evolução do quadro clínico, no contexto do pós-período legal para reavaliação? Eu creio que existe um pós-período legal de 30 dias...correto?
44	ANAC1: Pois não. Aspetos legais, não sei. Tudo depende. Normalmente, uma decisão de inaptidão em medicina aeronáutica - portanto, inaptidão para o exercício das funções de tripulante de cabine - poderá ter três caminhos. Um é o recurso à pensão de invalidez da Segurança Social - portanto, reformado por invalidez, aposentado por invalidez permanente para a sua profissão. Outra é não seguir a via da Segurança Social e, eventualmente, ter um seguro de invalidez, ou qualquer coisa assim, que vai depender das cláusulas do próprio seguro. Mas, por exemplo, existe uma coisa parecida para os pilotos, e que o tripulante acione para dizer que agora fica inapto e pronto. E, segundo as cláusulas que lá estejam - que foi tomada uma decisão de inaptidão - recebe uma determinada indemnização, ou recebe uma indemnização mensal, ou recebe uma indemnização enquanto estiver inapto. E depois, se houver uma reversão da decisão, suspende essa coisa. Ou a terceira via é um tripulante que não faz nada e arranja outro emprego sem mais. Isso pode acontecer, sobretudo, em indivíduos muito jovens, que não têm direito a uma pensão de invalidez, nada disso sequer - são declarados aposentados inválidos para aquela profissão, mas não recebem nada porque não tiveram descontos. Essas são as três vias. Se optar pela primeira via - portanto indivíduos já com uma carreira mais avançada, com direito a uma pensão, etc. - é muito complicado tentar reverter a decisão de inaptidão, porque isso vai implicar uma reversão da invalidez atribuída pela Segurança Social, com reposição dos montantes recebidos, etc., etc. Isso é complicado. Através do seguro, dependendo das cláusulas que eu não tenho conhecimento, mas - do ponto de vista teórico - poderá ser possível reverter. Houve uma melhoria, entretanto. Nós, em medicina, a única coisa que é definitiva é a morte. Tudo o resto, embora possamos ter um elevado grau de probabilidade de um determinado desfecho, estamos sempre sujeitos a outros que não os esperados. E na terceira parte, quer dizer... a terceira via de não fazer nada também é sempre possível.
45	Entrevistador: Da parte da ANAC...não da parte da avaliação médica, mas da parte da ANAC: existe algum impedimento legal para essa questão?
46	ANAC1: Não. Da parte da autoridade não.
47	Entrevistador: Doutor, o Bloco 4 tem muito a ver com os desafios atuais e as propostas de melhoria. Um pouco uma opinião do doutor, no conhecimento e na responsabilidade que tem no processo: Aquilo que gostava de ver um dia melhorado, um dia concretizado? São três questões. Quais são os atuais desafios enfrentados pela ANAC na avaliação médica dos tripulantes de cabine?
48	ANAC1: Existem... eu colocaria dois desafios grandes. Um tem a ver com uma equiparação à certificação médica dos pilotos, nomeadamente uma certa centralização dos processos clínicos, para que seja feita uma supervisão das avaliações médicas e tentar manter uma certa uniformização de critérios. Não sei se existe disparidade de critérios ou não... quer dizer, eu sei que não existe, porque nós somos um grupo de Examinadores Médicos Aeronáuticos relativamente pequeno, conheço-os a todos, e temos a prática de, em caso de dúvida, consultar a autoridade. Portanto, temos - neste aspeto, na prática - não temos esse problema, mas outros países poderão ter. Por outro lado, existe o reverso da medalha: o universo de tripulantes de cabine é muito superior ao universo dos pilotos e, portanto, isso implicaria uma grande necessidade de recursos humanos ao nível da autoridade para exercer essas funções. Portanto, é difícil. Por outro lado, eu penso - quer dizer, isto não tenho essa informação formal - mas penso que grande parte desta aparente displicência regulamentar relativa aos tripulantes de cabine assentou essencialmente no trabalho que era feito, até antes de haver a regulamentação europeia, pelas companhias aéreas, que, no fundo, eram as entidades certificadoras e de avaliação dos requisitos médicos dos tripulantes de cabine. Portanto, a esse nível, havia múltiplas entidades, mas o trabalho médico ao nível das companhias era - e é - de um modo geral, bem conduzido.
49	Entrevistador: Que propostas de melhoria considera prioritárias para reforçar a qualidade, a equidade e a transparência dos processos de avaliação médica dos tripulantes de cabine? [pausa] Estamos a falar de melhorias na qualidade, na equidade e na transparência dos processos de avaliação médica dos tripulantes de cabine. Existem algumas que consiga identificar?
50	ANAC1: Consigo identificar um problema que nós detetámos empiricamente, no sentido de a formação curricular - formação escolar, chamemos-lhe assim - dos tripulantes de cabine ter passado a ser genérica... e um negócio. É o negócio da formação. Deste modo, tenta-se - como qualquer negócio, os negócios que se baseiam em pessoas, ou na formação de pessoas - baseiam-se na quantidade de clientes que conseguem angariar e, portanto, tentam sempre que os requisitos sejam os mais baixos possíveis.
51	Entrevistador: ...médicos...correto?
52	ANAC1: Os requisitos médicos...do resto não posso dizer. Por outro lado, existe algo que poderia - que já foi sugerido, mas as regulamentações europeias demoram muito tempo a ser mudadas - implicaria um artigo específico que seria o de impedir que o

	acesso à formação fosse efetuado por candidatos sem terem já verificados os requisitos médicos. Ou seja, o que é que acontece neste momento? Aqueles mais conscientes - ou ignorantes, que não sabem como é o processo - ou as escolas mais conscientes aconselham o candidato a ir fazer primeiro o exame médico e só depois a investir no curso. Outras escolas nem por isso, outros candidatos nem por isso. Nada obriga que o curso de formação de um tripulante de cabine, com a consequente emissão do atestado - do <i>attestation</i> -, implique o cumprimento dos requisitos médicos. O que o regulamento europeu diz é que os requisitos médicos têm que ser cumpridos quando o candidato a tripulante vai exercer funções numa companhia aérea. Portanto, podemos ter casos de indivíduos que fizeram o curso de tripulante de cabine há dois ou três anos e que nunca fizeram o exame médico - e agora surgiu uma hipótese de eventualmente serem contratados por uma companhia aérea e têm que apresentar o documento médico. E, às vezes, há surpresas, porque há alguns requisitos...há pouco disse que não havia listas fechadas, mas há algumas listas fechadas, nomeadamente nos requisitos visuais e auditivos. Esses aí são relativamente fechados e, portanto, grandes desvios desses requisitos impedem a aptidão médica para o exercício das funções.
53	Entrevistador: Muito interessante esse tema que levantou agora... Que temas emergentes poderão vir a influenciar o futuro da certificação médico-aeronáutica e/ou a avaliação médica dos tripulantes de cabine? O que é que poderá estar aí a vir, doutor, que possa melhorar ou eventualmente até piorar?
54	ANAC1: Ou alterar a qualidade no sentido global, não só na parte médica, mas aquilo que se perspectiva de futuro - ou que tentam perspetivar - que são as aeronaves de piloto único. E isso poderá implicar maiores exigências para o pessoal de cabine. Isso poderá... não sei até que ponto, porque estes problemas, quando nos colocam muitas reticências, temos tendência a não pensar muito neles, tentamos que seja um problema para não ser resolvido. Mas o futuro dirá.
55	Entrevistador: Doutor, muito, muito obrigado. Não sei se quer acrescentar alguma coisa mais. Foi a última questão. Não sei se existiu alguma questão que gostasse que eu lhe fizesse...
56	ANAC1: Ainda relativamente a este tema. Fala aqui nas eventuais tendências observadas pela ANAC - no fundo, aquilo que tem vindo a ser feito pela ANAC, não sei se pelas outras autoridades. Presumo que sim, que sejam. Isto, normalmente, das autoridades, iniciam procedimentos mais ou menos em consonância uns com os outros. É detetado um problema, levanta-se esse problema, discute-se o problema e depois tenta-se resolver. Até aqui, havia pouco interesse na verificação da existência dos atestados, por parte da autoridade, por parte das companhias. Mesmo os <i>Medical Reports</i> , os relatórios médicos, os documentos médicos de aptidão também eram pouco considerados a nível das companhias, porque as próprias companhias faziam a sua seleção e avaliação médica. E, portanto, o facto de ter aquele papel não é garantia de que ali esteja com os requisitos. E, portanto, os seus serviços de medicina ocupacional fazem o controlo e acompanhamento dos tripulantes. E, se os serviços funcionarem bem, penso que não devemos propor grandes alternativas - isso no sentido de centralizar essa avaliação nas autoridades - por um número excessivo de candidatos. Portanto, iria dificultar muito o controlo.
57	Entrevistador: Por outro lado, também iria dar, como que uma certa...a tal...a palavra "certificação" é sempre...tem um peso. Mas tem um peso para os dois lados, não é, doutor? Tem um peso tanto para o próprio profissional, que se sente de alguma forma suportado e salvaguardado por um estatuto - por assim dizer - certificatório. E essa tal centralização poderia dar um pouquinho mais esse...
58	ANAC1: Poderia, mas continuamos...o mesmo acontece para os pilotos. Um piloto pode ser considerado inapto numa companhia aérea por não cumprir com os requisitos necessários. Vamos supor um piloto obeso ou um piloto muito alto, com uma altura excessiva, que seja incompatível com o tipo de aeronaves daquela companhia. Essa companhia tem justa causa para não o admitir ou para o dispensar [...]. A companhia investe em novas aeronaves que têm outras dimensões ou algo assim e, portanto, pode perfeitamente acontecer. E o piloto continua apto, perfeitamente apto, sem qualquer tipo de limitação para o exercício das funções de piloto. Não cabe é ali. Não cabe é ali. Portanto, e para os tripulantes de cabine, no fundo, o que se passa é a mesma coisa. Embora o universo seja mais... o universo de supervisão e controlo seja mais diluído, porque é um universo muito maior de pessoas. Muito maior.
59	Entrevistador: Fantástico. Mais alguma contribuição, doutor? [...] Muito obrigado.

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

RSC1 - RESPONSABILIDADE SOCIAL CORPORATIVA 1

1	Entrevistador: Muito bom dia [...]. Antes de mais agradeço-lhe a colaboração nesta entrevista e peço-lhe a autorização da mesma. É possível?
2	RSC1: Claro que sim.
3	Entrevistador: Começamos então agora pela primeira questão. Poderia começar por se apresentar e descrever brevemente a sua experiência profissional no setor da aviação civil, em particular no domínio da responsabilidade social corporativa?
4	RSC1: A minha carreira profissional no âmbito da responsabilidade social corporativa já começou... já dura há alguns anos. Não tanto numa carreira declarada [...]. Eu trabalhei durante 25 anos na Base Aérea das Lajes e, nos últimos 12 anos da carreira, enquanto afeto à Base das Lajes, trabalhei no <i>Safety Office</i> . Desempenhei funções de <i>Safety Manager</i> , <i>Weapons Safety Manager</i> e <i>Occupational and Safety Health Manager</i> . O <i>Safety</i> da Força Aérea, onde trabalhei, era um <i>Safety Office</i> com várias disciplinas, e nós tínhamos ali... nós chamávamos de <i>Subject Matter Experts</i> em áreas específicas que tinham um impacto direto na aviação. E o que é que aconteceu? Já no fim da carreira, exercia funções de <i>Safety Manager</i> , enquanto o titular principal - nesse caso, o oficial - estava na guerra, a voar. Fazia uma comissão de guerra e voltava. Isto tem a ver com a responsabilidade social. Nas organizações responsabilidade social não é uma declaração, é uma prática instituída, em que <i>Mission first, people essential</i> . Ou seja, se não houver pessoas capazes, disponíveis, bem formadas e motivadas, a missão da Força Aérea americana não seria bem-sucedida. O <i>mission success</i> depende das pessoas. E é interessante: nós trabalhávamos muito, muito mesmo, e com bastante proximidade à responsabilidade social e laboral. Mas, repare, o contexto em que estávamos inseridos... através do emprego, os americanos são obrigados a manter [...]. Assim, nunca precisaram de um certificado ou de um sistema de gestão formal. Tinham um sistema de gestão próprio, evidenciado pelo que faziam - e não pelas intenções. O principal, para os americanos com quem trabalhei - e foi, para mim, uma grande escola - era que eu precisava de papel apenas para me organizar no cumprimento do que tinha para com as pessoas, e não para fazer cumprir aquilo que apenas prometi fazer. Era uma filosofia um pouco à frente. Muito à frente. E foi lá que tive os primeiros contactos com a responsabilidade social. [...] Havia vários departamentos, e tudo isso - tudo isso - estava relacionado com a responsabilidade social em contexto de trabalho. [...] Tudo isso no âmbito da pergunta: o que consigo eu fazer pelos outros, como retorno do <i>mission success</i> e do <i>mission accomplishment</i> da minha principal missão? E isso enquadra-se perfeitamente hoje nas empresas. Quando, há quatro anos, alguém falou na Companhia Aérea B - através do Luís Rodrigues, que foi nomeado pelo acionista para presidir o Conselho de Administração -, ele chamou-me e pediu-me que implementasse, na Companhia Aérea B, um Gabinete de Impacto Social. Estava a falar de responsabilidade social. Eu chamo-lhe sustentabilidade, um dos três pilares do <i>Environmental, Social and Governance</i> , os chamados ESG. Portanto, essa foi a minha missão quando fui convidado a trabalhar na parte social. Eu chamo-lhe agora relação social, segurança e saúde. E temos agora um problema que é muito simples: o ser humano influencia o seu desempenho, e a performance está relacionada com quatro fatores. Eu não lhes chamo fatores - chamo-lhes condicionalismos humanos: a condição física da pessoa, a condição fisiológica, a condição psicológica e a condição psicossocial. São estas quatro dimensões. Se eu não estiver bem fisicamente, por ter uma doença; psicologicamente, por ter um problema de saúde mental; ou se não tiver uma boa relação com os outros, eu não consigo desempenhar as minhas funções. E o <i>safety</i> é isto. Não é outra coisa. [...] São quatro condicionalismos para a segurança da pessoa. E depois temos ainda que considerar se a empresa tem - ou não - de dar algo de volta às partes interessadas: ao colaborador, ao fornecedor, à comunidade... sei lá, a todas as pessoas que contribuíram de forma direta, permanente ou pontual para a grandeza daquilo em que ela se torna.
5	Entrevistador: Muito bem. Diga-me uma coisa [...] a Companhia Aérea B dispõe de uma política formal de responsabilidade social corporativa que contemple especificamente situações de inaptidão laboral por acidente de trabalho nos tripulantes de cabine? Pode descrever brevemente?
6	RSC1: Pode ser com um tripulante de cabine, com um piloto ou com qualquer outro trabalhador [...]. Nós temos uma política em que, após cada acidente de trabalho, o PNC volta a uma consulta de Medicina do Trabalho. E o que é que garante a Medicina do Trabalho? Garante duas coisas: que o trabalho não agrava o estado de saúde da pessoa, e que o acidente de trabalho garante a rápida reintegração desse trabalhador em contexto laboral. E o que é que acontece na Companhia Aérea B? Nós temos uma política em que, no caso de um PNC com aptidões condicionadas, há um cuidado muito, muito particular em avaliar o grau de limitação. O que acontece? Como em qualquer outra empresa, é necessário adaptar o posto de trabalho ao trabalhador. No caso dos Tripulantes, isso não é nada fácil. Quando essa adaptação não é possível, devido à limitação física do trabalhador, existe um processo paralelo para encontrar outras funções em terra compatíveis com a doença em causa. Esse processo está descrito no acordo de empresa entre a Companhia Aérea B e o Sindicato A. Inclusive, há apoios no sentido de mitigar a perda da licença médica e do exercício da atividade. Existem mecanismos próprios - em alguns casos, bem-sucedidos; noutros casos, com algum desconforto, que tentamos corrigir através da aceitação de certos compromissos entre as partes. E há ainda outros casos em que a pessoa deixa de ter qualquer ligação à empresa. [...]
7	Entrevistador: Que princípios orientadores sustentam a política de responsabilidade social corporativa da empresa no que respeita à proteção dos tripulantes em situação de incapacidade laboral prolongada?
8	RSC1: Numa situação dessas, a resposta curta é que temos, obrigatoriamente, de cumprir o que diz a legislação laboral. Então, enquanto a pessoa está em recuperação - por exemplo, numa situação de doença prolongada - o que acontece? O que acontece é que, sempre que o trabalhador precisar de nós, estamos disponíveis. Há, por exemplo, pessoas que querem realizar consultas intermédias. Tudo depende da natureza da doença. Há doenças que, à partida, sabemos ser do foro dos riscos psicossociais. Acompanhamos. Interrompemos as inaptidões e voltam à Medicina do Trabalho para fazer uma nova consulta. Verifica-se se estão bem. As pessoas regressam. Portanto, se tivesse de resumir isso numa palavra, seria "paciência". [...] Algumas pessoas estão cinco ou dez anos afastadas e, quando regressam, nós estamos cá para as receber. Acho que esse aspeto é muito importante, mas mais

	importante ainda é garantir que, durante todo o processo de doença, a pessoa mantenha o seu seguro de saúde e continue a sentir que conta com a empresa sempre que for necessário. Porque a única coisa que a pessoa perde - por exemplo, no caso de uma baixa - é aquilo a que chamamos “facilidade de transporte”. Ainda assim, existe uma política que prevê que, se for necessário transporte para uma consulta médica, seja o que for - e estamos a falar de pessoas que, por vezes, necessitam de se deslocar ao continente -, levantamos essa suspensão temporariamente, até que a pessoa recupere e possa retomar a sua vida. [...]
9	Entrevistador: Portanto, há pouco disse que resumiria isso numa palavra. Eu encontrei outra: talvez “solidariedade”.
10	RSC1: Solidariedade. Muito bem. Solidariedade. Sabe, a pessoa não deixa de ser nossa funcionária enquanto está de baixa. Só deixa de ser nossa funcionária quando, efetivamente, arranjou outra entidade patronal ou se desvinculou da nossa. A palavra é essa: solidariedade.
11	Entrevistador: Certíssimo.
12	RSC1: Nós temos casos - que estamos a acompanhar - e sabemos como é que as pessoas são. Por vezes, contactamos as pessoas, mas temos de ter algum cuidado. Quando se contacta alguém, existe sempre aquela desconfiança: “Por que é que a empresa me está a contactar?” Certamente, a primeira coisa que pensam é: “Não vou atender.” Por exemplo, nós temos um princípio em fatores humanos: há pessoas que, quando recebem uma chamada telefónica de uma chefia, ligam para nós a dizer: “A minha chefia está-me a telefonar e eu não quero atender.” A nossa primeira reação é: “Espera mais um pouco, vamos conversar um pouco, e depois atendes. Certamente verás que é por uma boa razão.” E nós vamos averiguar. Vamos averiguar. Normalmente, uma pessoa que está de baixa não deve ser contactada. Mas, por vezes, há chefias que telefonam. Aconteceu, muito recentemente, com um diretor que precisava de falar com uma determinada pessoa. A pessoa não atendeu e o diretor ficou chateado. Logicamente, quando vamos confrontar esse diretor, mantemos toda a conversa em total confidencialidade. A confidencialidade não é uma ferramenta exclusiva do Safety Office - também é da solidariedade social e da responsabilidade social. [...] A responsabilidade social assenta também na segurança e na confidencialidade. Assenta na relação laboral que temos de manter com aquela pessoa, porque ela, mais dia menos dia, vai voltar.
13	Entrevistador: Claro. Outra questão: como se articula, na prática, a política de responsabilidade social corporativa com os casos de inaptidão definitiva resultantes de acidente de trabalho? Isto é, gostaria de perguntar nomeadamente pela descrição de ações, programas ou medidas específicas em vigor.
14	RSC1: Ok. A forma de fazer isso é assim: há o AE e está lá escrito. Tudo o que diz respeito à saúde e garantias, obrigações entre as partes, está no AE, e está tudo, tudo bem definido. Eu posso dizer o que está lá, mas veja o AE, que eu acho muito interessante.
15	Entrevistador: Sim. Será feito um cruzamento de informação e análise qualitativa.
16	RSC1: Está lá muito bem definido. E temos alguns casos. Temos casos aí na própria sede de pessoas - aí ao lado - de pessoas que eram Tripulantes e deixaram de ser. Está lá muito bem definido.
17	Entrevistador: Ok. Diga-me: existe um protocolo interno específico para a gestão de casos de inaptidão definitiva para o voo? Isto é, essa referência à existência ou ausência de orientações formais pode remeter, outra vez, para o acordo de empresa?
18	RSC1: Sempre para o acordo de empresa. Nós temos um... vamos dizer assim... vamos fazer isto... temos sempre de ver o que diz o acordo de empresa. E depois há outra coisa que é muito importante: a própria lei. Olhe, temos um caso neste momento - não é com Tripulantes, é com um trabalhador de assistência em escala. Nós recorremos à Direção do Trabalho. A Direção do Trabalho vem à empresa, aplica a lei, faz uma auditoria à empresa e determina se não há outras funções que esse trabalhador incapacitado possa exercer. Para fazer duas coisas: manter o emprego efetivo e, ao mesmo tempo, promover a dignidade do ser humano.
19	Entrevistador: Certíssimo. Qual é o processo implementado pela empresa após a ocorrência de um acidente de trabalho com um tripulante de cabine? Pode descrever cronologicamente as etapas e os intervenientes?
20	RSC1: Primeira etapa - depois, se quiser, até lhe posso enviar a política que temos disponível para toda a gente - é telefonar para uma Linha de Saúde. Essa Linha de Saúde é da seguradora e, a partir daí, a seguradora assume o acidente de trabalho, sempre ou à partida. Determina para onde a pessoa se deverá deslocar na situação em que sofreu o acidente de trabalho. Tem o primeiro contacto com essa Linha de Saúde, que determina para onde vai, a que horas, que exames fazer, e faz uma ressalva: todas as despesas efetuadas são depois enviadas, através de um portal próprio, para esta apólice de seguros. Nós somos informados. E somos informados por uma razão muito simples: a participação de um acidente de trabalho na Companhia Aérea B é exclusivamente da nossa responsabilidade. Antigamente, cada um fazia. Muitas vezes, mal feito. Outras vezes, mal preenchido. Somos nós a cuidar dessa situação. Antigamente, era o tripulante que informava, e o indivíduo Y que preenchia - e isso depois gerava confusão. Não com o indivíduo Y ou com os tripulantes. Às vezes há coisas que não são acidentes de trabalho. Mas, mais uma vez, o AE define: no caso dos Tripulantes, todas as doenças, todos os acidentes de trabalho fora da base ou doenças fora da base do tripulante, a responsabilidade da reparação do acidente é da exclusiva responsabilidade da Companhia Aérea B. A empresa, depois, transfere a responsabilidade pelas reparações financeiras, os custos, para uma seguradora - e é mais ou menos isso. Um tripulante de cabine residente em Lisboa, em serviço de pernoita, havendo qualquer acidente de trabalho, a responsabilidade pela reparação de danos é da Companhia Aérea B que transfere essa responsabilidade.
21	Entrevistador: Certíssimo. Diga, como decorre a comunicação entre a Companhia Aérea B e o tripulante, desde o momento do acidente até à eventual declaração de inaptidão definitiva pelo gabinete de medicina aeronáutica?
22	RSC1: É sempre...aliás, a instrução que foi dada - se quiser, até lhe posso enviar - é que a primeira comunicação é com as Escalas [Serviço de Planeamento e Escalas]. Se é para atrasar um voo, se é para cancelar, se é para substituir, é com as Escalas. E logo a seguir somos nós [Gabinete SST]. Logo a seguir.
23	Entrevistador: Portanto, o Gabinete SST vai acompanhando o processo...
24	RSC1: Recebe uma chamada telefónica de um dos técnicos, a qualquer hora, em qualquer sítio - pode ser nos Estados Unidos, pode ser no Canadá, pode ser... sei lá, na Horta, no Pico - recebe logo uma chamada nossa a perguntar se está tudo OK. E, muitas vezes, é o próprio tripulante que nos telefona. Recebemos chamadas a dizer: “Estou aqui no hospital... o que é que eu faço?” A primeira

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

	coisa que fazemos é dar orientação. A orientação é: número da apólice, número da linha de ajuda, e a ajuda vai ter de orientar. Por exemplo, se estivermos na Europa, nós temos basicamente três apólices para a reparação de acidentes e doenças dos Tripulantes.
25	Entrevistador: Três apólices, referiu-me?
26	RSC1: Sim. Uma para acidentes de trabalho em Portugal, uma para acidentes de trabalho fora de Portugal, e outra apólice geral para outras situações.
27	Entrevistador: Ok. Esclareça-me aqui uma pequena parte: de que forma se articula internamente a gestão dos casos de acidente de trabalho entre os departamentos - em particular o de Medicina do Trabalho, medicina aeronáutica e recursos humanos?
28	RSC1: No caso de acidente de trabalho, tudo está concentrado...concentrado no nosso gabinete. Se houver uma inaptidão...uma ficha de inaptidão...apos um acidente...apos uma consulta que determinou a inaptidão de um trabalhador, somos no a partilhar essa informação primeiro com a chefia direta. Nos temos um sistema...quando se assina uma ficha de inaptidão vai logo para a chefia direta e para o próprio trabalhador e fica logo disponível ao colaborador no portal do colaborador. Depois se houver inaptidões condicionadas tem de se verificar se as condições de trabalho são adequadas e adaptáveis aquela situação. Ok...por exemplo...não sei se posso utilizar este caso, mas foi um caso...
29	Entrevistador: ...desde que não refira nomes...
30	RSC1: Ok. Uma colega que é tripulante de cabine. Esta colega teve um acidente de trabalho. Esta colega teve a sua reparação. Quando foi dada como apta, esta colega esteve a trabalhar em terra durante algum tempo. Chegou ao ponto de gostar e se ser aceite e a colega fazia duas coisas. Trabalhava em terra alguns dias e trabalhava no ar outros dias. Agora julgo que esta colega só trabalha no ar.
31	Entrevistador: Muito bem.
32	RSC1: Isto é um caso.
33	Entrevistador: Portanto, os Recursos Humanos articulam isso em conjunto com o SST, correto?
34	RSC1: Exatamente. As soluções são apresentadas por nós, de acordo com a Lei do Trabalho. Cada vez que um trabalhador é dado como inapto temporariamente para uma função, o serviço de Segurança e Saúde no Trabalho tem obrigatoriamente de ser informado, para analisar as condições de trabalho a que esse trabalhador eventualmente ficará sujeito após o seu regresso, e se estarão de acordo com as suas limitações.
35	Entrevistador: Muito bem. A empresa acompanha ativamente - e quando falo de “empresa” não me refiro à Medicina do Trabalho - estou a referir-me ao seu gabinete, ao SST, ou à própria empresa em si. Acompanha ativamente o processo clínico até à conclusão da decisão de aptidão ou inaptidão para o voo?
36	RSC1: Não. Nós não podemos, porque, dada a confidencialidade e o sigilo profissional médico, nós não acompanhamos. Nós acompanhamos a situação de aptidão para o exercício da função. Se me disser: “Você sabe qual é a razão pela qual o trabalhador está em casa?” - sabemos se o trabalhador partilhar isso connosco. Por exemplo, há o caso de uma tripulante de cabine que, para além de ser tripulante, também é formadora. Teve um acidente pessoal e, dado esse acidente, não pode exercer a sua função no voo, sugerindo, assim, ficar apenas afeta à formação.
37	Entrevistador: Certíssimo, certíssimo.
38	RSC1: Isto é um caso muito concreto que está a decorrer de momento.
39	Entrevistador: De que forma a companhia interage com as estruturas sindicais no processo de acompanhamento de tripulantes sinistrados e na gestão de situações de inaptidão permanente?
40	RSC1: Sempre, sempre. Porque é assim... A responsabilidade social faz-se sempre no diálogo com os nossos parceiros. Daí que tudo o que fazemos em termos de políticas - e neste caso em particular - somos obrigados...obrigados no bom sentido da prática, não obrigados legalmente, no bom sentido da prática de trocar ideias com os nossos sindicatos. E até muito recentemente recebi uma comunicação com avaliação e parecer técnico dos sindicatos sobre a referenciação de acidentes de trabalho.
41	Entrevistador: Sim, sim. Muito bem.
42	RSC1: E tudo isso que estou a dizer posso fundamentar com documentos.
43	Entrevistador: E eu agradeço. [...]
44	RSC1: Aquilo que estou a dizer é prática efetiva - é mesmo aplicado em contexto de trabalho. E somos muito, muito escrutinados pelos próprios sindicatos. A gente não faz aquilo que os sindicatos mandam fazer; a gente faz aquilo que acha correto e aquilo que somos obrigados a fazer. E esse “obrigado” não é porque somos mandados, é porque... como hei de dizer... produz valor. [...] E isso aplica-se a qualquer profissão - seja tripulante, seja piloto. As políticas são transversais a todas as classes profissionais.
45	Entrevistador: Mudando agora um pouco o foco para o apoio psicossocial, jurídico e informativo: a empresa disponibiliza apoio psicológico aos tripulantes sinistrados durante e após a decisão de inaptidão para o voo?
46	RSC1: Nós acompanhamos durante, se o trabalhador assim o solicitar. Nós temos, sim, temos. Mas, como as pessoas também têm os seus próprios sindicatos, os seus próprios sistemas de saúde, é sempre uma opção. Mas essa disponibilidade existe.
47	Entrevistador: E após a decisão?
48	RSC1: Após a decisão... aí depende. De qualquer maneira, se o trabalhador estiver ainda afeto à Companhia Aérea B, claro que sim. Claro que sim. [...] Sempre a pedido da pessoa. É assim: entramos em contacto com a pessoa e dizemos - “o número é este, se precisar, contacte este número; se não precisar, significa que está tudo OK”. Mas a ajuda existe.
49	Entrevistador: O importante é estar disponível - depois cabe ao sinistrado recorrer ou não.
50	RSC1: Exatamente. E, mais uma vez, não é só para tripulantes - é para toda a gente.
51	Entrevistador: Ok. Existe acompanhamento médico após a decisão de inaptidão, que assegure a continuidade da recuperação do tripulante?
52	RSC1: Uma coisa é estar... A questão é sempre esta: se está afeto à empresa ou não. Se continua afeto à empresa, sim. Se há um desvínculo laboral, temporário ou por baixa médica ou por outros problemas de saúde, aí, sempre que a pessoa precisar, estamos

	disponíveis. Mas, a partir do momento em que a pessoa não tem vínculo com a Companhia Aérea B, certamente não irá recorrer - não irá recorrer à Companhia Aérea B.
53	Entrevistador: Como é que a empresa assegura que os tripulantes sinistrados compreendem os seus direitos, deveres e benefícios após a decisão de inaptidão?
54	RSC1: Então, o que se faz normalmente é uma reunião de conciliação, muitas vezes com as chefias, muitas vezes connosco. E nessa reunião de conciliação, o tripulante pode perguntar: “O que é que se sucede a seguir? O que é que a empresa pode fazer?” E há um departamento que nós temos - Relações Laborais - que analisa ao pormenor os direitos e deveres de ambas as partes.
55	Entrevistador: Ok. É prestado apoio jurídico aos trabalhadores para a interpretação dos direitos e dos procedimentos legais associados à inaptidão?
56	RSC1: Claro que sim, claro que sim. Temos o nosso Gabinete de Relações Laborais e temos o Gabinete Jurídico para essas situações. Mais depressa será o Gabinete de Relações Laborais, que funciona de forma preventiva para situações deste género. O Gabinete de Relações Laborais lida sobretudo com ações de correção e conflitos entre as partes. E, nesse registo, o Gabinete de Relações Laborais tem exatamente esse efeito.
57	Entrevistador: Mas esse gabinete aconselha o sinistrado ou tem uma vertente pró-empresa, por assim dizer?
58	RSC1: Se for o Gabinete Jurídico, está ali para a empresa. Se for Relações Laborais, está ali para estabelecer e fortalecer a relação entre o trabalhador e a empresa.
59	Entrevistador: Muito bem, muito bem. [...] Mudando agora, novamente, para o bloco da reintegração e requalificação interna na empresa: a empresa propõe alternativas profissionais dentro da organização aos tripulantes inaptos? Se sim, em que moldes?
60	RSC1: Sempre. A primeira coisa que a empresa faz é perceber o grau de inaptidão. A seguir ao grau de inaptidão, verifica se há trabalho em terra, e depois faz uma proposta à pessoa. O que é que acontece? Mais uma vez, recorro aos direitos e obrigações definidos no AE. Por exemplo, não é caso a caso, mas sempre com base no que está definido no acordo de empresa para cada situação. Como digo: temos tido casos... Alguns ficam na Companhia Aérea B e vão para posições em terra, outros decidem ir embora. Sempre que existe um desvínculo laboral, deixa de haver uma relação entre as pessoas e a organização.
61	Entrevistador: Em caso de requalificação por parte da empresa, os tripulantes mantêm a sua categoria profissional, o salário e a progressão de carreira?
62	RSC1: Não. O que acontece é que há um direito legal a cumprir. No caso dos tripulantes, há o AE, que determina uma nova carreira, mantendo as diuturnidades, mantendo - como hei de dizer - o seu nível salarial [...], e a pessoa é inserida na nova carreira. É isso que acontece, de acordo com o que está estipulado entre os tripulantes e a estrutura sindical.
63	Entrevistador: Deixe-me tentar perceber: pode existir uma perda de retribuição, é isso?
64	RSC1: Pode existir uma perda de retribuição pela responsabilidade da função. Não pelo tempo de casa e essas coisas todas. Portanto, um piloto que é piloto, logicamente, se vem para o chão, não é piloto. Pode exercer uma função administrativa. Tudo aquilo que ele ganhou durante a sua carreira - em termos de tempo e remunerações - mantém-se. Mas não consigo dizer muito bem como isso funciona sem ir ao AE, onde está tudo muito bem escrito. O que acontece... eu sei que há um seguro para perda de carteira para os tripulantes, mas não é por isso que as pessoas deixam de vir para o chão.
65	Entrevistador: No seu entender, porquê?
66	RSC1: Não querem vir para o chão. Sei lá... como um bailarino que deixa de bailar. Não quer. E vão sempre até às últimas.
67	Entrevistador: Ok.
68	RSC1: Acho que os casos mais difíceis... não posso dizer nomes, mas posso dizer categorias profissionais. O caso mais complexo é com os pilotos. No caso de um tripulante de cabine, para a pessoa que gosta de ser tripulante de cabine, é uma chatice. Para um piloto... já é tanto...
69	Entrevistador: Entendo, entendo. Apontando para este tema: existem programas internos de requalificação profissional específicos para tripulantes inaptos permanentemente? Especifique, por favor.
70	RSC1: Não. O que há é, normalmente, trabalho em terra. Por exemplo, imagine que é tripulante de cabine e deixou de o ser... [...]. O que se tenta é arranjar situações de emprego próximas do voo. Por exemplo, não é prática - porque somos uma empresa pequena - mas há companhias aéreas que dizem: “Tu vais para a DOV”, ou “Tu vais para os Manuais”, ou “Tu vais para o CCO”. Está a perceber?
71	Entrevistador: No seu entender, existe esse cuidado, é isso?
72	RSC1: Há esse cuidado porque se pergunta: “Onde é que tu queres ir?” E depois vê-se o que há disponível. Está a perceber? Depois também depende das capacidades que a pessoa tem e da vontade para uma nova aprendizagem. Mas a empresa é obrigada a requalificar essa pessoa para as suas novas funções.
73	Entrevistador: Certíssimo. Pegando nessa questão: os trabalhadores - neste caso, os sinistrados Tripulantes inaptos permanentemente - que transitam para outras funções, recebem formação adequada às novas tarefas?
74	RSC1: Sim. Sim, claro que sim. Para uma função de apoio à aviação, tem de ter esses cursos todos. Se for um serviço administrativo, é preciso saber...A cada função está atribuído um manual de funções, e o manual determina o que a pessoa precisa. E é cumprido o manual de funções daquela função. Imagine um caso muito concreto: um tripulante de cabine que teve um problema de saúde e que nós precisamos dele, sei lá... no <i>Safety</i> , ok? No <i>Safety</i> ou no <i>Security</i> . Quais são as condições que a pessoa precisa para exercer aquela função? E a Companhia Aérea B responsabiliza-se pelos custos associados à requalificação
76	Entrevistador: Quando a reintegração não é proposta ou aceite, qual é o procedimento frequentemente adotado?
77	RSC1: Ok. O que a Companhia Aérea B pode fazer - e, pelo que conheço, a Companhia Aérea A nunca adotou - é a rescisão do contrato por inaptidão para as novas funções ou impossibilidade para o exercício de novas funções. Mas aí existe um processo. Olhe, está a decorrer um neste momento, com outro trabalhador - não é tripulante de cabine, mas aplicam-se as mesmas condições: a intervenção do Serviço do Trabalho, da Inspeção da Autoridade para as Condições do Trabalho, que vem auditar se a empresa está ou não a comportar-se de forma responsável.

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

78	Entrevistador: A rescisão por mútuo acordo é uma opção?
79	RSC1: É. Mas, antes de se chegar aí, já existem outros caminhos. Por exemplo, reforma por invalidez derivada de acidente de trabalho. Por exemplo, a chamada incapacidade parcial... desculpe... total para a função habitual. Também existe esse caminho com as seguradoras, para indemnizar a pessoa - sendo essa responsabilidade das seguradoras - e, por fim, os contratos de rescisão por mútuo acordo. Portanto, quando a empresa está a passar por uma reestruturação ou simplesmente é do interesse da empresa que certa pessoa vá embora, para aliviar quadros ou para aliviar... [...]
80	Entrevistador: Mudando um pouco, outra vez, o bloco. Seguros. Vamos falar um pouco de seguros, compensações e relação com a seguradora. Já percebi que a companhia aérea transfere a responsabilidade pela compensação dos sinistrados para uma seguradora externa, verdade?
81	RSC1: Correto.
82	Entrevistador: Que tipo de cobertura e qual o papel da seguradora?
83	RSC1: O que está a perguntar está relacionado com a Lei n.º 98/2009, que permite a reparação e reintegração da pessoa no seu posto de trabalho. Por exemplo: se a pessoa sofre de uma doença natural, a empresa poderá dizer “não temos nada a ver com isso” e encaminhá-la para uma reforma por invalidez. Se for acidente de trabalho, a empresa não pode fazer isso. Nunca pode fazer isso. A lei não permite. Há três coisas previstas: Adaptação do posto de trabalho; Requalificação da pessoa para uma nova função; Adaptação do posto de trabalho àquela pessoa. No caso de um tripulante de cabine, não se pode fazer essa adaptação. É mais fácil noutros contextos - funções administrativas, TTA's, área comercial... Agora, há profissões em que não se consegue adaptar. É o caso de um piloto, de um tripulante de cabine...um TMA ainda pode. Pode colocá-lo, por exemplo, numa biblioteca de manuais de manutenção. Deixa de ser TMA e, se tiver capacidade física e psicológica, pode exercer outras funções. Tripulante de cabine é um pouco mais complicado. Então, é proposta requalificação para outras funções, dando a empresa toda a formação necessária e obrigatória para o exercício dessas novas funções. A pessoa é colocada nessa nova função como se fosse uma admissão. Para isso, recorremos a outro exame de Medicina do Trabalho, para verificar se a pessoa tem capacidade para o exercício daquela nova função. Um dos motivos pelos quais a pessoa vai à Medicina do Trabalho não é só por acidente, mas também pela mudança de posto de trabalho - mudança de funções.
84	Entrevistador: Há pouco falou-me - e eu fiquei com alguma dúvida - existe um seguro complementar que cobre situações de inaptidão definitiva para o voo de Tripulantes?
85	RSC1: No AE. Está no acordo de empresa. Acho que são 5% ou 10% do salário. [...] Mas está no AE. Normalmente, essa parte dos seguros está fora de nós - vai para o gabinete dos nossos agentes de seguros. Também está no AE. Não sei exatamente o que acontece quando a pessoa perde a sua capacidade para o exercício da sua função permanente.
86	Entrevistador: Os processos de compensação são céleres, transparentes e compreensíveis para os trabalhadores?
87	RSC1: São. São, porque está tudo regulamentado. Então não se deixa nada, nada por esclarecer. Está tudo lá. E depois as contas são feitas por ambas as partes, logicamente. As contas são feitas pelas Relações Laborais e pelos próprios sindicatos. Porque o tripulante de cabine, muitas vezes - ou quase sempre - antes de recorrer à empresa, já recorreu ao sindicato.
88	Entrevistador: OK.
89	RSC1: O sindicato não deixa nada na escuridão ou na incerteza.
90	Entrevistador: Certo, então tem mesmo de ser nesse sentido.
91	RSC1: Tem mesmo de ser. Tem mesmo de ser, porque é por isso que eles têm sindicatos, desculpe... apoio sindical permanente. [...] O Sindicato B dos Pilotos, o Sindicato A dos Tripulantes e o Sindicato C dos Técnicos de Manutenção de Aeronaves dão seguimento ao apoio administrativo e legal em caso de qualquer dúvida. Portanto, quando alguma coisa não está bem, dizem logo: “Vamos contactar o sindicato.” É uma cultura. Não é uma exigência - é uma cultura da categoria profissional.
92	Entrevistador: A empresa acompanha a atuação das seguradoras e intervém quando necessário?
93	RSC1: Acompanha. Acompanha... Mas é assim: nós não trabalhamos diretamente com as seguradoras. Temos um broker, e o broker é que intervém com as seguradoras. Todos os anos há uma revisão: revisão dos prémios, das participações e do trabalho. Por exemplo, num acidente de trabalho, nós não telefonamos para a seguradora. Telefonamos para o nosso broker, que tem os seus advogados e técnicos, para fazer face a qualquer situação diferente da habitual.
94	Entrevistador: Que não esteja em conformidade, é isso?
95	RSC1: Exatamente.
96	Entrevistador: O último bloco, com as últimas duas questões, tem a ver com a avaliação global e recomendações de boas práticas. Primeira questão: [...] Como compara a atuação da Companhia Aérea B com outras companhias aéreas no que respeita às boas práticas de responsabilidade social corporativa aplicadas a trabalhadores incapacitados?
97	RSC1: Eu não tenho muito conhecimento, por exemplo, do que faz a Companhia Aérea A. Eu acredito - eu acredito - que a Companhia Aérea B faz igual ou melhor que a Companhia Aérea A. Porque é assim: o benchmarking aparece na aviação. A primeira coisa que a gente faz é: "O que é que faz a Companhia Aérea A?" "O que faz a Companhia Aérea B?" Por exemplo, vou dar um caso muito concreto que não tem muito a ver com a reparação de acidentes de trabalho, mas com fumes a bordo. [...] E já perguntaram: "O que é que a Companhia Aérea A está a fazer?" E o que a Companhia Aérea A está a fazer, nós estamos a igualar. Analisa-se a condição, fazem-se uns exames, determina-se...estou a falar da parte da reparação de danos. [...] Faz-se uma avaliação, faz-se um rastreio, verifica-se se houve danos, se não houve danos, e depois damos continuidade. Tivemos um caso na Companhia Aérea B, muito recentemente, com uma situação destas. O piloto esteve de baixa durante um mês, um mês e pouco.
98	Entrevistador: Esclareça-me... neste momento, a Companhia Aérea B acompanhou - já referiu isso - fez <i>benchmarking</i> no caso das questões relacionadas com <i>fumes</i> . São dadas como acidente de trabalho atualmente na Companhia Aérea B?
99	RSC1: Nós fazemos exatamente, exatamente o que faz a Companhia Aérea A. O que nós temos é um mini gabinete de medicina - não temos a dimensão do Gabinete de Medicina A. A dimensão inclui três áreas: medicina aeronáutica; Medicina do Trabalho;

	medicina geral e familiar. A medicina geral e familiar não temos, mas temos a medicina aeronáutica e a Medicina do Trabalho, que são subcontratadas a uma empresa. Essa empresa está associada a ambas as funções: medicina aeronáutica e Medicina do Trabalho.
100	Entrevistador: Ok. Última questão: que recomendação faria, ou recomendações faria, com base na sua experiência profissional, para tornar os processos de transição por inaptidão definitiva mais humanos, justos e eficientes?
101	RSC1: Ok. É difícil... é difícil. Há espaço para melhorar. Eu acho que o mais complicado é o tempo de comunicação de ambas as partes. O tempo de comunicação - quanto tempo leva a dizer à empresa que não está bem, e quanto tempo a empresa, em colaboração com o trabalhador, possa efetivamente passar à ação. O grande problema é que se leva muito tempo, muito tempo a decidir. Porquê? Porque não se comunica. E se se comunica, não se reage prontamente. Tem de haver processos muito bem definidos e delineados, com prazos e instruções simples: O trabalhador tem tanto tempo para comunicar; A empresa tem tanto tempo para responder; A empresa tem tanto tempo para implementar as recomendações e os compromissos entre as partes. É isso que eu acho.
102	Entrevistador: Acredita que uma proposta de um <i>timeline</i> seria benéfica?
103	RSC1: <i>Timeline</i> . Exatamente. <i>Guidance</i> e <i>Timeline</i> . Obrigado. Sabe que, estando numa área de <i>Safety</i> , um <i>Safety Report</i> tem de ser respondido em determinado tempo. [...] Temos tanto tempo para enviar, temos tanto tempo para averiguar, temos tanto tempo para implementar, e depois temos tanto tempo para validar a eficácia... O que é que acontece? Isto tem de estar tudo muito bem feito, muito bem ensaiado, e acima de tudo, tem de estar tudo muito bem validado. É isso que está a ser feito. É por isso que, quando se está a ver um <i>Safety Report</i> , se vai ver: "Quanto tempo levaste a responder?" "Foram 11 dias." Não está conforme.
104	Entrevistador: Portanto, acredita que é uma lacuna que ainda poderia ser revista nos processos da empresa?
105	RSC1: Claro que sim. Claro que sim.
106	Entrevistador: A minha entrevista está dada como concluída. Agradeço imenso a sua participação. [...]

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

RS1 - REPRESENTANTE SINDICAL 1

1	Entrevistador: Boa noite. Antes de mais vou pedir autorização para gravação da entrevista.
2	RS1: Está autorizada.
3	Entrevistador: Dou-lhe a minha palavra em como a entrevista será mantida confidencial e ao abrigo do estudo académico. Vamos iniciar a entrevista. Qual o papel principal do sindicato na defesa dos direitos dos Tripulantes sinistrados?
4	RS1: Essa inoperatividade dos tripulantes resulta frequentemente das próprias condições de trabalho. Já é sabido que a profissão, por si só, acarreta um desgaste significativo, cuja origem é amplamente reconhecida. Além disso, há dados científicos que indicam que certas doenças são provocadas ou fortemente influenciadas pela atividade profissional, apresentando uma incidência elevada entre os tripulantes. Para além desse fator, existem também outras circunstâncias que se têm manifestado nos últimos anos, derivadas do trabalho realizado - muitas vezes invisível - e das condições laborais a bordo das aeronaves. É uma questão que nós, enquanto sindicato, abordámos há algum tempo, nomeadamente no contexto de uma companhia específica, a Companhia Aérea A. Chegámos inclusive a questionar o aumento do número de casos de tripulantes que ficavam de baixa, inoperativos ou com incapacidade. Consideramos que há uma relação direta entre esse fenómeno e, por um lado, as condições de trabalho e, por outro, o uso excessivo dos tripulantes, uma vez que são submetidos a um número crescente de horas de voo. O sindicato desempenha um papel primário nesta questão. Inicialmente, atua numa fase de intervenção direta, analisando e acompanhando as queixas dos tripulantes. Posteriormente, numa segunda fase, quando o tripulante formaliza a sua queixa, é seguido um processo que culmina na avaliação da sua incapacidade por parte da empresa ou da entidade competente. Só após essa validação o sindicato é formalmente informado, não tendo, a partir desse momento, qualquer intervenção ativa no processo. Depois dessa comunicação, seguem-se os trâmites normais da aviação, que podem levar à cessação da atividade de voo do tripulante e, eventualmente, à sua realocação dentro da própria empresa.
5	Entrevistador: Quais são as principais dificuldades enfrentadas então nesse caso pelo sindicato na proteção dos tripulantes em incapacitados permanentemente?
6	RS1: Eu diria que é um misto. É um universo difícil e um tema muito complexo, no qual o sindicato encontra dificuldades em intervir. Sabemos as razões, mas, por vezes, não devemos encarar esta questão apenas de forma bilateral. Não se trata apenas de um problema da empresa; há também a questão das seguradoras e do peso que estas têm. Além disso, verifica-se frequentemente uma dificuldade por parte do próprio tripulante de cabine. Muitas vezes, somos informados de casos de associados que nunca comunicaram previamente a sua situação ao sindicato, e só tomamos conhecimento no momento da inaptidão. Não há uma ausência total de contacto, mas não temos essa capacidade nem essa possibilidade de estabelecer uma ligação próxima desde o início do processo. Eu diria que essa incapacidade e fragilidade do sindicato são relevantes, até porque, muitas vezes, o tripulante não está devidamente informado nem sustentado ao longo de todo o processo. Acaba por ser conduzido por circunstâncias que, em muitos casos, envolvem interesses alheios ao que seria desejável. A verdade é que, enquanto sindicato, enfrentamos grandes dificuldades nesta área. Diria que é um processo que decorre à margem do sindicato. Há uma fase inicial em que podemos intervir, como referi anteriormente, mas, a partir do momento em que o tripulante entra numa fase de pré-inaptidão e até atingir a inaptidão definitiva, o sindicato está ausente.
7	Entrevistador: Que estratégias têm sido adotadas, pelo sindicato, para melhorar as condições dos tripulantes que sofrem de acidente de trabalho?
8	RS1: O que temos feito, e atualmente com um maior acompanhamento, é procurar estar mais próximos de alguns tripulantes que nos têm contactado, tentando acompanhar mais de perto esta problemática. Como referi anteriormente, costumamos sempre recuar na análise e voltar a insistir na questão das condições de trabalho, pois considero que este é um ponto fundamental. Esse é o primeiro passo. Há sempre a intenção de melhorar a atuação do sindicato, e, embora não nos desresponsabilizemos, é importante reconhecer que o sindicato é uma entidade externa a este processo. Além disso, não existe qualquer obrigatoriedade da empresa em informar o sindicato sobre a situação do tripulante A, B, C ou D, independentemente de ser associado ou não. No caso da Companhia Aérea A, a empresa comunica diretamente com o tripulante, e só posteriormente o sindicato é informado e formaliza essa comunicação. Atualmente, estamos a lidar com uma situação concreta e recorrente, na qual o sindicato tem vindo a atuar para garantir que, pelo menos na primeira fase, o problema seja reconhecido como acidente de trabalho. Um exemplo disso é o caso da exposição a fumos a bordo, que já resultou em tripulantes a necessitarem de medicação devido aos sintomas e causas diretamente associadas a esses incidentes. O sindicato tem pressionado para a implementação de um protocolo específico, já em vigor, que assegure proteção e um encaminhamento adequado para os tripulantes afetados. No entanto, este continua a ser um processo extremamente complexo. As empresas resistem a qualquer intervenção sindical nesta área, e a influência das seguradoras é evidente. Contudo, importa referir que, muitas vezes, são os próprios tripulantes os primeiros a não reportar a situação ao sindicato. Quando o sindicato é finalmente confrontado com o problema, este já se encontra numa fase avançada, limitando a possibilidade de uma intervenção mais eficaz.
9	Entrevistador: Na fase pós-inaptidão em definitivo do tripulante, quando lhe é comunicado que está inapto pelos serviços médicos, seja na Medicina do Trabalho ou, posteriormente, na medicina aeronáutica, como é que o sindicato garante que as companhias aéreas cumprem os acordos coletivos de trabalho sobre cláusulas relacionadas com a inaptidão permanente?
10	RS1: Existem ferramentas para confrontar a empresa. Nos acordos coletivos, em caso de inaptidão, por exemplo, está previsto, no acordo de empresa da Companhia Aérea A, que, caso o tripulante seja considerado inapto para voar, deverá ser recolocado noutra área da empresa, em funções em terra, por exemplo. Se um tripulante se torna inapto para o voo, isso não significa que deixe de ser um trabalhador ativo da empresa. No entanto, existem casos em que, infelizmente, devido a doenças, o tripulante se encontra inapto não apenas para o voo, mas também para qualquer outra função dentro da empresa. Nestes casos, aplica-se o chamado RMA, que corresponde a uma saída por mútuo acordo entre a empresa e o trabalhador, com reconhecimento da inaptidão. A

	proteção que o sindicato oferece nesta fase consiste em garantir que, caso um tripulante fique inapto para o voo, tenha a possibilidade de ser integrado noutras áreas da empresa. Esse é um dos principais apoios prestados pelo sindicato e está devidamente enquadrado nas ferramentas previstas nos acordos coletivos. No entanto, reconheço a insuficiência que ainda existe na atuação do sindicato nesta matéria.
11	Entrevistador: O sindicato oferece algum tipo de representação legal gratuita para tripulantes em disputas legais com a empresa, a companhia aérea, a organização?
12	RS1: Sim, isso sim. Como eu digo, já estamos aqui numa fase que é quando muitas vezes o tripulante recorre. Podemos discutir se e numa outra área, poderemos discutir se o sindicato está apetrechado, se tem os melhores funcionários para essa questão.
13	Entrevistador: Os melhores recursos, ou seja, os recursos mais...
14	RS1: Os melhores recursos, ou seja, os recursos adequados. No entanto existe esse apoio gratuito e, como digo, é nesta fase de luta que, muitas vezes, o tripulante recorre ao sindicato. Falamos deste processo várias vezes como se fosse simples, mas não é, pelo contrário. Muitas vezes, o tripulante não tem capacidade para voar, mas a seguradora ou a própria empresa - quando digo empresa, refiro-me também a entidades como a Medicina do Trabalho U, por exemplo - não reconhece essa incapacidade. Temos vários casos em que uma das partes não pretende atribuir essa inaptidão ao tripulante, e é nesses momentos que muitos recorrem ao sindicato. Quando o processo não é clínico, ou seja, quando não existe um mútuo acordo entre as partes, o sindicato entra e tenta resolver a situação. Também digo, é verdade, não teremos, provavelmente, os recursos mais adequados para tratar essa área. Temos uma vertente mais laboral, mas isto é mais do que laboral, é social, é humano, e aí falta-nos essa capacidade para ter, se calhar, melhores recursos. Apesar de, provavelmente, não termos as ferramentas mais adequadas, e talvez não as melhores, já houve situações de sucesso, há que dizê-lo, mas também há outros casos em que tripulantes tiveram de recorrer a advogados externos para solucionar essa questão.
15	Entrevistador: Eu pego aqui numa questão extra, que não estava programada, mas que gostaria de ver esclarecida por si, na medida em que percecionei uma certa dificuldade em fazer a separação entre entidades. Chegámos à conclusão de que a decisão de inaptidão definitiva para o voo é uma decisão médica. Em duas ou três circunstâncias, notei que referiu as seguradoras, que são empresas com a responsabilidade legal transferida pela companhia aérea para a gestão jurídica do processo. Poderia explorar um pouco mais essa dificuldade de separação?
16	RS1: O que nós temos assistido, o que temos assistido em muitos dos casos - e estamos a falar dos casos litigiosos, não dos que decorrem normalmente, onde o processo é normal e não há dúvidas nenhuma, os chamados <i>process-clean</i> - é uma dificuldade quando recorrem ao sindicato, quando existe algum confronto de opinião. Por exemplo, a Medicina do Trabalho U, que é a entidade que dá apoio médico, emite um parecer, e voltamos outra vez à Companhia Aérea A, cujos médicos, especialistas em medicina aeronáutica, muitas vezes mudam esse parecer e favorecem o tripulante. São médicos que acompanham o tripulante ao longo do tempo, conhecem a realidade da aviação, o pessoal técnico e a profissão, e, muitas vezes, são os primeiros a reconhecer essa incapacidade. No entanto, como isto tem um peso económico, as seguradoras, que têm um grande peso nesta decisão, são as primeiras a colocar entraves e a questionar essa incapacidade, confrontando com outras entidades competentes aeronáuticas. São as próprias seguradoras que alegam que o tripulante não tem incapacidade e que não pretendem reconhecer essa condição. Ou dizem que a incapacidade não advém da aviação ou que não foi motivada pela profissão, ou ainda que não foi aquele episódio A, B ou C que a provocou. Ou seja, é um processo que tem de ser desmontado por completo. Dou um exemplo. O tripulante tem um problema no pé, por exemplo, ou no joelho. Vamos dizer que tem um problema no joelho, bateu com um trolley, sofreu ferimentos significativos e continuou a trabalhar durante vários anos, com alguma limitação. No entanto, ao longo do tempo e após sete anos como tripulante, as condições de trabalho e o esforço para compensar a lesão inicial acabaram por causar outro problema, nas costas. Para se proteger, acabou por desenvolver uma nova lesão. O que acontece? A incapacidade, nesse momento, pode não advir diretamente do joelho, mas sim de um problema nas costas provocado pelo acidente de trabalho inicial, mas que, indiretamente, está interligado. O que muitas vezes acontece é que as seguradoras, nessas situações, escusam-se a reconhecer a ligação entre os dois problemas, alegando que as costas não foram afetadas pelo acidente de trabalho. Quando, na realidade, sabemos que a causa pode ter sido esse acidente inicial. É por isso que digo que os tripulantes, muitas vezes, não estão totalmente informados e acabam por se prejudicar a si próprios. Não digo que a responsabilidade seja apenas deles, mas também, talvez, do próprio sindicato e da empresa no seu todo, que deveriam fazer um maior esforço para sensibilizar para estas questões. Muitas vezes, verifica-se este conflito entre a entidade seguradora, que terá um impacto na vida financeira do tripulante para o resto da vida, e o que acontece dentro da aviação, nomeadamente nos departamentos que tomam essas decisões.
17	Entrevistador: Agora mudando um pouco não o tema, mas a vertente. em relação ao suporte jurídico e administrativo, aos tripulantes sinistrados por parte do sindicato. Que tipo de suporte o sindicato oferece aos tripulantes declarados inaptos permanente para o voo?
18	RS1: Enquanto isso, entramos numa área mais estatutária do próprio sindicato. Estatutariamente, o tripulante existia apenas em duas realidades no sindicato até há pouco tempo: ou era tripulante ou não era tripulante. Ou melhor, havia três realidades - ou era tripulante de cabine em funções, ou estava reformado. Se um tripulante de cabine, por qualquer razão - seja saída do voo, inaptidão, mudança de emprego ou outra -, deixa de exercer funções, tem um prazo de seis meses. Porém, ao fim de quatro meses, peço desculpa, ao fim de quatro meses, deixa de ser associado e perde qualquer apoio jurídico por parte do sindicato. Até à altura da Covid, existia apenas a figura do reformado. No entanto, com a pandemia, surgiu uma nova figura híbrida. Esta nova situação aplicava-se a tripulantes que, apesar de não terem saído da empresa e se manterem no ativo porque assim o pretendiam, também não estavam reformados. Criou-se, assim, uma solução híbrida, resultante das restrições acordadas mutuamente, em que o tripulante passou a pagar a contribuição correspondente à de um reformado. Ou seja, trata-se de uma situação nova, na qual o tripulante saiu da empresa por mútuo acordo, sem estar reformado. O que quero dizer com isto? Tecnicamente e estatutariamente, o tripulante que sai por incapacidade e deixa de ser tripulante de cabine, não estando ainda na idade da reforma, perde automaticamente o estatuto de associado e, consequentemente, deixa de ter apoio jurídico e administrativo do sindicato.

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

19	Entrevistador: Desculpa, não sei se entendi muito bem. Então, nessa figura híbrida que mencionou, o tripulante, por exemplo, assina uma rescisão por mútuo acordo com a organização, não está na idade da reforma, deixa de ser tripulante de cabine, mas pode continuar a pertencer ao sindicato pagando uma quota equivalente à dos reformados.
20	Nessa situação, esse ex-tripulante, enquanto associado do sindicato, continua a obter suporte jurídico e os demais apoios sindicais?
21	RS1: Enquanto não tenha outra profissão.
22	Entrevistador: Ok. Certo. Certo. Obrigado. O sindicato auxilia aos tripulantes a compreender e a reivindicar os seus direitos legais após o acidente de trabalho?
23	RS1: Qual é a pergunta?
24	Entrevistador: Eu vou repetir...O sindicato auxilia os tripulantes a compreender e a reivindicar os seus direitos legais após um acidente de trabalho?
25	RS1: Sim. A salvaguardar os interesses dos tripulantes, aliás, inclusive em algumas companhias e estou-me a lembrar de um caso que surgiu na Companhia Aérea B, onde estamos a acompanhar uma tripulante exatamente devido a um acidente de trabalho.
26	Entrevistador: Certo. Quais os procedimentos recomendados pelo sindicato quando a empresa nega direitos a tripulantes inaptos permanentemente?
27	RS1: Eu tive um corte aqui. Pode repetir?
28	Entrevistador: Vou repetir. Quais os procedimentos recomendados pelo sindicato quando a empresa nega direitos a tripulantes inaptos permanentemente?
29	RS1: Apoio jurídico. Quando isso acontece, damos o primeiro passo: o apoio jurídico. Enquanto for tripulante, até à fase em que deixa de estar ligado à profissão, garantimos total apoio jurídico.
30	Entrevistador: O sindicato disponibiliza ou intermedeia seguros ocupacionais para tripulantes com incapacidade permanente para o voo?
31	RS1: Não. Esta a falar se nós me negociamos...
32	Entrevistador: Se disponibiliza ou faz intermediação de seguros ocupacionais para tripulantes?
33	RS1: Quando fala de seguros ocupacionais estão a falar do quê?
34	Entrevistador: Seguros de trabalho, portanto, relacionados com acidentes de trabalho.
35	RS1: Temos um plano de saúde para despesas médicas. No entanto, a nível de seguro de trabalho, nós não temos.
36	Entrevistador: Como é que os sindicatos pressionam as companhias aéreas para que ofereçam alternativas de trabalho adequadas a tripulantes incapacitados?
37	RS1: Como disse anteriormente, pelo Acordo Coletivo, está estipulado que, antes de um tripulante ser dispensado, deve ser avaliada a possibilidade de permanência na empresa. Caso a empresa tenha essa possibilidade ou consiga comprovar que pode integrá-lo noutra área, deve fazê-lo. Além disso, o tripulante mantém o vencimento que auferia na altura do voo. Mesmo que seja colocado num departamento onde, por exemplo, o chefe desse setor receba um salário inferior ao que ele tinha como tripulante de cabine, o tripulante continuará a receber o seu vencimento original. Esse será o valor que ele irá usufruir na nova função dentro da empresa.
38	Entrevistador: Certo, entendo. Mas esclareça-me uma coisa: como é que o sindicato pressiona ou obriga...
39	RS1: ...através do Acordo Coletivo.
40	Entrevistador: Peço desculpa, deixe-me só terminar. Para que a empresa, ao abrigo desse Acordo Coletivo de Trabalho, ofereça alternativas de trabalho adequadas. A minha pergunta tem o foco no adequado, porque não basta apenas oferecer um posto de trabalho ao tripulante, mas sim um posto que seja adequado às suas competências e qualificações. A minha pergunta vai no sentido de evitar que esse colaborador seja colocado num gabinete ou numa função para a qual não tem know-how. Como é que o sindicato responsabiliza a empresa para garantir que esta tenha atenção a essa questão e procure um posto de trabalho adequado às qualificações do colaborador?
41	RS1: Ao abrigo do acordo de empresa, existe essa primeira parte de precaução após a saída por inaptidão. A companhia terá de comprovar porque é que esse tripulante não pode ser colocado noutra área da empresa. Tocou num ponto importante, certo? E eu estava a tentar lembrar-me do termo adequado. Imaginemos que a incapacidade do tripulante se deve, por exemplo, ao facto de não poder realizar trabalho noturno ou por turnos. Automaticamente, esse ex-tripulante não poderá ser colocado numa área da empresa onde o trabalho não siga um horário típico das nove às cinco. Assim, não poderá ser integrado em setores que exijam trabalho por turnos ou horários irregulares. Quando falo em horários flexíveis, não me refiro a uma flexibilidade dentro do horário diurno, mas sim a turnos que podem incluir períodos noturnos ou madrugadas. Portanto, é necessário garantir estabilidade, obrigar...
42	Entrevistador: Acompanhar. Acompanhar, pelo menos.
43	RS1: Numa primeira fase, quando o tripulante é considerado inapto, a empresa tem a obrigação de lhe arranjar um lugar em terra. Se a empresa afirmar que não tem qualquer vaga disponível, entramos num outro patamar. O sindicato intervém e diz: "O tripulante quer continuar a trabalhar para a empresa, então vocês têm de nos arranjar uma solução ou comprovar que não há efetivamente lugar para ele." A empresa pode alegar que todas as vagas estão preenchidas, mas tem a obrigação de comprovar esse facto. Tem de fornecer justificações concretas, demonstrando que não há capacidade para incorporar o tripulante em nenhuma função. Esse é o nosso pressing, o <i>forcing</i> que fazemos para garantir que a empresa cumpre a sua obrigação. Quanto à colocação do tripulante numa área específica, aí o papel do sindicato muda. Podemos aconselhar o tripulante, dar uma opinião e acompanhar o processo, mas não temos um papel negocial direto ou de pressão sobre a empresa nessa decisão. Há casos de tripulantes que, após serem considerados inaptos, foram colocados em departamentos da empresa sem relação direta com a aviação ou com a função de tripulante de cabine. Alguns até mudaram de departamento ao longo do tempo. A visão sindical, desde a implementação deste mecanismo há alguns anos, sempre foi clara: garantir rendimento, não baixar o salário e assegurar um posto de trabalho. No entanto, faltou a preocupação com o critério da adequação da função ao perfil do tripulante. Por exemplo, se um tripulante tiver

	formação superior ou experiência prévia noutra área, a empresa pode considerá-lo para uma função diferente e mais ajustada ao seu perfil. Se um tripulante, por exemplo, já trabalhou na formação dentro da empresa e, posteriormente, ficou inapto, é provável que a empresa o integre novamente nessa área. No entanto, este tipo de decisão cabe à empresa, e o sindicato não pode pressionar nesse sentido. Podemos acompanhar o caso, aconselhar, mas não impor que o tripulante seja colocado numa determinada função.
44	Entrevistador: Certo. Mudando agora um pouco para a última vertente, que é o apoio social, psicológico e de requalificação profissional. Esta questão prende-se com o seguinte: o sindicato oferece apoio psicológico para tripulantes que passam por processos de inaptidão permanente?
45	RS1: Nós temos um serviço de apoio psicológico, que foi criado há cerca de quatro anos, na altura da Covid. Naquele momento complicado, esse apoio não existia, mas foi implementado pelo sindicato devido às diversas situações que surgiram. Aliás, costumo dizer que as consequências da Covid não se limitaram ao período da pandemia, pois continuamos a sentir os seus efeitos, direta ou indiretamente, nos próximos anos. No entanto, esse apoio psicológico não foi criado especificamente para casos de inaptidão, que foi o foco da tua pergunta. Foi desenvolvido por outra necessidade, mas existe e pode ser utilizado por qualquer tripulante que o necessite. Importa referir que é difícil para um tripulante pedir ajuda, mas ele tem acesso direto ao apoio psicológico, sem necessidade de intermediários. Isto foi pensado precisamente porque, em muitos casos, pode ser ainda mais difícil dar esse primeiro passo e solicitar apoio. O serviço é prestado em parceria com a Associação A e está disponível para quem o quiser utilizar. Para ser sincero, é um apoio que, neste momento, é muito pouco utilizado.
46	Entrevistador: Como é feito o acompanhamento de tripulantes que lutam para se reinserir no mercado de trabalho?
47	RS1: Nenhum. Nenhum.
48	Entrevistador: E agora permito-me questionar um pouco mais: seria eventualmente interessante, correto?
49	RS1: É realmente um universo complexo e, ao longo desta entrevista que estás a fazer, percebo que existem lacunas no nosso sistema sindical e no próprio sindicato em si. Não sei qual é a realidade de outros sindicatos, nem se oferecem esse acompanhamento, mas, ao longo desta conversa, acabo por perceber que há um caminho que o sindicato não está a explorar. Isto é um facto. Primeiro, há que reconhecer essa falha. São questões que, inclusive, irei colocar internamente, e ainda bem que temos esta entrevista. Vou ser sincero: estamos muito limitados nesse apoio. Muitas vezes, ele não é prestado pela via institucional, mas sim pela via pessoal, ou seja, através de relações individuais - “ele é meu amigo, trabalhou comigo, deixa-me falar com ele” - em vez de uma estrutura organizada pelo próprio sindicato. No entanto, neste novo mandato, posso dizer que é algo que vou tentar criar, um apoio pós-saída, pós-incapacidade, pois acho que seria importante haver esse acompanhamento nos primeiros tempos para o tripulante que vê a sua vida mudar radicalmente. Não é uma transição normal. Estou aqui a levar um verdadeiro banho de humildade, e não custa nada admiti-lo. O sindicato, nesse aspeto, está muito, muito, muito longe do ideal, e é um caminho que podemos melhorar e explorar.
50	Entrevistador: Mais uma questão. existem programas de requalificação profissional apoiados pelo sindicato para tripulantes inaptos?
51	RS1: Não. Também não. Também não. É curioso, é curioso, é uma visão, é uma visão. Às vezes, de facto, nós dizemos que, para as empresas, somos números, não temos nome, e muitas vezes, infelizmente, acabamos por ser nós próprios a cometer o mesmo erro. O tripulante deixa de ser tripulante e, mesmo com 10, 15 ou 30 anos de associado e de profissão, a partir do momento em que deixou de ser associado, deixou de ter direito, deixou de ter esse acompanhamento. E, de facto, como eu digo, esta conversa é boa, nem que seja para isso, para perceber que há essa incapacidade, essa fragilidade por parte do sindicato. Nós deveríamos ter esse acompanhamento mais preciso, sabendo das lacunas e fragilidades que temos no processo em si. Porque não somos nem tidos nem achados em muitos momentos, mas, se calhar, no pós, é algo que se poderia fazer, sim.
52	Entrevistador: Há apoio financeiro ou parcerias com organizações para ajudar tripulantes a lidarem com a transição pós-inaptidão?
53	RS1: Nós, apoio não temos. Especificamente com empresas para tripulantes inaptos, o sindicato não tem.
54	Entrevistador: Última questão agora um pouquinho mais exploratória e serve um pouco também para sintetizar e após uma reflexão das 24 questões anteriores.
55	RS1: Já foram feitas 24?
56	Entrevistador: Já foram feitas 24. O que poderia ser feito para melhorar a relação entre sindicatos, companhias aéreas e órgãos reguladores na proteção do tripulante?
57	RS1: Algo que se ouve seguramente muitas vezes na aviação: CRM. Conhecermos as realidades uns dos outros. Acho que isto é o mais importante, acima de tudo. Se calhar, muitas vezes, nem as próprias seguradoras têm essa capacidade, e nós também não. Acho que, com o aumento das situações de incapacidade, é essencial existir um esforço conjunto. Inclusive, o próprio sindicato está a trabalhar para que a profissão seja reconhecida como de desgaste rápido, pois são vários os casos de inaptidão ocorridos nos últimos anos. Isto é um sinal claro de que a profissão tem um impacto significativo na saúde dos tripulantes. Acho que deveria haver um protocolo, como foi feito recentemente para a questão dos fumos. Um mecanismo que, perante uma série de acontecimentos e situações específicas, permitisse ultrapassar todo o processo burocrático e conceder automaticamente a inaptidão ao tripulante. Mais do que discutir cada caso individualmente, porque depois surgem situações em que o indivíduo A é considerado inapto, mas o indivíduo B, com exatamente o mesmo problema, não o é, deveria existir uma uniformização entre as três partes: sindicatos, empresas e seguradoras. Na teoria, isto seria o ideal, mas na prática, não vejo interesse por parte das outras entidades, nomeadamente das seguradoras. O que deveria acontecer? Definir pressupostos claros. Se um tripulante preenche três ou quatro critérios estabelecidos, então deveria ser atribuída uma percentagem específica de incapacidade, determinada por um departamento competente para avaliar o caso. Assim, não seria necessário entrar em trâmites legais, e a incapacidade seria automaticamente concedida ao tripulante de cabine. Isto seria essencial, mas, mais uma vez, não há interesse. As três partes deveriam unificar esforços, mas, como digo, o sindicato não tem esse peso. Quem tem esse peso é a empresa. Dou novamente o exemplo da questão dos fumos. Não foi o sindicato que impôs ou negociou com a seguradora a possibilidade de considerar a incapacidade resultante da exposição a fumos. Foi a empresa que, junto da seguradora, estabeleceu um protocolo: “Situações desta

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

	natureza devem ser tratadas automaticamente, seguindo estas etapas.” Se o tripulante apresentar sintomas e preencher determinados critérios, o processo segue um caminho pré-definido e, no final, não há discussão. O tripulante, infelizmente, ficar com incapacidade tem aqui um histórico que vai levar a isto. Não há discussão. Isto demonstra que o problema não é apenas das seguradoras. Muitas vezes, as próprias empresas também não têm interesse em simplificar estes processos.
58	Entrevistador: Muito obrigado. Terminamos a entrevista. Se, entretanto, no tratamento do texto surgir alguma dúvida, voltarei a entrar em contacto, se me permitir.
59	RS1: Claro. Obrigado.

RS2 - REPRESENTANTE SINDICAL 2

1	Entrevistador: Bom dia. Antes de mais, quero agradecer-lhe a autorização para esta entrevista. Estou autorizado?
2	RS2: Autorizado.
3	Entrevistador: Muito obrigado. Podemos dar início, então [...]. Primeira questão: poderia apresentar-se e descrever a sua experiência profissional na aviação comercial?
4	RS2: Entrei na aviação em 2000, quando me formei. Consegui entrar na Companhia Aérea D logo no início da abertura da empresa e onde fiquei até 2006, tendo passado por cargos interessantes logo desde cedo - como foi uma empresa do início, passei logo a Chefe de Cabine com pouco tempo de empresa. Depois fui subindo: verificador, instrutor... E saí em 2006 para depois ingressar na Companhia Aérea A, onde estou até ao momento. Nessa empresa também passei a Chefe de Cabine há cerca de quatro anos ou mais, vai fazer sete, se não me engano - desde 2018. Depois também tive alguns projetos interessantes na Companhia Aérea A, nomeadamente, fui para o Gate, um gabinete de apoio aos tripulantes em escala. E, mais recentemente - já no terceiro ano - como vice-presidente no sindicato dos Tripulantes, a nível nacional. Tem sido mais ou menos esse o meu percurso.
5	Entrevistador: Muito bem. Pegando nessa questão: qual o papel principal do sindicato na defesa dos direitos dos Tripulantes?
6	RS2: Eu, como também estive numa área em que tive de colaborar com as empresas, tenho uma visão de sermos um parceiro social. Ou seja, não tenho aquela visão, se calhar, que vem do 25 de abril, em que os sindicatos tinham que ser contra só porque sim. Não. Acho que o sindicato tem um papel preponderante [na defesa dos trabalhadores], mas também no desenvolvimento das próprias empresas. Acho que temos de ter uma visão em que ambas as partes, uns possam trabalhar e outros possam lucrar com o nosso trabalho e continuar a produzir. A maior preocupação do sindicato tem que ser social. Tem que ser social, tem que apoiar... [...] Primeiro, temos que criar melhores condições de trabalho para os trabalhadores. Depois temos outras vertentes de índole social, que nós, neste momento, temos estado a trabalhar no sindicato: desde apoio psicológico a atividades físicas - temos uma panóplia de outras áreas. O principal é o jurídico, mas também temos um plano de saúde. Acho que o papel do sindicato passa por prestar todas essas vertentes de apoio social, sem nunca desprezar, claro, o papel que as empresas também têm - porque é daí que tiramos o nosso rendimento.
7	Entrevistador: Quais são as principais dificuldades enfrentadas pelos sindicatos na proteção dos Tripulantes incapacitados permanentemente? Pegando diretamente no tema da dissertação de mestrado.
8	RS2: Os Tripulantes incapacitados permanentemente... Bom, o primeiro desafio é chegar a esse processo. Chegar a esse processo com as empresas acho que é bastante doloroso. O que nós temos detetado no sindicato é que as incapacidades permanentes advêm essencialmente de dois aspetos. Um psicológico: as pessoas deixam de conseguir trabalhar por questões psicológicas. É uma profissão muito exigente - toda a gente sabe isso - e nem toda a gente consegue aguentar a profissão. Então, saem por questões psicológicas, e essa é uma das partes. A outra tem mais a ver com lesões músculo-esqueléticas e com a degradação do nosso corpo: desde problemas nas costas, articulações, problemas de vários níveis. E, nesse sentido, acho que o processo passa logo por aí. Até que seja dada uma incapacidade permanente, é um percurso muito, muito penoso. A ideia que eu tenho é que a empresa, enquanto for a Segurança Social a pagar, ou a seguradora, vai-se descartando um bocado. Por norma, o que é que depois a Segurança Social e as seguradoras fazem? Dizem: "Ok, meus amigos, vocês estão bons do vosso problema" ou "estão inaptos". Ou, no caso da Segurança Social: "Estão aptos para trabalhar." A empresa, se não consegue colocá-los na sua área - que é a aviação, e é muito específica -, tem que os colocar noutra área. E isso tem acontecido muito em casos de lesões e de problemas mais psicológicos. A Segurança Social manda as pessoas trabalhar noutra área qualquer, e a empresa será responsável por isso. Nem todas as pessoas têm essa capacidade de depois ir trabalhar noutras funções em terra - ou simplesmente não querem. E aí a conversa muda. A empresa já começa a manifestar desconforto. Porque eu acho que funciona tudo um bocado por cotas. Porque as pessoas querem, essencialmente, é ir embora. Elas não querem estar nas companhias a exercer funções para as quais não foram contratadas e para as quais não têm, se calhar, as mínimas aptidões. E o que pretendem, muitas vezes, é simplesmente rescindir o contrato. E aí a Companhia Aérea A - por exemplo, falo da Companhia Aérea A, que é a que conheço melhor, mas isto aplica-se a todas - pressiona as pessoas a irem para áreas onde não têm a mínima vocação. E, em vez de lhes darem um simples papel a dizer "Não contamos mais consigo, vá para o subsídio de desemprego." Sabemos que isto funciona por cotas, como eu dizia, e a Companhia Aérea A não quer aumentar a sua cota na Segurança Social. Então, é raríssimo - raríssimo - passar essa carta, que é o que as pessoas mais querem: ficar uns meses a receber o subsídio de desemprego, que, aliás, é um direito deles, já que descontaram uma vida inteira para que isso possa ser uma possibilidade. Infelizmente, é muito difícil que as companhias o façam. Então, preferem ter trabalhadores insatisfeitos em algumas áreas e mantê-los na empresa. E não consigo perceber porquê. Acho que as dificuldades passam muito por aí.
9	Entrevistador: Essencialmente, resumindo, passam - segundo o que entendi - pela dificuldade de uma colocação dos tripulantes que sofrem uma incapacidade permanente em funções condignas na empresa, é isso?
10	RS2: Sim. Na minha opinião, sim. Temos alguns casos em que algumas pessoas foram bem integradas - posso dizer dois ou três nomes que foram bem integradas... [...]
11	Entrevistador: Não, não diga os nomes.
12	RS2: Pronto...dois ou três que se integraram bem - foram lesões músculo-esqueléticas - e que foram mais ou menos bem integrados. Depois temos "n" exemplos que não. E são descartados. Simplesmente são descartados. E a tentativa que existe é de os mandarem para casa. E isso...acho que na altura da COVID então foi evidente: quem tivesse algum problema era logo descartado. Temos tido, ultimamente, também algumas companhias com maior facilidade em atribuir incapacidades permanentes, mas são pessoas que são mais caras para a companhia, são mais velhas. Mas lá está: é sempre com esta premissa de que não passam a carta para a Segurança Social para receberem o subsídio de desemprego. E isso, para mim, acho que não deveria ser assim.

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

13	Entrevistador: Certíssimo. Que estratégias têm sido adotadas pelo sindicato para melhorar as condições dos Tripulantes que sofrem acidentes de trabalho?
14	RS2: Bom, primeiro, temos várias proteções a nível do acordo de empresa. Quem sofre acidentes de trabalho, por exemplo - isto já vem de acordos de empresa anteriores, mas continua -, está protegido por um regime especial, em que a sua remuneração é feita com base numa fórmula, ou seja, praticamente não perde rendimento. O rendimento é muito equivalente àquele que teria se estivesse a voar. Para além disso, ainda criámos um complemento - estou a falar, por exemplo, na Companhia Aérea A -, criámos um complemento extra para quando esse rendimento não é atingido. Porque a forma de cálculo assim não o determina, e então criámos um complemento extra que a Companhia Aérea A terá que assumir, para garantir que se atinge o valor remuneratório mensal. Depois, temos tido - essencialmente - mais o nosso apoio jurídico. Porque, como eu disse, são questões que começam a envolver seguradoras. E as seguradoras, por norma, não estão muito dispostas a atribuir incapacidades decorrentes de acidentes de trabalho. Acho que o objetivo das seguradoras - pelo menos, como eu vejo -, infelizmente, não é segurar os indivíduos, mas sim criar hipóteses para que esses acidentes de trabalho não sejam considerados. Ou seja, tentam que o próprio episódio não seja considerado como a fonte que origina a incapacidade. E, numa profissão tão exigente como a nossa, temos vários problemas dessa ordem - músculo-esqueléticas, como eu disse - e a primeira análise que eles fazem é: "Não, isso já são lesões anteriores", "Isso já são problemas prévios." Mas nós tivemos a nossa vida inteira - enfim - a trabalhar na aviação. É normal que o desgaste seja provocado pela nossa profissão. Daí isto estar também interligado à questão do desgaste rápido. São profissões que, se calhar, deviam ter uma reforma antecipada, deviam ser consideradas profissões de desgaste rápido. Porque está tudo interligado. É impossível que o nosso organismo aguente a agressão que é voar, em todos os aspetos: do ar, das radiações, das microvibrações e desta questão dos fumos - agora que estão aí - e nota-se que as seguradoras tentam sempre "sacudir a água do capote" e evitar pagar seja o que for. E, nesse aspeto, o sindicato tem depois uma intervenção muito grande, que é através do nosso Departamento Jurídico. Tentamos fazer uma ligação entre o que foi o acidente e a incapacidade. São incapacidades pequenas. Ainda no outro dia tivemos um caso de incapacidade... Eu diria que...há umas que são as IPP's...
15	Entrevistador: IPP significa Incapacidade permanente parcial.
16	RS2: Exatamente, sim. Ou seja, nota-se que as seguradoras, nesse aspeto, até têm atribuído algumas. Estamos ali a falar de percentagens dentro de 1 a 10%, e, à cabeça, pagam um valor e tratam como se estivesse "despachado" - e está feito. Temos notado que tem havido um aumento dessas IPP's e que as seguradoras têm pago. Mas é sempre com a grande insistência da parte do sindicato. Normalmente envolve sempre tribunal.
17	Entrevistador: Como é que o sindicato garante que as companhias aéreas cumprem os acordos coletivos, nomeadamente as cláusulas relacionadas com a inaptidão permanente?
18	RS2: É com muita luta. Sempre com muita luta. É sempre difícil. Nós, por exemplo - não tem bem a ver com acidentes de trabalho, mas com situações que são equiparadas a acidentes de trabalho -, conseguimos agora, neste acordo de empresa da Companhia Aérea A, criar uma cláusula em que se equiparam acidentes fora da base, ou seja, ocorridos no estrangeiro, a acidentes de trabalho. Porque, quando estamos ao serviço da companhia, mesmo estando noutro país, estamos sujeitos a que nos aconteça qualquer coisa. E, por norma, não há nenhuma responsabilização por parte da empresa. E só é considerado acidente se acontecer dentro daquelas horas que estão definidas na lei, cerca de 1 hora antes da apresentação ao trabalho e até ao momento em que se chega [ao domicílio], etc. Mas nós estamos lá 2, 3 dias nos destinos, e as coisas podem acontecer e não estamos salvaguardados. Nós criámos um artigo no acordo de empresa que refere que qualquer acidente ocorrido fora da base será equiparado a acidente de trabalho. Isto, claro, até existir um seguro próprio para esses casos - porque devemos calcular que a empresa não quer fazer seguros próprios, porque são muito caros - e então prefere pagar diretamente os custos associados aos acidentes, caso ocorram. Mas é uma luta. É uma luta. Temos sempre que falar com a administração para sensibilizar. Vou dar um exemplo: aconteceu há pouco tempo. Um tripulante partiu uma perna numa estadia e ainda está à espera de receber os valores da fisioterapia. É tudo muito difícil, são muitas reuniões, muito trabalho de bastidores para que a empresa pague e faça as coisas como deve ser. [Interrupção]
19	Entrevistador: Continuando com a questão número 6. O sindicato oferece algum tipo de representação legal gratuita para tripulantes em disputas legais com a companhia aérea?
20	RS2: Desculpa...repete.
21	Entrevistador: O sindicato oferece algum tipo de representação legal gratuita para tripulantes em disputas legais com a companhia aérea?
22	RS2: Sim, é completamente gratuito, ou seja, os honorários dos nossos advogados são suportados pelo Sindicato A e, nesse sentido, são oferecidos. Para se ter uma ideia, hoje em dia qualquer chamada, qualquer troca de e-mails com um advogado é paga à cabeça, é paga ao minuto, é paga ao e-mail, e são valores bastante elevados. Por isso, em termos de honorários, não se tem que pagar nada. Agora, chegámos a um ponto em que o nível de litigância é tão grande com as empresas que temos centenas - mas mesmo centenas - de processos em tribunal. E isso envolve custas, que dependem dos valores envolvidos. Neste último caso grande que tivemos na Companhia Aérea A, por exemplo, só em custas estávamos a falar de valores aproximados de um milhão e qualquer coisa de euros. Isto é insuportável para qualquer estrutura sindical, mesmo a nossa, que até tem uma cotização interessante. Mas começa a tornar-se inviável termos processos jurídicos onde se gastam mais de um milhão de euros. Por isso, tivemos que nos proteger com duas medidas. Uma delas foi a criação de um período de carência de 12 meses. Isto porque também se detetou, principalmente nas companhias mais pequenas, que os problemas eram pontuais, e havia muitos associados que só se sindicalizavam para resolver o problema jurídico e, assim que o problema era resolvido, desindicalizavam-se. E então criou-se essa regra de um período de carência de 12 meses para se colocarem processos em tribunal. A outra medida foi que os tripulantes teriam que suportar metade das custas judiciais. Por norma, os processos mais dispendiosos rondam os 600 e tal euros, pelo que os tripulantes teriam que suportar cerca de 300 euros, o que considero perfeitamente razoável. De qualquer forma, muitas vezes nem cobramos depois essas taxas de processo. Porquê? Porque esses processos acarretam também um retorno financeiro para o

	sindicato, já que muitos deles têm a ver com vencimentos dos tripulantes. E, ao serem aumentados, a cotização também aumenta. Por isso, em caso de vitória, os tripulantes muitas vezes nem chegam a pagar nada.
23	Entrevistador: Para além deste suporte jurídico, que outro tipo de suporte oferece o sindicato aos tripulantes declarados inaptos permanentemente para o voo?
24	RS2: Inaptos permanentemente para o voo...olha, infelizmente...estás a falar da fase depois de ficarem inaptos, certo?
25	Entrevistador: Após a declaração de inaptidão.
26	RS2: Infelizmente, se calhar é pouco. Temos que trabalhar mais nessa vertente, porque os estatutos, nesse aspeto, talvez precisem de ser revistos. Os estatutos dizem que, quando deixas de trabalhar - e eu não sei precisar ao certo o período de tempo em que ocorre -, mas quando deixas de exercer funções como tripulante, só podes continuar a ser associado desde que não tenhas outra profissão e até x meses depois. Pelo que eu diria que, sim, temos que trabalhar nesse aspeto. Tem que se mudar os estatutos. Eu, pessoalmente, acho que quem foi tripulante devia poder continuar sindicalizado no sindicato dos tripulantes para o resto da vida, se assim o entendesse. Claro que o âmbito teria que ser ajustado, porque também não faria sentido estar a acompanhar juridicamente matérias que já não digam respeito à profissão em si. Mas teria que se criar esse espaço, talvez com regalias diferentes - nós temos, por exemplo, um plano de saúde, etc. Agora, sinceramente, o acompanhamento depois da inaptidão é fraco. Temos que fazer mais.
27	Entrevistador: Fraco ou nulo? O que é que eu quero perguntar? Se existe assistência jurídica, por exemplo, um suporte financeiro ou uma ajuda na requalificação profissional após uma decisão de inaptidão permanente para o voo, o que, segundo as tuas palavras, vai decorrer numa perda de associativismo, por assim dizer. Correto?
28	RS2: Sim, correto. Basicamente, não posso dizer isso dessa maneira, mas é um bocado descartado também.
29	Entrevistador: Certo.
30	RS2: Para ser o mais direto possível, também sinto isso. E obrigado por me fazeres essas perguntas, porque nunca tinha pensado nesta questão. E depois... a desculpa que se dá lá é: “Mas ele agora deixou de trabalhar na aviação, deixou de ser associado.” Isso vai contra os estatutos. É sempre uma decisão da Direção que tem que ser tomada: se abre exceções, se não abre exceções... Depois já é complicado, porque se temos regras a cumprir, é como tudo, existem estatutos e têm que ser cumpridos. Poderão ser melhorados? Sim, se calhar poderão. Certamente, nesse ponto, têm mesmo que ser melhorados. Ainda bem que estás a referir essas coisas. Se calhar é um ponto a melhorar bastante.
31	Entrevistador: O sindicato auxilia os tripulantes a compreender e reivindicar os seus direitos legais após um acidente de trabalho - não após uma decisão de inaptidão - um pouco mais atrás, logo após o acidente de trabalho?
32	RS2: Eu acho que a consciencialização das pessoas existe. Elas estão relativamente bem preparadas para os desafios que surgem quando há um acidente de trabalho. Isto é uma profissão muito peculiar e nós, infelizmente, temos bastantes acidentes de trabalho relacionados com a profissão - desde barotraumatismos, etc., que são os mais comuns. E eu acho que as pessoas estão cada vez mais conscientes dos seus direitos, dos procedimentos, de como é que são pagos. Penso que cada vez mais as pessoas já têm essa consciência. Penso que isso já é inerente. Se o sindicato tem contribuído para isso? É muito difícil termos conhecimento de todos os acidentes de trabalho que acontecem nas empresas. As pessoas também têm que entrar em contacto connosco. Nesse aspeto, temos sempre linhas de contacto quase 24 horas...basta ligarem-nos. Nós temos sempre alguém disponível. E esse facto também ajuda. Temos assistido agora a fenómenos - isto dito em vários contextos -, por exemplo, com os episódios de “fumes”, em que conseguimos, na maioria das companhias, que fossem classificados como acidentes de trabalho. Isso também contribuiu para uma maior consciencialização. Por isso, acho que sim. Há uma perceção bastante clara por parte dos tripulantes sobre o que é um acidente de trabalho. Mas isso enquanto estás na empresa...
33	Entrevistador: E da parte do sindicato, existe, naturalmente, uma orientação jurídica nesse sentido? Um acompanhamento administrativo após o acidente de trabalho?
34	RS2: Não. Não temos como saber se a pessoa está de acidente de trabalho ou não. há pessoas que nos comunicam...
35	Entrevistador: No caso de haver essa comunicação, existe acompanhamento?
36	RS2: Sim. Mas, por norma, só nos comunicam quando existem situações problemáticas. Por exemplo, nestas situações dos “fumes”, que têm acontecido com alguma frequência, explicamos todos os contornos: como é que se vai processar o regresso ao trabalho, como é que se mantém o estatuto de acidente de trabalho, etc. Damos toda essa explicação. Mas, por norma, os acidentes de trabalho só se tornam mais visíveis para nós quando existe um problema. Ou seja, já na fase do problema é que as pessoas nos vêm consultar. E quando é que há um problema? Normalmente, há um problema ou quando a seguradora deixa de considerar que aquela lesão advém do acidente de trabalho, ou quando a Segurança Social considera que a pessoa está apta - embora, nesse caso, a Segurança Social nem sempre tenha competência direta sobre acidentes de trabalho... A Segurança Social trata, sobretudo, das baixas por doença. O acidente de trabalho é pago pela seguradora e tem um regime específico. Portanto, eu estou aqui a misturar um bocado os conceitos, mas, em rigor, quando estás de baixa pela Segurança Social, normalmente não é acidente de trabalho. Especificamente em relação aos acidentes de trabalho, eu diria que só temos problemas - ou só tomamos conhecimento - quando a seguradora deixa de assumir a responsabilidade. Quando entende que a lesão ou problema não resulta do acidente em si e então deixa de querer pagar o prémio a que está obrigada. E aí, sim, é que as pessoas recorrem ao sindicato. É mais esse o tipo de situação.
37	Entrevistador: Certo. Quais são os procedimentos recomendados pelo sindicato quando a empresa nega direitos a tripulantes inaptos permanentemente? Direitos desses - estou eu a pensar - no caso do incumprimento de uma cláusula que existe no acordo de empresa sobre a possibilidade de integração do tripulante noutras funções da empresa.
38	RS2: Pela experiência que eu tenho tido, por norma são os tripulantes que não desejam essa colocação em terra.
39	Entrevistador: E no caso da empresa não oferecer essa possibilidade, também tens conhecimento?

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

40	RS2: De não ter oferecido essa possibilidade? Não. Como te disse, pela minha experiência, a empresa tem sempre negado a possibilidade de mandar as pessoas para casa com a tal cartinha que vale ouro - a dizer que têm direito ao subsídio de desemprego - e tenta sempre integrar as pessoas em alguma função em terra.
41	Entrevistador: Quando falo da empresa, estava a pensar particularmente na Companhia Aérea A. Isto pode ser extensível à Companhia Aérea B, por exemplo. Tenho conhecimento, através de tripulantes que já entrevistei, que referem que a empresa, após a decisão de inaptidão, não lhes ofereceu a possibilidade de irem para outra função.
42	RS2: Não tenho conhecimento, não. A sério que não tenho mesmo. Estou aqui a tentar lembrar-me e acredito que os haja. E até acredito que haja pessoas que queiram ir para outras funções. Os casos que eu conheço, nesse aspeto, têm sido até de relativo sucesso, porque foram reintegradas satisfatoriamente. Não estou mesmo a ver pessoas... A sério que não estou. Acredito que os haja e que até lhes tenha sido fornecida a carta para o subsídio de desemprego. À partida, até deve ter sido dada. Mas o que eu conheço mais são casos ao contrário: são os próprios tripulantes que não querem ficar lá. Não se adaptam a outro tipo de profissão ali dentro.
43	Entrevistador: Certíssimo. O sindicato disponibiliza ou intermedeia seguros ocupacionais para tripulantes com incapacidade permanente para o voo?
44	RS2: Seguros?
45	Entrevistador: Ocupacionais. Casos de seguros que protegem os tripulantes em caso de inaptidão.
46	RS2: Não. Nada.
47	Entrevistador: Como é que os sindicatos pressionam as companhias aéreas para que ofereçam alternativas de trabalho adequadas a tripulantes incapacitados, pegando outra vez no tema?
48	RS2: Tem sido tudo individualizado. Ou seja, nós, nesse aspeto, fazemos...lá está, falo pela minha experiência, que já acompanhei alguns casos nos últimos anos, e é sempre uma questão individualizada. Pelo menos eu, falo dos que acompanhei: eu próprio tento falar com os Recursos Humanos, tento falar - por norma é sempre com os Recursos Humanos - e tento colocá-los em áreas onde se sintam confortáveis, onde possam ser uma mais-valia. Ou então, tento pressionar no sentido de que as pessoas saiam com a tal cartinha. Como eu disse, na Companhia Aérea A essa cartinha é muito difícil de sair. Tem sido mais esta visão de "vamos tentar colocá-los em áreas onde achamos que podem encaixar". E pronto, nesse aspeto fazemos um acompanhamento praticamente individual. Nesses casos, até que acabem por ter uma solução.
49	Entrevistador: Em relação ao Bloco Terceiro da entrevista, que diz respeito ao apoio social, psicológico e requalificação profissional: o sindicato oferece algum tipo de apoio psicológico para tripulantes que passam pelo processo de inaptidão permanente?
50	RS2: Nós tínhamos um programa no sindicato que surgiu... Não me recordei quando é que surgiu, mas foi pela altura do COVID, que tinha uma vertente mais abrangente. Era tentar dar apoio psicológico a todos os indivíduos e não só especificamente a quem sofre essas inaptidões. Acho que faz todo o sentido que seja uma coisa mais abrangente e não tão específica só para quem tem inaptidões. Infelizmente, devido ao muito fraco volume de contactos que a psicóloga recebia, resolveu-se, por uma questão de contenção de custos, terminar com esse apoio psicológico. Sinceramente, não me agrada essa decisão. É uma coisa que, se calhar, temos de repensar, porque, quer queiramos, quer não, hoje em dia fala-se muito em questões de saúde mental. Mas, neste momento, no sindicato, esse apoio psicológico não existe.
51	Entrevistador: Como é feito o acompanhamento de tripulantes que lutam para se reinserir no mercado de trabalho após a decisão de inaptidão permanente?
52	RS2: Infelizmente, também vou ter que ser curto e grosso nessa questão. Como eu disse, o próprio sindicato descarta um bocado essas pessoas. Estamos a falar de uma fase prévia, ou seja, nos primeiros meses, quando ainda não arranjas outra profissão, podes continuar sindicalizado. Mas a maioria das pessoas, como é lógico, por uma questão de contenção de custos, deixa logo de ser sindicalizada. E nós, nesse aspeto, se calhar temos que criar outras regras nos estatutos, porque não faz sentido. É quando as pessoas mais necessitam, é nessa fase - quando são despedidas ou quando ficam incapacitadas. Os casos que eu tenho acompanhado de incapacidade as próprias pessoas, por norma, já têm outros planos e conseguem - e acompanho e são casos de sucesso. Sei que vão sair da Companhia Aérea A, já têm outras coisas em mente e conseguem. Mas casos mais preocupantes, infelizmente, deixam-nos muito a desejar, na minha opinião.
53	Entrevistador: Existem programas de requalificação profissional apoiados pelo sindicato para tripulantes inaptos?
54	RS2: Gostaria de dizer que sim, mas a resposta é não.
55	Entrevistador: Há apoio financeiro ou parcerias com organizações para ajudar a lidar com a transição pós-inaptidão?
56	RS2: Não.
57	Entrevistador: Última questão. O que poderia ser feito para melhorar a relação entre os sindicatos, as companhias aéreas e os órgãos reguladores na proteção dos Tripulantes sinistrados?
58	RS2: Tanta coisa. Eu acho que ainda está tudo por fazer. Acho que não há nada feito. Acho que as pessoas são descartadas simplesmente - quer pelas empresas, quer pelos sindicatos, quer pelas entidades. O que tenho notado é que, infelizmente, cada organismo se descarta com uma facilidade maior que o outro. Falo da Segurança Social: a Segurança Social descarta as pessoas a partir do momento em que entende que já não tem de pagar mais, por uma questão de contenção de custos, e então manda-as trabalhar. As empresas depois dizem assim: "Ok, está apta a trabalhar, mas não nestas funções, porque são funções mais restritas." Pelo que, se está inapta, não pode voar. E então temos de encontrar uma solução. E essa solução às vezes fica no limbo. Tivemos casos de pessoas que não ganham nem da Segurança Social, nem da sua entidade empregadora. Em relação aos acidentes de trabalho, as seguradoras - como te referi - querem, o mais rápido possível, descartar-se dos encargos e fazer com que as pessoas voltem a voar. E tentam fazer com que essas lesões ou possíveis lesões não sejam imputadas aos acidentes de trabalho. De resto, quais as entidades?
59	Entrevistador: Eu preferia particularizar agora na parte do sindicato.

60	RS2: O sindicato, nesse aspeto...juridicamente, sim. Nós tentamos. Como é lógico, essas coisas às vezes só se resolvem em termos jurídicos. Mas todo aquele apoio social que devia existir, sinceramente, não existe. É uma lacuna. Mas acredito que seja geral a todos os sindicatos. Estás a lançar aqui um tema muito interessante para se trabalhar. É uma área muito pouco desenvolvida, pelo menos no nosso sindicato. E, pelo menos, nos sindicatos que eu conheço - os que estão mais relacionados com a aviação - eu até considero...estou aqui a dizer mal do nosso sindicato, mas até considero o nosso avançado em algumas questões, porque temos um plano de saúde, temos esse tipo de preocupação. Até considero que, em alguns aspetos, estamos mais desenvolvidos do que a maioria dos sindicatos da aviação, digo eu. Mas há muito trabalho a fazer nesse aspeto. Não há nada, não há acompanhamento, não há.
61	Entrevistador: Muito obrigado.

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

DL1 - DIREITO LABORAL 1

1	Entrevistador: Poderia fazer uma breve apresentação do seu percurso profissional, com destaque para a sua experiência em Direito do Trabalho relacionado com a inaptidão permanente em Tripulantes?
2	DL1: Sou assessora jurídica do Sindicato A, há 38 anos, onde coordeno atualmente o Departamento Jurídico. Prestamos apoio jurídico laboral a cerca de 4000 associados, de todas as companhias aéreas portuguesas ou com representação no país [Companhia Aérea A, Companhia Aérea E, Companhia Aérea B, Companhia Aérea G, Companhia Aérea F, Companhia Aérea C, Companhia Aérea H, Companhia Aérea I e Companhia Aérea J]. Ao longo da minha carreira profissional, patrocinei, na sua maioria, ações de foro laboral, com inequívoca predominância na defesa dos interesses dos Tripulantes, tendo acompanhado múltiplos casos de inaptidão/incapacidade permanente para as respetivas funções.
3	Entrevistador: Qual é o enquadramento jurídico aplicável à declaração de inaptidão definitiva de um tripulante de cabine na sequência de um acidente de trabalho?
4	DL1: A resposta a esta questão passa necessariamente pelo enquadramento histórico-legislativo da profissão de Tripulante de Cabine que procurarei abordar de modo resumido: de acordo com a classificação nacional de profissões, o Comissário ou Assistente de Bordo “acolhe e presta assistência aos passageiros a bordo dos aviões e assegura o cumprimento das normas de segurança, a fim de lhes garantir conforto e segurança durante o voo...” Gostaria de salientar que, contrariamente à ideia generalizada, a profissão de Tripulante de Cabine é muito exigente: primeiro, porque é exercida num ambiente não natural, em horários muito irregulares; segundo, porque o seu exercício abarca, prioritariamente, a segurança dos ocupantes do avião, mas também o conforto destes e a representação da empresa para que prestam serviço. A sua formação técnica é longa e extensa nas matérias, em obediência à legislação nacional e internacional.
5	Nos preâmbulos dos diplomas que regulam esta matéria, desde os mais antigos aos mais atuais, assenta-se a <i>ratio legis</i> em duas razões: a primeira, reporta-se à importância que a aviação assumiu na realidade hodierna; a segunda, à necessidade de promover a segurança. Ora, são componentes essenciais da segurança: As boas condições do aparelho e do seu equipamento, o que implica uma manutenção eficaz; As boas condições físicas e psíquicas da tripulação, que estão diretamente relacionadas com o descanso adequado dos Tripulantes; e o treino periódico, apropriado às tripulações para atuação eficaz em caso de incidente ou acidente.
6	Apesar das especificidades que a prestação desta atividade implica, a verdade é que o legislador nacional nunca se debruçou sobre esta matéria sendo os AT tratados como em qualquer outra profissão, ao abrigo da Lei n.º 98/2009 de 4 de setembro, que regulamenta o regime de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, incluindo a reabilitação e reintegração profissionais, nos termos do Código do Trabalho.
7	E, no diploma nacional dirigido aos Tripulantes, que adota medidas impostas pelas diretivas comunitárias, o Decreto-Lei n.º 25/2022 de 15 de março apenas se estabelecem os limites do tempo de voo, do tempo de serviço e os requisitos do repouso do pessoal móvel da aviação civil.
8	Já quanto às condições para que o Tripulante de cabine possa exercer as suas funções, vêm as mesmas definidas em legislação internacional: Regulamento [UE] N.º 1178/2011, da Comissão, de 3 de novembro de 2011 e Regulamento [UE] N.º 290/2012, da Comissão, de 30 de março de 2012. Cabendo à ANAC emitir os respetivos atestados de Tripulante de Cabine, sem o qual não tem permissão para o exercício da profissão. Ora, de acordo com esta legislação, o Tripulante tem de ser considerado e permanecer medicamente apto para o desempenho das funções. O ineficiente enquadramento legal do acidente de trabalho que vitimiza um tripulante de cabine, determina, por isso, que seja o Tribunal do Trabalho, em última instância, a decidir se a afetação sofrida determina ou não a incapacidade para o trabalho habitual, o que, na maioria das vezes se traduz numa luta árdua e dispendiosa para o Tripulante, pelo facto dos médicos arrolados para as JM, de especialidades outras, não terem a mínima formação em medicina aeronáutica, desconhecendo que uma IPP de 1 ou 2 % pode na verdade repercutir-se inibitória da capacidade definitiva e total do Tripulante executar as suas funções normais.
9	Entrevistador: Do ponto de vista jurídico, a existência de uma incapacidade decorrente de acidente de trabalho torna automaticamente um tripulante inapto para voar? Que critérios legais devem ser ponderados?
10	DL1: Como resulta do que se expôs na resposta anterior não se verifica essa automaticidade. Terá de ser analisada medicamente se a afetação determina efetivamente uma incapacidade para as funções específicas que são executadas por um tripulante de cabine, como por exemplo, o impedimento das seguintes tarefas:
11	1. Funções de serviço: Abrir e fechar portas do avião [peso 200Kg]; Manusear trolleys [peso 60Kg]; Abrir e retirar contentores que contêm garrafas de vinho, refrigerantes, material de reposição dos artigos necessários ao serviço [toalhas, bandejas, sacos de lixo, copos, cafés, chás, leite, sprays desinfetantes, luvas, toalhetes, sabão líquido, etc.] e artigos de farmácia, os quais se encontram colocados a cerca de 2 metros de altura e uns atrás de outros; Serviço de bebidas quentes e frias em que é necessário segurar a bandeja que contém o açúcar/adoçante, leite ou copos, numa mão; e o bule do café/ chá ou a garrafa de vinho/refrigerante, na outra mão; Manusear grelhas de fornos quentes com as respetivas refeições.
12	2. Funções de segurança/emergência que exigem o pleno funcionamento das duas mãos: Procedimentos de sobrevivência e primeiros socorros; Movimentação de garrafas de oxigénio [peso entre 3 e 5Kg]; Reanimação de passageiros; Combate a fogo; Carregar e manusear o extintor; Se o fogo deflagra em WC é necessário, simultaneamente, o uso de uma lanterna [numa mão] e um extintor [na outra mão]; Se aquele deflagra na antepara da cabine tem que manusear simultaneamente um machado e um extintor; Abertura de portas em emergência.
13	Entrevistador. Considera que a legislação laboral portuguesa reflete adequadamente a especificidade das funções desempenhadas pelos Tripulantes no contexto da inaptidão em definitivo para o voo? Explique por favor.

14	DL1: Resposta prejudicada pelo já referido na questão nº 2, para lá se remetendo. Há, na verdade, uma lacuna da legislação que regula o acidente de trabalho quanto à avaliação das consequências das incapacidades dele emergentes para o exercício habitual das funções próprias de um tripulante de cabine.
15	Entrevistador: Como a legislação atual protege os Tripulantes que se tornam permanentemente inaptos para o voo?
16	DL1: Essa proteção é a que vem prevista na Lei n.º 98/2009, de 4 de setembro. A incapacidade permanente existe quando há danos irreversíveis [sequelas ou disfunções] que afetam a capacidade de ganho da pessoa ferida. A incapacidade permanente é apurada segundo a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais.
17	Direitos emergentes da reparação do AT, em harmonia com o diploma referido: Artigo 23.º: Princípio geral. O direito à reparação compreende as seguintes prestações: a) Em espécie - prestações de natureza médica, cirúrgica, farmacêutica, hospitalar e quaisquer outras, seja qual for a sua forma, desde que necessárias e adequadas ao restabelecimento do estado de saúde e da capacidade de trabalho ou de ganho do sinistrado e à sua recuperação para a vida activa; b) Em dinheiro - indemnizações, pensões, prestações e subsídios previstos na presente lei.
18	Artigo 25.º: Modalidades das prestações: 1. As prestações em espécie previstas na alínea a) do artigo 23.º compreendem: a) A assistência médica e cirúrgica, geral ou especializada, incluindo todos os elementos de diagnóstico e de tratamento que forem necessários, bem como as visitas domiciliárias; b) A assistência medicamentosa e farmacêutica; c) Os cuidados de enfermagem; d) A hospitalização e os tratamentos termiais; e) A hospedagem; f) Os transportes para observação, tratamento ou comparecimento a atos judiciais; g) O fornecimento de ajudas técnicas e outros dispositivos técnicos de compensação das limitações funcionais, bem como a sua renovação e reparação; h) Os serviços de reabilitação e reintegração profissional e social, incluindo a adaptação do posto de trabalho; i) Os serviços de reabilitação médica ou funcional para a vida ativa; j) Apoio psicoterapêutico, sempre que necessário, à família do sinistrado. 2. A assistência a que se referem as alíneas a) e j) do número anterior inclui a assistência psicológica e psiquiátrica, quando reconhecida como necessária pelo médico assistente.
19	Artigo 44.º: Reabilitação profissional e adaptação do posto de trabalho: 1. O empregador deve assegurar a reabilitação profissional do trabalhador e a adaptação do posto de trabalho que sejam necessárias ao exercício das funções. 2 - A reabilitação profissional a que se refere o número anterior deve ser assegurada pelo empregador sem prejuízo do número mínimo de horas anuais de formação certificada a que o trabalhador tem direito. Artigo 48.º: Prestações: 1. A indemnização por incapacidade temporária para o trabalho destina-se a compensar o sinistrado, durante um período de tempo limitado, pela perda ou redução da capacidade de trabalho ou de ganho resultante de acidente de trabalho. 2. A indemnização em capital e a pensão por incapacidade permanente e o subsídio de elevada incapacidade permanente são prestações destinadas a compensar o sinistrado pela perda ou redução permanente da sua capacidade de trabalho ou de ganho resultante de acidente de trabalho. 3. Se do acidente resultar redução na capacidade de trabalho ou de ganho do sinistrado, este tem direito às seguintes prestações: a) Por incapacidade permanente absoluta para todo e qualquer trabalho - pensão anual e vitalícia igual a 80 % da retribuição, acrescida de 10 % desta por cada pessoa a cargo, até ao limite da retribuição; b) Por Incapacidade Permanente Absoluta para o Trabalho Habitual - pensão anual e vitalícia compreendida entre 50 % e 70 % da retribuição, conforme a maior ou menor capacidade funcional residual para o exercício de outra profissão compatível; c) Por incapacidade permanente parcial - pensão anual e vitalícia correspondente a 70 % da redução sofrida na capacidade geral de ganho ou capital de remição da pensão nos termos previstos no artigo 75.º; c) Por incapacidade temporária absoluta - indemnização diária igual a 70 % da retribuição nos primeiros 12 meses e de 75 % no período subsequente; d) Por incapacidade temporária parcial - indemnização diária igual a 70 % da redução sofrida na capacidade geral de ganho. 4. A indemnização por incapacidade temporária é devida enquanto o sinistrado estiver em regime de tratamento ambulatorio ou de reabilitação profissional.
20	A negociação coletiva tem vindo a desempenhar um papel importante no sentido de sensibilizar as companhias aéreas para a criação de outras medidas de proteção. Assim, A TAP, a Portugália e o grupo Companhia Aérea B contrataram um seguro específico para a inibição definitiva para o voo. A easyJet tem uma apólice similar, mas que tem de ser comparticipada pelo Tripulante. De referir ainda que o AE TAP vigente assegura a possibilidade de o tripulante inibido definitivamente para o voo poder optar por um serviço em terra compatível com a sua incapacidade e as suas habilitações.
21	Entrevistador: Quais são os principais desafios jurídicos enfrentados pelos tripulantes que perdem a aptidão para o voo?
22	DL1: Como também já referido, a deficiente legislação sobre a situação de inaptidão, leva a que seja o Tribunal do Trabalho a defini-la. O Tripulante tem de recorrer a médicos da especialidade aeronáutica para melhor fundamentar a sua situação de incapacidade para as funções específicas que exerce, o que lhe acarreta dispendiosos custos; e tem de pugnar por fazer valer essa situação especial perante peritos que, na maior das vezes, mostram pouca sensibilidade aos contornos concretos e objetivos em que a profissão é exercida.
23	Entrevistador: Após a declaração médica de inaptidão definitiva, que deveres legais vinculam a companhia aérea face ao trabalhador?
24	DL1: De acordo com as obrigações legais existe apenas o disposto no supratranscrito artigo 44º da Lei dos AT: A obrigação do empregador assegurar a reabilitação profissional do trabalhador e a adaptação do posto de trabalho, necessárias ao exercício das funções, com direito a formação certificada.
26	Todavia, na atividade desempenhada pelo tripulante esta obrigação não encontra correspondência prática, já que, com muita dificuldade as empresas atribuem funções em terra compatíveis com a incapacidade e as habilitações literárias do sinistrado inibido. Normalmente optam pela declaração de impossibilidade de reclassificação por não haver categorias profissionais disponíveis nos quadros. Da experiência que tenho, por AE, só a TAP está obrigada a esta reclassificação, sendo certo que, na maioria dos casos, tudo faz para que o caminho seja a cessação do CT. Na Companhia Aérea B o AE dispõe-se sobre essa reclassificação, mas que terá lugar apenas se a empresa tiver lugares em terra disponíveis para atribuir. Nas demais companhias aéreas o que assiste é ao encaminhamento do processo para a caducidade do contrato de trabalho com fundamento na al. b) do artigo 343º do Código do

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

	Trabalho: impossibilidade superveniente, absoluta e definitiva, de o trabalhador prestar o seu trabalho ou de o empregador o receber;
27	Artigo 343.º Causas de caducidade de contrato de trabalho: O contrato de trabalho caduca nos termos gerais, nomeadamente: a) Verificando-se o seu termo; b) Por impossibilidade superveniente, absoluta e definitiva, de o trabalhador prestar o seu trabalho ou de o empregador o receber; c) Com a reforma do trabalhador, por velhice ou invalidez.
28	Sendo certo que este tipo de caducidade não confere ao tripulante nenhum direito a indemnização. De facto, só algumas companhias aéreas garantem um seguro de inibição de voo, pelo que a proteção que existe quando o mesmo inexistente, é a indemnização legal devida pela IPATH, como acima mencionado.
29	Entrevistador: Em que situações um tripulante de cabine, mesmo considerado inapto para o voo, pode juridicamente ser reconvertido profissionalmente?
30	DL1: Isso acontece nos casos em que a companhia aérea dispõe de uma estrutura em terra onde pode “encaixar” o tripulante. Há situações, como no caso das low cost, que têm centrado os seus serviços administrativos na sede, localizada no estrangeiro, e onde esse enquadramento é impossível. Dai o recurso à figura da caducidade do CT por impossibilidade superveniente, absoluta e definitiva do sinistrado executar as funções de tripulante para que foi contratado.
31	Entrevistador: Os acordos de empresa existentes preveem a possibilidade de adaptação funcional de um tripulante de cabine considerado inapto em definitivo para o voo?
32	DL1: Como acima referido só o AE da TAP/Snpvac que contempla a seguinte cláusula: acordo de empresa entre a Companhia Aérea A e o Sindicato A - Revisão global - BTE nº 7 de 22/fev/2024.
33	Regulamento de Retribuições, Reformas e Garantias Sociais [RRRGS]: Cláusula 25. º Incapacidade permanente: 1. O tripulante que se encontre em situação de incapacidade permanente total declarada pela Segurança Social ou, para o serviço de voo declarada pelos serviços médicos da empresa, poderá optar, no prazo de 60 dias a contar da data da declaração daquela incapacidade, por: a) Ocupação em serviço em terra compatível com as suas habilitações e aptidões e com a doença e ou lesão de que esteja afetado; b) Requerer a reforma por invalidez, declarada pela Segurança Social. 2. O contrato de trabalho caduca no momento na falta de opção ou no momento em que for concedida a reforma, sendo reportados os seus efeitos à data do respetivo requerimento. 3. Se o tripulante optar pela ocupação em atividade compatível com as suas habilitações e aptidões, observar-se-á o seguinte: a) Se a incapacidade resultar de doença profissional ou acidente de trabalho, não lhe poderá ser paga retribuição inferior à prevista na cláusula 24. º «Incapacidade temporária»; b) Se a incapacidade não tiver resultado de doença profissional ou de acidente de trabalho, o tripulante terá direito a uma retribuição composta pela correspondente à função exercida em terra, acrescida do vencimento de senioridade já vencido na anterior função. 4. Em caso de recusa injustificada, por parte do tripulante, do posto de trabalho apresentado pela TAP nos termos do número 1, da mesma resultará: a) infração disciplinar grave nas situações de incapacidade permanente em resultado de doença profissional ou acidente de trabalho; b) caducidade do contrato de trabalho nas restantes situações. 5. O disposto nesta cláusula não prejudica os direitos que assistam ao tripulante nos termos da cláusula 30. º, «Seguros», deste regulamento.
34	E no AE da Companhia Aérea B/Sindicato A assim se estabelece: BTE nº31 de 22 de Agosto de 2024- Parte Geral. Cláusula 53. º Incapacidade permanente. 1. O tripulante em situação de incapacidade permanente para o exercício das suas funções a bordo, como tal definida pela entidade competente, poderá optar no prazo de 60 dias a contar da data de declaração daquela incapacidade, por: 2. Ocupação em serviço de terra desde que esta exista; b) Desencadear processo de reforma por invalidez, dando disso conhecimento à companhia, mediante documento comprovativo. 3. Se nos termos da alínea a) do número anterior, o tripulante optar pela colocação em terra terá direito à retribuição correspondente à função exercida em terra, mantendo no entanto a[s] diuturnidade[s] vencida[s]. 4. Se, nos termos da alínea b) do número 1 do presente artigo, o tripulante desencadear o processo de reforma por invalidez, a Companhia Aérea B terá de pagar um montante equivalente ao que o tripulante virá a receber a título de pensão de reforma, enquanto o tripulante se mantiver na situação de expectativa daquele deferimento, procedendo-se depois a um acerto de contas.
35	Entrevistador: As companhias aéreas têm um dever jurídico claro de promover essa adaptação funcional ou, na prática, tendem a optar pela cessação contratual?
36	DL1: Como já referido, a opção privilegiada, mesmo das empresas que nos seus AE's contemplam essa possibilidade de reconversão, é a da cessação do contrato de trabalho.
37	Entrevistador: A empresa pode alegar incapacidade laboral decorrente da decisão de inaptidão em definitivo para o voo como motivo para cessação do contrato de trabalho?
38	DL1: Sim, nos termos do acima transcrito artigo 343º do Código do Trabalho. Veja-se, a título de exemplo o acordo que se transcreve: ac. Trl, de 13. 01. 2016 caducidade do contrato de trabalho. Acidente de trabalho. Impossibilidade absoluta. Objecto do contrato. Modificação.
40	Sumário: I-A caducidade do contrato de trabalho pode decorrer da impossibilidade superveniente, absoluta e definitiva do trabalhador prestar trabalho [artigo os 340. º e 343. º, alínea b) do CT de 2009]; II-A impossibilidade é superveniente sempre que se verificar depois de celebrado o contrato de trabalho; é absoluta, em regra, quando o trabalhador não possa prestar o trabalho a que se obrigou segundo a sua categoria profissional, atendendo à imodificabilidade do objecto do contrato decorrente do princípio geral das obrigações pacta sunt servanda [artigo º 406. º, n. º 1 do CC]; e é definitiva, sempre que o facto que a determinou seja previsivelmente irreversível; III-Porém, radicando a impossibilidade do trabalhador prestar trabalho num acidente de trabalho, o objecto do contrato pode modificar-se contra a vontade do empregador na medida em que a lei lhe impõe o dever de assegurar àquele, ocupação em funções compatíveis com a sua desvalorização [artigo os 284. º, n. º 8 do CT de 2009 e 161. º, n. º 1 da AT de 2009]; IV-Verifica-se a impossibilidade absoluta do trabalhador prestar trabalho e por isso o empregador não está obrigado a ocupá-lo se o mesmo for pedreiro, sofreu um acidente de trabalho do qual resultou Incapacidade Permanente Absoluta para o Trabalho Habitual e a empresa apenas dispõe de lugares correspondentes a escriturário, técnico de construção civil, engenheiro,

	orçamentista, medidor / preparador, encarregado geral, arvorado e, também, pedreiro e servente, naqueles casos porque o trabalhador não dispõe das capacidades técnico-profissionais necessárias para exercer essas funções e, nestoutros, porque correspondem, no essencial, às funções que já não pode fisicamente exercer; V-Compete à empregadora o ónus de alegar e provar a inexistência na empresa de posto de trabalho compatível com a incapacidade do trabalhador [artigo 9 342. 9, n. 9 1 do CC].
41	Ou seja, existe a obrigatoriedade de ocupação, mas, se a empresa não tiver posto compatível para atribuir...
42	Entrevistador: Que obrigações legais têm as companhias aéreas no acompanhamento do trabalhador sinistrado e de que forma essa responsabilidade legal é transferida para uma companhia de seguros?
43	DL1: Resumidamente: Em Portugal, a empresa tem diversas obrigações legais no âmbito dos acidentes de trabalho, incluindo a prevenção, a comunicação e o pagamento de indemnizações. A responsabilidade da empresa abrange desde a segurança do ambiente de trabalho até à prestação de assistência ao trabalhador sinistrado. Prevenção e Medidas preventivas: A empresa deve implementar medidas eficazes para prevenir acidentes de trabalho, como avaliar os riscos, fornecer equipamentos de proteção individual [EPI], garantir a formação dos trabalhadores e estabelecer procedimentos de segurança; Ambiente de trabalho seguro: A empresa tem a responsabilidade de assegurar um ambiente de trabalho seguro, livre de perigos e com condições adequadas para o desempenho das tarefas; Informação e formação: A empresa deve fornecer aos trabalhadores informações e formação sobre os riscos existentes no trabalho, sobre as medidas de prevenção e sobre os procedimentos a seguir em caso de acidente; Comunicação: Notificação à Autoridade para as Condições no Trabalho [ACT]: Em caso de acidente de trabalho grave ou morte, a empresa tem de comunicar o acidente à ACT, no prazo de 24 horas; Notificação ao seguro: A empresa deve notificar a seguradora responsável pelos acidentes de trabalho sobre a ocorrência do acidente, dentro do prazo estabelecido na apólice de seguro; Indemnização e pagamento: Pagamento da retribuição do dia do acidente: A empresa é responsável por pagar a retribuição correspondente ao dia do acidente ao trabalhador sinistrado; Indemnizações por incapacidade temporária e permanente: A empresa, através da sua seguradora, é responsável pelo pagamento de indemnizações por incapacidade temporária e permanente, de acordo com a legislação em vigor; Pensões por morte: Em caso de morte do trabalhador, a empresa, através da sua seguradora, é responsável pelo pagamento de pensões à família do sinistrado.
44	O empregador deve assegurar a reabilitação profissional do trabalhador e a adaptação do posto de trabalho que sejam necessárias ao exercício das funções - artigo 44. 9LAT: Nos casos em que o empregador declare impossibilidade de assegurar função compatível ao trabalhador, deve consensualizar com este o plano de reintegração profissional - artigo 162. 9, n. 9 2. LAT. O sinistrado deve cooperar na procura de soluções nos processos de reintegração profissional. O empregador é obrigado a transferir a responsabilidade pela reparação para entidades legalmente autorizadas a realizar o seguro de acidentes de trabalho. Assim, a entidade empregadora encontra-se obrigada a realizar um seguro de acidentes de trabalho dos/as trabalhadores/as ao seu serviço, independentemente do vínculo contratual que liga o/a trabalhador/a à empresa.
45	Entrevistador: Qual é o enquadramento jurídico do papel do médico do trabalho na avaliação da aptidão de um tripulante após um acidente laboral?
46	DL1: A Medicina do Trabalho é legislada pela Lei n. 9 102/2009, de 10 de setembro, tendo sofrido posteriores alterações em 2012 e em 2014. Este tipo de medicina é obrigatória para todas as empresas e instituições estatais, bem como para os seus respetivos trabalhadores. É através das consultas e exames efetuados pelo médico do trabalho que são asseguradas as condições necessárias de saúde e segurança no local de trabalho para os trabalhadores. É da responsabilidade da Medicina do Trabalho fazer recomendações ou propor alterações nas condições e funções profissionais dos trabalhadores para prevenir doenças profissionais. A legislação indica que a Medicina do Trabalho deve ter em conta a aptidão do trabalhador para as funções que realiza, consoante o estado de saúde e os riscos profissionais a que está sujeito. Os deveres do médico do trabalho para com os trabalhadores: Um médico do trabalho tem funções um pouco distintas dos outros médicos, pois o foco da sua função debruça-se na repercussão das atividades profissionais na saúde dos trabalhadores. Por isso, estes médicos são especialistas em Medicina do Trabalho ou tiveram que ser autorizados pela DGS para exercer esta função. Na Medicina do Trabalho, o médico deve estar informado sobre vários elementos técnicos da atividade e dos produtos nela utilizados. Sempre que existe alguma alteração significativa, a entidade empregadora deve comunicá-la aos serviços de segurança no trabalho. Desta forma o médico pode verificar algumas situações que podem ter repercussão na segurança e saúde dos trabalhadores. É dever do médico do trabalho: a) Prestar o número de horas necessário à realização dos atos médicos, de rotina ou emergência, entre outros trabalhos que deve coordenar; b) Estar informado sobre os riscos que a atividade profissional pode ter na saúde e segurança dos trabalhadores; c) Prestar atividade em estabelecimento industrial ou estabelecimento de outra natureza com risco elevado, pelo menos uma hora por mês por cada grupo de 10 trabalhadores ou fração; d) Prestar atividade nos restantes estabelecimentos, pelo menos uma hora por mês por cada grupo de 20 trabalhadores ou fração; e) Não assegurar a vigilância da saúde de um número de trabalhadores a que correspondam mais de 150 horas de atividade por mês; f) Respeitar o sigilo profissional entre médico e doente; g) Cumprir todos os direitos dos trabalhadores definidos pela lei, mesmo quando a entidade empregadora proponha o contrário; h) Cumprir todos os critérios definidos pela legislação referentes à ficha clínica e à ficha de aptidão.
47	Consultas e exames da Medicina do Trabalho são um direito e um dever. Muitas pessoas têm algumas dúvidas no que diz respeito às consultas e exames realizados pela Medicina do Trabalho. Todos os trabalhadores são obrigados a realizar consultas com o médico do trabalho, e as entidades empregadoras são obrigadas a assegurar as mesmas. As consultas de Medicina do Trabalho devem ser comunicadas com antecedência aos trabalhadores, oralmente ou por escrito, indicando o dia, hora e local da consulta. O trabalhador deve confirmar a sua presença pelo mesmo meio que foi notificado. Caso não possa comparecer deve sempre informar a entidade empregadora, propondo uma nova data e hora. As consultas devem tentar ser marcadas durante o horário laboral dos trabalhadores, no entanto estas podem ser realizados fora do horário de trabalho. Se a consulta for realizada fora do horário laboral do trabalhador, este tem o dever de comparecer à mesma. É importante realçar que as consultas, exames e análises efetuados pela Medicina do Trabalho são da responsabilidade dos empregadores, e os trabalhadores não podem ter custos com as mesmas. As consultas e exames da Medicina do Trabalho focam-se nos fatores de risco da atividade. Segundo a legislação, o

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

	empregador deve promover a realização de consultas e de exames de saúde adequados a comprovar e avaliar as aptidões físicas e psíquicas dos trabalhadores para o exercício da sua atividade profissional. Além disso, as consultadas prestadas pela Medicina do Trabalho devem focar-se nos fatores de risco da atividade e na repercussão que a mesma tem na saúde dos trabalhadores. Perante uma consulta de Medicina do Trabalho, o trabalhador tem o dever de colaborar com o médico do trabalho. No entanto, um trabalhador pode recusar qualquer procedimento que considere ser inadequado, bem como recusar a realização de exames e análises, pois estes só podem ser feitos com o consentimento do trabalhador. A periodicidade das consultas e exames é estabelecida por lei ou pelo médico do trabalho.
48	As consultas da Medicina do Trabalho podem ser realizadas de três formas: Consultas e exames de admissão: Acontecem antes do início da prestação de trabalho ou quando a admissão de trabalho for urgente, nos 15 dias seguintes ao início das funções; Exames e consultas periódicas: Realizados anualmente quando os trabalhadores têm mais de 50 anos, e de 2 em 2 anos para os restantes trabalhadores; Consultas e exames ocasionais: Quando o trabalhador regressa ao trabalho após uma ausência superior a 30 dias por baixa médica ou devido a um acidente. Para além desse motivo, sempre que existam alterações substanciais no local de trabalho que possam ter uma repercussão nociva para a saúde dos trabalhadores. Nota: O médico do trabalho pode aumentar ou reduzir a periodicidade dos exames e consultas face ao estado de saúde do trabalhador e consoantes os riscos profissionais da sua atividade. Para além da avaliação que é feita numa consulta de Medicina do Trabalho, o médico do trabalho deve ter em consideração o resultado dos exames que o trabalhador tenha sido submetido recentemente. Sempre que seja necessário deve existir uma cooperação entre o médico do trabalho e o médico de família. A ficha clínica está sujeita ao sigilo profissional. A ficha clínica preenchida pelo médico do trabalho em cada consulta ou após a realização de exames está sujeita ao segredo profissional. Os dados presentes na ficha clínica só podem ser facultados às autoridades de saúde e aos médicos do trabalho. Esta ficha nunca pode ser fornecida à entidade empregadora. A legislação estabelece o seu sigilo profissional, bem como algumas restrições. Por exemplo, a ficha clínica não deve conter dados sobre a raça, a nacionalidade, a origem étnica ou informações de carácter pessoal, como hábitos do trabalhador, desde que estes hábitos não estejam relacionados com patologias específicas ou outros dados de saúde. Quando o um trabalhador deixa de trabalhar na empresa, o médico deve entregar-lhe uma cópia da ficha clínica ao trabalhador. Para além disso após a comunicação de cessação de atividade, as fichas clínicas devem ser enviadas para o serviço competente pelas doenças profissionais na área da Segurança Social. A ficha de aptidão da Medicina do Trabalho e a sua legislação. A ficha de aptidão vem legislada no artigo 110.º da Lei relacionada com a Medicina do Trabalho. A legislação indica que após as consultas e exames de admissão, periódico ou ocasional, o médico deve imediatamente preencher uma ficha de aptidão. Após o preenchimento deve ser feita uma cópia e enviar a mesma para o responsável dos recursos humanos da empresa do trabalhador. Na ficha de aptidão não podem vir referenciados dados da ficha clínica, nem nenhum elemento que envolva sigilo profissional. A ficha deve ser sempre dada a conhecer ao trabalhador, e deve conter a assinatura do mesmo e a data em que tomou conhecimento da mesma. O médico do trabalho não deve revelar nenhuma doença do trabalhador na ficha de aptidão. Apenas deve registar condições ou restrições de tarefas ao trabalhador. Em caso de lesões na coluna, braços, entre outros membros, o médico pode indicar que o trabalhador deve deixar de manusear cargas pesadas, por exemplo. Os resultados da ficha de aptidão podem trazer alterações às suas funções profissionais. A ficha de aptidão determina as capacidades do trabalhador, podendo ter como resultado: a) Trabalhador apto; b) Apto condicionalmente; c) Trabalhador inapto temporariamente; d) Inapto definitivamente para a função. Caso o resultado da avaliação de saúde revele que o trabalhador está inapto, o médico de trabalho deve indicar, se for caso disso, outra função que o trabalhador possa desempenhar. Cabe à entidade empregadora encontrar soluções adequadas à saúde dos seus trabalhadores sempre que assim seja possível, disponibilizando outras funções e cargos que possam ser exercidos. Quando a repercussão do trabalho e das condições em que o mesmo é prestado se revelar nociva para a saúde do trabalhador, o médico do trabalho deve sempre comunicar esse facto ao responsável pelo serviço de segurança e saúde no trabalho. Para além disso, se o estado de saúde o justificar o médico do trabalho deve solicitar acompanhamento pelo médico de família ou outro indicado pelo trabalhador.
49	Outros direitos e deveres dos trabalhadores em relação à Medicina do Trabalho: Para além de tudo aquilo que foi referido anteriormente, o trabalhador não é obrigado a divulgar as suas doenças e incapacidades à sua entidade empregadora. Por exemplo, se for confrontado com as restrições indicadas na ficha de aptidão, o trabalhador tem o direito de não prestar qualquer esclarecimento sobre a sua doença. O trabalhador tem o direito de pedir ao médico de trabalho a sua ficha clínica, de aptidão, bem como todos os exames e análises que realizou através da Medicina do Trabalho. Perante a Medicina do Trabalho, o dever dos trabalhadores, passa na sua maioria, por comparecerem quando são convocados e colaborarem com o médico do trabalho. A Medicina do Trabalho é um direito e um dever global dos trabalhadores, mas também das entidades empregadoras. Quando qualquer uma das partes falta às suas obrigações, pode ser alvo de sanções previstas na lei.
50	Entrevistador: O trabalhador pode contestar a decisão do médico do trabalho ou do médico aeronáutico? Como decorre esse processo?
51	DL1: Como se trata de matéria específica, a única forma de contestação é com outros pareceres médicos. Em tribunal, numa ação de AT, cabe sempre a uma Junta Médica definir a afetação do trabalhador. E essa JM é composta por um perito indicado pelo Tribunal, outro pela companhia de seguros e o terceiro pelo sinistrado. A responsabilidade pela reparação de acidentes de trabalho, tal como já referido, é obrigatoriamente transferida para as entidades legalmente autorizadas a realizar este seguro, mas como proceder quando o empregador não cumpre essa obrigação? Fica o trabalhador sinistrado desprotegido? Para estes casos, além das sanções e penalizações de que a empresa será alvo, o trabalhador pode recorrer ao Fundo de Acidentes de Trabalho, nos termos da lei. Sempre que o trabalhador, seja por acidente de trabalho ou por doença profissional, vir diminuída a sua capacidade de trabalho devido a lesão, tem direito a ser colocado em funções compatíveis com a sua condição.
52	Outras considerações: 1-que direitos assistem ao/a trabalhador/a sinistrado/a em matéria de assistência clínica e durante o período de tratamento? [artigo 28º número 2, artigo 32º - número 3, artigo 33º, artigo 36º e artigo 41.º - número 2 da Lei n.º 98/2009] : Direito de recorrer a qualquer médico para o assistir, nos casos referidos na resposta anterior; Direito de recusar uma intervenção cirúrgica quando, pela sua natureza ou estado do sinistrado, esta for susceptível de colocar em risco a sua vida; Direito a escolher

	o médico-cirurgião nos casos em que tenha que ser submetido a uma intervenção cirúrgica de risco elevado e nos casos e que possa correr, como consequência dessa intervenção, risco de vida; Direito de não se conformar e de contestar as resoluções do médico assistente, o que significa que tem o direito em consultar um outro médico por forma a obter uma 2ª opinião clínica sobre o seu estado de saúde ou necessidades de tratamento; Direito em receber, em qualquer momento e a seu pedido, a cópia de todos os documentos respeitantes ao seu processo, designadamente o boletim de alta e os exames complementares de diagnóstico que se encontrarem em poder da seguradora; Direito ao fornecimento de ajudas técnicas e a outros dispositivos técnicos de compensação funcional.
53	Quais os deveres do/a trabalhador/a sinistrado/a? [artigo 3.º da Lei n.º 98/2009]: O/A trabalhador/a sinistrado/a tem o dever de se submeter ao tratamento e a todos as prescrições clínicas e cirúrgicas necessárias à cura da lesão ou da doença e à recuperação da capacidade de trabalho, prescritas pelo médico
54	Entrevistador: Qual o papel regulatório da Autoridade Nacional para Aviação Civil nos casos de certificação de Tripulantes?
55	DL1: Já referido na resposta à questão nº 2
56	Entrevistador: Qual o peso jurídico da decisão do centro de medicina Aeronáutica e do examinador médico aeronáutico na qualificação da inaptidão permanente para o voo?
57	DL1: Como área especializada da medicina, é preponderante a sua declaração de aptidão ou inaptidão para o exercício de funções de tripulante. Tenho muitas vezes usado este fundamento para, em ações de AT, conseguir provar que o Tripulante se encontra inibido definitivamente para o exercício das funções específicas que desempenha, nomeadamente, no que respeita ao seu papel na segurança do voo e dos passageiros.
58	Vide o seguinte acórdão: No Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa, proferido no processo n.º 4361/10.5TTLSB.L1-4, em 6 de julho de 2017, com relatoria de José Feteira e votação por unanimidade, decidiu-se, em sede de apelação, a anulação da sentença recorrida. O Tribunal entendeu que “a realização de perícias destina-se à perceção ou apreciação de factos por peritos, sempre que sejam necessários conhecimentos especiais que o juiz não domine, de forma que este, posteriormente, possa pronunciar-se de uma forma cabal sobre determinada realidade da vida”. Acrescentou que “as perícias, designadamente as feitas por junta médica, constituindo elementos de prova, estão, também elas, sujeitas ao princípio basilar da livre apreciação pelo juiz [artigo 389.º do Código Civil e artigo 607.º, n.º 5, do Código de Processo Civil], mesmo quando o respetivo laudo tenha sido emitido por unanimidade”. Assim, “as asserções e conclusões dos senhores peritos contidas nos respetivos laudos não se podem sobrepor àquele princípio, devendo o julgador exercer sobre elas um juízo crítico, segundo a sua experiência, a sua prudência e o seu bom senso, podendo delas divergir desde que o faça fundamentadamente”. Sublinhou ainda que, “em ação emergente de acidente de trabalho, impõe-se ao julgador que, no desempenho das funções que lhe competem e sobretudo no exercício do mencionado juízo crítico, leve em consideração não só as perícias colegiais ou singulares que, porventura, tenham sido levadas a efeito na pessoa do sinistrado, mas também todos os elementos probatórios, designadamente exames ou pareceres complementares ou pareceres técnicos que tenham sido carreados para o processo e que se mostrem relevantes na decisão da causa, ainda que possa dar natural prevalência à prova recolhida através de exames periciais feitos por junta médica, atendendo à colegialidade da sua composição e, consequentemente, à solidez das opiniões ou pareceres emitidos pelos senhores peritos sobre as questões relativamente às quais foram chamados a pronunciar-se”. No caso concreto, “face aos exames complementares de diagnóstico do foro de otorrinolaringologia existentes no processo, quando confrontados com os exames médicos por junta médica dessa especialidade e tendo em consideração as incongruências notadas entre uns e outros a carecerem de cabal esclarecimento, tal importou na anulação da sentença recorrida, de forma que os autos voltassem à 1.ª instância a fim de ser convocada a junta médica com o objetivo de esclarecer tais incongruências, com a consequente elaboração de nova sentença pronunciando-se sobre a natureza e grau de incapacidade de que a sinistrada tenha ficado afetada em consequência do acidente de trabalho de que foi vítima”.
59	Entrevistador: Existe a possibilidade de os tripulantes contestarem uma decisão de inaptidão permanente? Como se processa?
60	DL1: Exatamente pelo mesmo método da prova da inaptidão. Com o recurso a parecer médico [prova de peritagem] da área da aeronáutica em que se defenda que a afetação do tripulante não o inibe do exercício das suas funções habituais.
61	Entrevistador: Como se caracteriza juridicamente a Incapacidade Permanente Parcial [IPP] e a Incapacidade Permanente Absoluta para o Trabalho Habitual [IPATH] e quais as diferenças entre ambas?
62	DL1: A Incapacidade Permanente Parcial [IPP] e a Incapacidade Permanente Absoluta para o Trabalho Habitual [IPATH] são ambas situações de incapacidade que resultam de um acidente de trabalho, mas com diferentes níveis de limitação. A IPP refere-se a sequelas permanentes que limitam a capacidade de exercer a profissão habitual, enquanto a IPATH impede totalmente a execução do trabalho habitual.
63	Incapacidade temporária: Esta é concedida sempre que o acidente produz limitações funcionais que impedem total ou parcialmente a execução de tarefas profissionais. A incapacidade temporária é concedida por um período máximo de 18 meses, exceto em casos excecionais, em que o período pode ser prolongado até 30 meses. A incapacidade temporária pode ser: a) Absoluta: nos primeiros 12 meses, o lesado tem direito a uma indemnização diária igual a 70% da sua remuneração e 75% após esse período; b) Parcial: indemnização diária igual a 70% da redução sofrida na capacidade geral de ganho. A atribuição da incapacidade temporária parcial para o trabalho é feita após o parecer do médico, que avaliará em valores percentuais o nível de desvalorização da capacidade profissional. O subsídio de incapacidade temporária absoluta começa a ser pago a partir do primeiro dia em que não possa trabalhar. O subsídio por incapacidade temporária absoluta termina quando: a) Se verifica a cura; b) A incapacidade passar a ser considerada permanente e, a partir daí, é atribuída uma pensão; c) Acaba o prazo. Normalmente o subsídio é suspenso ao fim de 18 meses, mas pode ser prolongado até 30 meses, se o médico achar que há possibilidade de recuperação.
64	A incapacidade torna-se permanente, absoluta [IPA] ou parcial [IPP], se o acidente produzir qualquer sequela que afete definitivamente a capacidade de ganho ou de trabalho do beneficiário. A incapacidade pode ser causada por um acidente ou por uma doença. Quando um trabalhador se encontra numa situação de incapacidade permanente, significa que é incapaz de realizar

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

	ações quotidianas durante a sua atividade profissional. A incapacidade permanente existe quando há danos irreversíveis [sequelas ou disfunções] que afetam a capacidade de ganho da pessoa ferida. A incapacidade permanente, parcial ou absoluta, também dá direito ao lesado a receber uma indemnização por danos pecuniários futuros, ou seja, pela perda de capacidade de ganho em consequência do acidente. Pode ser de diferentes tipos: a) Absoluta para todo o trabalho; b) absoluta para o trabalho habitual; c) parcial. A incapacidade permanente é apurada segundo a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais.
65	Entrevistador: Poderia descrever, de forma geral e cronológica, o percurso legal que se segue à decisão médica de inaptidão, até uma eventual decisão judicial de atribuição da IPATH?
66	DL1: Após a decisão de inaptidão ou a seguradora quando a reconhece ou o trabalhador se assim não acontecer, terá que recorrer ao Tribunal do Trabalho para que essa incapacidade seja reconhecida judicialmente e em que grau. O processo especial de acidentes de trabalho tem duas grandes fases: a conciliatória, prevista nos artigos 99 a 116, e a contenciosa, regulada nos artigos 117 e segs., todos do Código de Processo do Trabalho. 1. A fase conciliatória do processo judicial de acidente de trabalho. A fase conciliatória do processo judicial para garantir os direitos do trabalhador após um acidente de trabalho é dirigida pelo Ministério Público e inicia-se através da participação do acidente de trabalho ao Tribunal.
67	1. 1. A participação do acidente de trabalho ao Tribunal: A participação do acidente de trabalho ao Tribunal não implica o pagamento de qualquer taxa e é, nalgumas situações, obrigatória. A seguradora está obrigada a participar ao Tribunal o acidente de trabalho do qual resulte: uma incapacidade permanente ou incapacidades temporárias que, consecutiva ou conjuntamente, ultrapassem 12 meses [situação que tem de comunicar no prazo de 8 dias a contar da alta clínica]; ou a morte [situação que tem de comunicar imediatamente]. O empregador que não tiver seguro de acidentes de trabalho tem de participar ao Tribunal qualquer acidente no prazo de 8 dias após dele ter conhecimento ou, se resultar a morte, de imediato. O acidente de trabalho também pode ser facultativamente participado ao Tribunal: pelo trabalhador que sofreu o acidente [diretamente ou através de terceiro]; por um seu familiar ou equiparado; por qualquer entidade com direito a receber o valor de prestações; por autoridade policial ou administrativa que tiver tomado conhecimento do acidente; e por diretor do estabelecimento hospitalar, assistencial ou prisional onde o trabalhador que sofreu o acidente estiver internado, se o acidente tiver ocorrido ao serviço de outra entidade.
68	1. 2. O exame médico: A perícia médica é, em regra, realizada por um médico perito dos quadros do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I. P., e ocorre, por norma, nas suas delegações [ou nos gabinetes médico-legais delas dependentes]. A perícia médica [ou avaliação médico-legal] é secreta e é composta: por um exame através do qual se procede à recolha exaustiva e objetiva de toda a informação de relevo para identificar e descrever as lesões e incapacidades resultantes do acidente; e pela interpretação médico-legal dessa informação, com a consequente determinação das sequelas e incapacidades causadas pelo acidente [o que é feito de acordo com a tabela nacional de incapacidades por acidente de trabalho]. O relatório pericial [que contém o resultado da perícia] é comunicado ao trabalhador que sofreu o acidente e às demais pessoas convocadas para a tentativa de conciliação. Caso não se concorde com o resultado da perícia médica [o que é frequente], pode requerer-se a realização de perícia por junta médica. Esta perícia por junta médica é secreta e urgente, sendo constituída por três médicos peritos e presidida por juiz.
69	1. 3. A tentativa de conciliação: Nota importante: é fundamental frisar que esta é uma fase vital para o conteúdo e extensão da indemnização a receber pelo trabalhador. Não raras vezes, o trabalhador perde quantias muito significativas por não acautelar devidamente a sua posição jurídica [muitas vezes, por não estar aconselhado por advogado/a], dando o seu acordo a situações que manifestamente o prejudicam [sobretudo, nas questões relativas à caracterização do acidente, ao agravamento da responsabilidade e à natureza e grau da incapacidade]. A tentativa de conciliação é presidida por um magistrado do Ministério Público e nela participa o trabalhador que sofreu o acidente e as entidades empregadoras e/ou seguradoras. Nessa tentativa de conciliação, o magistrado do Ministério Público tenta obter um acordo, o que faz com base nos elementos que constam do processo, nomeadamente: o resultado da perícia; e as circunstâncias que podem influenciar a capacidade de ganho do trabalhador que sofreu o acidente [por exemplo, a sua idade, as suas habilitações académicas e profissionais; a possibilidade de reconversão, a conjuntura do mercado de emprego local, etc.].
70	A tentativa de acordo versa sobre: a existência e qualificação de um acidente como sendo de trabalho; a natureza e graus das incapacidades do trabalhador que sofreu o acidente; a relação de causa-efeito [o nexo causal] entre o acidente e as lesões; a retribuição do trabalhador que sofreu o acidente [isto é, o salário que auferia à data do acidente, as outras prestações regulares a que tinha direito, etc.]; a entidade responsável [o empregador e/ou segurador] pelas prestações destinadas a reparar o dano sofrido pelo trabalhador; e a natureza e medida das prestações destinadas a reparar o dano sofrido pelo trabalhador.
71	O eventual acordo que resulte da tentativa de conciliação pode ser: provisório/temporário [antes de se verificar uma situação de incapacidade permanente ou de cura sem desvalorização, casos em que depois pode haver retificação das indemnizações]; ou definitivo [depois de se verificar uma situação de incapacidade permanente ou de cura sem desvalorização, caso em que se realiza nova tentativa de conciliação, agora definitiva e de acordo com a nova situação clínica do trabalhador que sofreu o acidente].
72	O acordo também pode ser: parcial, o que sucede se apenas houver acordo em relação a algum ou alguns dos tópicos acima referidos; ou total, caso em que o processo judicial para garantir os direitos do trabalhador após o acidente de trabalho termina. No caso de apenas haver acordo parcial ou de não haver acordo, o processo para garantir os direitos do trabalhador após o acidente de trabalho segue para uma outra fase, denominada de contenciosa.
73	2. A fase contenciosa do processo judicial de acidente de trabalho: A fase contenciosa é uma fase na qual o trabalhador que sofreu o acidente e a entidade seguradora e/ou empregadora esgrimem argumentos para fazer vingar a sua visão sobre um ou mais dos vários aspetos relacionados com o acidente, entre os quais: as características do acidente de trabalho; a natureza e o grau da incapacidade do trabalhador; o agravamento da responsabilidade da entidade empregadora; e as indemnizações devidas ao trabalhador.
74	Se a falta de acordo for apenas quanto à incapacidade para o trabalho, o andamento do processo segue uma forma muito mais simplificada [que se consubstancia na realização de uma perícia médica através de uma junta médica]. Nos demais casos, a fase

	contenciosa já se caracteriza pelos contornos clássicos das ações judiciais, pelo que contém, em regra: uma petição inicial [a ação do trabalhador]; uma contestação [a defesa da entidade seguradora e/ou empregadora]; um julgamento [no qual se produz a prova que houver a apurar]; uma sentença [decisão final do juiz que decide os aspetos relacionados com o acidente, como as características do acidente, o agravamento da responsabilidade, as incapacidades, as indemnizações, etc.]; e, eventualmente, recursos das decisões do juiz [também eles apreciados por juízes].
75	Entrevistador: Como se desenrola, na prática jurídica, o processo de reconhecimento da IPATH?
76	DL1: Segue o procedimento descrito no número anterior mas onde o pedido é o apuramento do grau de incapacidade e a declaração da incapacidade permanente para o trabalho habitual. É importante que o processo seja instruído com um relatório médico de aeronáutica com a definição de causa efeito e, para a JM, na fase contenciosa é fundamental que o sinistrado apresente um perito dessa especialidade.
77	Entrevistado: Qual o papel da perícia médico-legal nestes processos?
78	DL1: Tratando-se como se trata de um processo de foro médico, a perícia é a prova por excelência, até porque na sentença o juiz irá adotar a posição que na JM foi defendida por maioria [dois contra um]. Os fundamentos da inaptidão são médicos e só médicos, perante as circunstâncias objetivas do caso, designadamente as funções que são exercidas pelo trabalhador. Assim, o papel das perícias é essencial porque é o resultado das mesmas que vai sustentar a decisão do julgador.
79	Entrevistador: O trabalhador sinistrado tem, no atual enquadramento legal, possibilidades reais de participar ativamente no processo pericial - como a nomeação de peritos, o pedido de nova avaliação ou o exercício do contraditório?
80	DL1: Sim. Deve apresentar um perito na JM [se não puder o tribunal, oficiosamente, nomeia um] e pode requerer intervenção de médicos do foro da medicina aeronáutica.
81	Entrevistador: Em que circunstâncias os trabalhadores sinistrados optam por recorrer ao sistema judicial para ver reconhecida a sua incapacidade laboral?
82	DL1: Se a seguradora atribui uma incapacidade, seja parcial, seja permanente, por lei tem que enviar o processo para tribunal, porque é aqui que é sempre fixada a incapacidade. Se a seguradora não reconhece o incidente como AT, não atribui qualquer incapacidade ou não reconhece os efeitos do AT sofrido [ex. dá alta quando o mesmo ainda se encontra incapaz de retomar as suas funções] então o trabalhador tem de recorrer ao tribunal para pugnar pelo reconhecimento dos seus direitos.
83	Entrevistador: Que fatores influenciam a duração do processo judicial de reconhecimento da inaptidão permanente ou de IPATH?
84	DL1: São vários: Morosidade dos tribunais que se encontram “entupidos” sobretudo depois da pandemia e da greve dos funcionários judiciais que perdurou por 1 ano; Dificuldade em nomear peritos, sobretudo quando o tribunal requer intervenção do IML [em Lisboa não há médicos no Tribunal do Trabalho, contrariamente ao que acontece na maioria das comarcas. Então o exame médico decorre sempre com um médico do IML]; Obtenção de exames complementares de diagnóstico, quando necessários; Recurso a outras entidades para pedido de parecer, como no caso do IEF; Falta de recursos humanos no tribunal [os funcionários judiciais apresentam muitas vezes o argumento de que a falta de pessoal administrativo é responsável pelos atrasos registados. De registar que o processo de AT tem natureza urgente, o que quer significar que os prazos correm e as diligências podem ocorrer mesmo no período de férias judiciais. Mas, na prática, os tribunais nesses períodos nunca marcam diligências. Até porque a maioria dos juízes e funcionários também se encontram de férias.
85	Entrevistador: De que forma a morosidade judicial pode afetar a vida profissional, económica e pessoal do trabalhador sinistrado?
86	DL1: A morosidade de uma decisão implica a “suspensão” da vida do sinistrado, por largos meses. Assim, pode ver os seus rendimentos afetados porque a Medicina do Trabalho fundamenta a sua incapacidade temporária para o trabalho e resta ao sinistrado, muitas vezes, recorrer ao regime da SS para poder ter um rendimento [sendo que a SS pode sempre reclamar junto do tribunal as verbas pagas se a decisão for a de que o impedimento era consequência do AT]. Emocionalmente o sinistrado também fica afetado, quer pela morosidade, quer pela necessidade de recorrer a outros médicos para prova da sua incapacidade, o que constitui um peso na sua economia familiar já afetada pela redução de rendimentos. O que se reflete necessariamente no agregado familiar. Acresce a angústia e o desespero de ficar, eventualmente, sem poder executar a profissão que gostava e as dúvidas sobre o que irá acontecer, futuramente, no seu percurso profissional.
87	Entrevistador: Na sua opinião, o sistema judicial português é eficaz e célere na resolução de litígios laborais relacionados com a incapacidade permanente?
88	DL1: Não. Por todas as razões já indicadas nos números precedentes.
89	Entrevistador: Como é avaliada, do ponto de vista jurídico, a imparcialidade e transparência das juntas médicas envolvidas nos processos de avaliação de IPATH?
90	DL1: No exame médico individual, infelizmente, o que acontece é que o médico é de medicina geral ou de outra especialidade que não aeronáutica, portanto, nem sequer está familiarizado com as exatas funções do trabalhador. Será sempre, com o devido respeito, uma análise superficial do problema. Já na JM o trabalhador tem hipótese de apresentar o seu perito, que normalmente é um médico assistente, que acompanhou o seu percurso e terá oportunidade, junto dos Colegas [médicos da seguradora e do tribunal], de pugnar por um reconhecimento mais exaustivo da situação concreta. Porém, como disse atrás, se da parte do médico do tribunal não houver a mesma sensibilidade, o veredito final será de 2 votos desfavoráveis, o que coloca o sinistrado numa posição quase impossibilidade de reclamar, já que se trata de prova técnica/pericial. Doutra passo, dita-nos a prática que o médico da seguradora tenta fazer valer a todo o custo o seu parecer, que, obviamente, irá ao encontro dos interesses da sua cliente.
91	Entrevistador: O trabalhador dispõe de mecanismos legais eficazes para requerer nova perícia ou impugnar judicialmente a decisão pericial?
92	DL1: Como já foi dito, trata-se de um processo, todo ele, de foro médico. Só com o apoio de um perito e de exames de diagnóstico que confirmem a incapacidade do sinistrado [prova pericial e técnica] é possível impugnar uma decisão judicial desfavorável, através de recurso para o tribunal superior. Perante um parecer negativo da JM pode sempre ser requerido a avaliação por perito da

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

	aeronáutica, mas, como resulta evidente, são tudo meios que são muito dispendiosos para o trabalhador, o que muitas vezes constitui um impedimento para prosseguir o seu objetivo.
93	Entrevistador: De que forma o resultado da perícia influencia a indemnização ou pensão atribuída ao trabalhador sinistrado?
94	DL1: Na medida em quanto maior for o grau de incapacidade maior é a indemnização. Na verdade, o cálculo da indemnização por incapacidade para o trabalho depende do tipo de incapacidade, sendo que a incapacidade temporária [ITA] é calculada com base numa percentagem da retribuição diária, enquanto a incapacidade permanente é calculada com base numa percentagem da retribuição anual.
95	Cálculo da Incapacidade Temporária Absoluta [ITA]: 1. Retribuição Anual: Calcula-se a retribuição anual ilíquida do sinistrado, incluindo subsídios de férias, subsídios de Natal e outras prestações de carácter regular; 2. Retribuição Mensal: Divide-se a retribuição anual por 12 para obter a retribuição mensal; 3. Retribuição Diária: Divide-se a retribuição mensal por 30 para obter a retribuição diária; 4. Indemnização Diária: Multiplica-se a retribuição diária por 70% [nos primeiros 12 meses] ou 75% [após esse período];
96	Cálculo da Incapacidade Temporária Parcial [ITP]: 1. Retribuição Anual, Mensal e Diária: Calcula-se da mesma forma que na ITA; 2. Indemnização Diária: Multiplica-se a retribuição diária por 70% [em vez de 70% ou 75% na ITA] e, em seguida, pelo grau de redução na capacidade geral de ganho [percentagem da incapacidade].
97	Cálculo da Incapacidade Permanente: Incapacidade Permanente Absoluta [IPPA]: A pensão é calculada com base numa percentagem da retribuição anual ilíquida, que pode ser de 80% para incapacidade absoluta para todo o trabalho. Para Incapacidade Permanente Absoluta para o Trabalho Habitual, a pensão varia entre 50% e 70% da retribuição; Incapacidade Permanente Parcial [IPPP]: A pensão é calculada com base na percentagem da incapacidade permanente, sendo geralmente 70% da retribuição anual ilíquida.
98	É importante ressaltar que o cálculo das indemnizações e pensões por incapacidade para o trabalho é um processo complexo e que deve ser feito com base na legislação aplicável e nos dados específicos de cada caso.
99	Entrevistador: Existem normas europeias que deveriam ser melhor transpostas ou aplicadas em Portugal?
100	DL1: Não tenho conhecimento desta matéria para poder responder.
101	Entrevistador: Que boas práticas internacionais considera que poderiam ser transpostas para o ordenamento jurídico português com vista à melhoria da proteção dos Tripulantes inaptos?
102	DL1: Idem.
103	Entrevistador: Que recomendações faria ao legislador português para reforçar a proteção dos Tripulantes declarados inaptos em definitivo para o voo?
104	DL1: Que considerasse, por exemplo, a extensão das medidas que a legislação já prevê para situações de profissão de desgaste rápido. Que acautelasse meios de formação para situações de reclassificação profissional/mudança de categoria.
105	Entrevistador: Que reformas legislativas ou regulamentares considera necessárias para tornar o processo de avaliação médico-legal mais justo, célere e adaptado às realidades profissionais da aviação?
106	DL1: Medida essencial, a meu ver, era que o tribunal recorresse a um médico da especialidade para fazer a avaliação, libertando o trabalhador desse encargo. Esse perito está familiarizado com as condições em que é executado o trabalho, com as funções que efetivamente são executadas pelos profissionais da aviação, pelas exigências físicas que a mesma impõe, pelas exigências sensoriais, psicomotoras e cognitivas que, no dia a dia, lhe são pedidas. Só assim a decisão final poderia emitir um veredicto fidedigno sobre a capacidade ou não do sinistrado para assegurar as funções habituais.

DL2 – DIREITO LABORAL 2

1	Entrevistador: Doutora Isabel Pinto, muito boa tarde. Estamos a gravar. Peço-lhe autorização para a gravação da entrevista.
2	DL2: Faça favor. Sim.
3	Entrevistador: Antes de mais, quero agradecer a sua participação no estudo. Para fazer um pequeno enquadramento profissional, vou começar pela primeira questão: poderia fazer uma breve apresentação do seu percurso profissional, com destaque para a experiência em Direito do Trabalho relacionada com a inaptidão permanente em Tripulantes?
4	DL2: Muito bem. Eu comecei a mexer nesses assuntos há coisa de dez anos atrás e fui evoluindo, portanto, nos clientes. Também nas companhias aéreas, não é? Pronto. Grosso modo, a Companhia Aérea A teve muitos despedimentos recentemente, portanto, neste período que agora antecedeu, houve vários despedimentos na Companhia Aérea A, e também na Companhia Aérea B - na Companhia Aérea B também ocorreram alguns. Daqueles que, de facto, tomei conta e eu pude participar... de facto, alguns foram mais satisfatórios do que outros, porque não só a jurisprudência não é muito uniforme em relação a estes casos em concreto - da inaptidão permanente e definitiva - como a própria sustentabilidade da legislação também não nos deixa muito confortáveis. E, portanto, também temos de ver que este tipo de profissão, não é? tem uma série de particularidades - como deve saber - que fazem destacar esta atividade dos assistentes de bordo, não é? Ou de cabine, neste caso. E de facto foi neste período, de há dez anos até agora, que tenho vindo a desenvolver - não tanto virado só para aí, porque como faço processual...processual quer dizer que podemos atuar em todos os ramos, ok? Depois há aqueles com que mais simpatizamos. O Trabalho é um dos que eu simpatizo, porque gosto de combater pelos direitos dos trabalhadores, dessa problemática, e da igualdade, que envolve muito os direitos fundamentais, porque se trata da subsistência das pessoas também, não é? Portanto, é um campo muito importante na vida de todos nós - a começar por mim também. Todos nós temos a nossa profissão e queremos, não é? e queremos sempre defendê-la da melhor maneira.
5	Entrevistador: Muito bem. Muito bem. Doutora, diga-me: qual é o enquadramento jurídico aplicado à declaração de inaptidão definitiva de um tripulante de cabine, na sequência de um acidente de trabalho?
6	DL2: Portanto, temos a lei de base, que é a lei geral dos acidentes de trabalho. Eu vou-lhe ser sincera: tenho sempre de ver qual é o decreto-lei...mas é evidente que é a dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais, não é? Esse é o base... e depois temos que atender a cada companhia - se têm acordos de empresa também, não é? As chamadas convenções coletivas de trabalho e acordos de empresa, que são feitos e que dizem respeito a cada política da própria companhia, não é? Pronto. Depois temos que ver também a importância dos sindicatos dentro dessa estrutura, não é? E aqueles que são trabalhadores sindicalizados e aqueles que não são... Também faz aqui alguma diferença - não deveria fazer, mas faz alguma diferença. E basicamente andamos à volta disso. E depois, nunca esquecer que podem ser violados os direitos fundamentais. E claro, temos a Constituição aqui também envolvida, não é? E basicamente andamos por aqui. E depois temos uma entidade muito importante, que é reguladora das aeronaves, e é justamente quem avalia, em termos médicos, a capacidade ou incapacidade do trabalhador que sofreu o acidente - que é o que nos importa aqui, são acidentes de trabalho e não doenças profissionais, que também acontecem.
7	Entrevistador: Sim... esse não é o objeto do estudo...
8	DL2: O que estamos aqui a tratar é o acidente. O acidente propriamente dito passa sempre por essa avaliação, que é feita pela entidade que, presumo, seja a ANAC... estou a puxar pela memória... ANAV. Porque não estava aqui documentada para...
9	Entrevistador: Autoridade Nacional da Aviação Civil. ANAC.
10	DL2: ANAC. ANAC. ANAC... exatamente... pronto... em que é muito importante o parecer médico. Eles é que são soberanos, não é? Neste sentido. E quando, de facto, o acidente de trabalho... o trabalhador é declarado inapto definitivamente, tem que haver essa determinação por parte da autoridade e do controlador, e daí essa importância.
11	Entrevistador: Do ponto de vista jurídico, a existência de uma incapacidade decorrente de um acidente de trabalho torna automaticamente um tripulante inapto para voar?
12	DL2: Peço desculpa...[barulho]
13	Entrevistador: Eu vou repetir...do ponto de vista jurídico, a existência de uma incapacidade que é decorrente de um acidente de trabalho torna automaticamente um tripulante inapto para voar?
14	DL2: Não. Daí essa avaliação. Tem de ser feita a avaliação médica, logo por parte da ANAC, que é a entidade soberana - e depois passa também, se não houver acordo em relação a isso, nomeadamente do próprio trabalhador, do próprio sinistrado, então passa para o tribunal, não é? Depois, no tribunal, temos uma fase conciliatória do processo e uma fase contenciosa. Na fase conciliatória, os documentos básicos essenciais são, de facto, esse parecer médico da ANAC e um outro que possa haver por parte de um particular, que o próprio sinistrado possa ter acesso - e tem o direito de o fazer para defender os seus próprios direitos. Além desse, vai haver um terceiro que, claro, porque sabemos que a responsabilidade civil está sempre transferida para uma seguradora, para uma terceira entidade. E essa seguradora vai também ter um técnico ao seu serviço, que também irá dar a sua opinião - na chamada junta médica, que depois tem que ser feita em tribunal, não é? Depois de acontecer essa Junta Médica, há uma tentativa de conciliação, no sentido de perceber se, de facto, as percentagens que são atribuídas à incapacidade do trabalhador que sofreu o acidente - do sinistrado - se há ali uma maioria, pelo menos. Uma maioria de três, terá de haver dois, não é? Pronto. Se houver ali uma indecisão, uma não-avaliação daquilo que está a acontecer, ao sinistrado é-lhe sempre dada a hipótese de discordar. E, discordando, passa-se da fase conciliatória para a fase contenciosa, em que vai ser despoletado um requerimento por parte do sinistrado a pedir que, efetivamente, se faça uma nova Junta Médica, por não estar de acordo com a incapacidade que lhe foi atribuída - seja ela permanente, não é? ou temporária. Pois há incapacidades que começam por ser temporárias e passam a permanentes, e depois são declaradas definitivas. Ok? É esse o procedimento.
15	Entrevistador: Considera que a legislação laboral portuguesa reflete adequadamente a especificidade da função desempenhada pelos Tripulantes, no contexto da inaptidão definitiva para o voo? Uma breve explicação.

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

16	DL2: Eu creio que a legislação, em si, não define exatamente. O que vem complementar é, efetivamente, os regulamentos internos das próprias companhias, em que elas tentam definir o máximo que podem, também para o seu autocontrolo - o autocontrolo dos seus próprios trabalhadores, não é? Portanto, a lei é um pouco genérica, porque abrange, de facto, a função e diz quais as principais funções. Mas depois temos os acordos de empresa, que mexem muito nisso, não é? Por exemplo, a Companhia Aérea B tem o seu próprio acordo de empresa, e que fala justamente no pormenor, e vem com muito pormenor, de tudo o que tem a ver com as categorias, não é? dos tripulantes que estão aqui em causa.
17	Entrevistador: Eu vou continuar depois. Se surgir aqui alguma questão, volto atrás. Como é que a legislação portuguesa protege os Tripulantes que se tornam permanentemente inaptos para o voo? Ao abrigo da lei que me referiu há pouco?
18	DL2: Sim. Atribui-lhes uma incapacidade, e essa incapacidade vai traduzir-se numa pensão vitalícia, não é? Em última instância, não é? Traduz-se numa pensão vitalícia, que vai ser calculada com base nos índices que forem encontrados para essa incapacidade. Depois, é feita através de uma tabela - e os próprios médicos fazem essas continhas, não é? para chegarem a valores. E, a partir daí, o tribunal vai, de facto, condenar naquele valor de uma pensão vitalícia, quando for o caso, para ser definitivo. Definitivo significa que não tem hipótese de trabalhar. Portanto, eventualmente, temos de atender a outra coisa, que é: quando se está a fazer a avaliação da inaptidão definitiva, põe-se sempre a questão de: "Ah, não se poderá reclassificar o trabalhador ou reposicioná-lo em terra?". É logo a primeira questão: não consegue ir para o ar, fique em terra. Só que, se forem questões psicológicas ou psiquiátricas, é sempre difícil - no ar ou em terra é igual - porque está inapto, porque não consegue trabalhar, não consegue lidar com o que estava habituado a lidar. Tem sempre aquela remanescência. Isto estou a falar, mas não sou médica, não é? Mas conheço mais ou menos, e já li vários relatórios médicos psiquiátricos que dizem justamente isso. Portanto, ficam afetados, não importa, basta terem contacto com o próprio espaço, ouvirem os aviões a descer e a subir, e saberem que as pessoas estão ligadas àquela atividade...ficam muito, muito stressadas e não conseguem. Não conseguem. Não têm hipótese. Têm de sair fora dessa atividade e arranjar uma outra paralela. Ficam, no fundo, entregues a si próprios, não é? E depois cada um...
19	Entrevistador: Escolhe o seu caminho.
20	DL2: Faz o seu próprio caminho.
21	Entrevistador: Quais são os principais desafios jurídicos enfrentados pelos tripulantes que perdem essa aptidão?
22	DL2: Os principais são reencontrar, justamente, um novo posto de trabalho, não é? Pronto. Apesar de terem essa pensão - como há-de calcular - a pensão não lhes dá possibilidades de se autonomizarem e de viverem só com aquela pensão. Naturalmente, as pessoas - e alguns ainda são jovens - também dependem da incapacidade, do valor da incapacidade. Embora estejam inaptos - estão inaptos, não é? Pronto - mas a inaptidão que se está aqui a falar é em relação à atividade que conheciam, que faziam. Vai diminuir noutras atividades, mas, se calhar, não da mesma forma. Independentemente da atividade, há quem, por exemplo, escolha ser consultor imobiliário, faz compras e vendas e complementa, etc., etc. Há quem prefira dar aulas, há quem...enfim, há ali um leque de oportunidades que se podem estender. Mas o que não há é ajuda, não há encaminhamento, não há...a pessoa fica entregue a si própria.
23	Entrevistador: E os principais desafios a nível jurídico... os principais?
24	DL2: Os principais desafios jurídicos são conseguirmos que essa inaptidão seja bem avaliada, e que saia com uma incapacidade que seja de acordo, efetivamente, com aquilo que foi prejudicado na sua maneira de trabalhar - na sua capacidade para o trabalho. Esse é o grande desafio.
25	Entrevistador: Doutora, mudando agora para o Bloco 3, que tem a ver com a responsabilidade legal da companhia aérea - já fez alguma referência - mas vou colocar as questões. Após a declaração médica de inaptidão definitiva - por parte da Medicina do Trabalho e, consequentemente, pela Medicina Aeronáutica...
26	DL2: Exatamente.
27	Entrevistador: ...representantes da ANAC - que deveres legais vinculam a companhia aérea face ao trabalhador?
28	DL2: É assim, antes de mais, os deveres constitucionais, não é? Pronto. Mas, de facto, não vejo, assim, na lei, algo que os obrigue... Ou seja, eles têm sempre a responsabilidade transferida para uma seguradora. E quando nós caímos nas mãos de uma seguradora, cujo interesse é mesmo o lucro - porque nós sabemos, não há que esconder, não vamos tapar o sol com a peneira - as seguradoras são muito impessoais e, portanto, valorizam o número. E quanto mais puderem empatar, melhor. Portanto, há situações em que aliás, em regra, a grande luta jurídica no Tribunal do Trabalho é mesmo com a seguradora. Porque a seguradora vai sempre criar motivos para o "não", e nós temos de nos organizar para o "sim". E é aí que está a grande luta. Coisas do género... Coisas do género como, por exemplo: "Ah, porque na Junta Médica, o psiquiatra que lá estava já tinha visto o sinistrado duas ou três vezes, e que naquela Junta Médica não podia ser o médico que o acompanhou, tinha de ser um outro". Ou seja, que não poderia ser já o percurso, sob pena de vir aqui... Coisas deste género. Agora ocorreu-me. Este é um exemplo...
29	Entrevistador: Pequenas pedras que são colocadas...
30	DL2: Pedras que são colocadas no caminho para que não consigamos caminhar livremente até ao fim.
31	Entrevistador: Em que situações um tripulante de cabine, mesmo considerado inapto para o voo, pode juridicamente ser reconvertido profissionalmente? Existe enquadramento legal para isso?
32	DL2: Sim, sim. Não os tenho presentes, mas efetivamente existem alguns mecanismos que não funcionam na realidade. Porque nós, para conseguir reconverter um inapto, é muito difícil. Porquê? Porque lhe é retirado o livrete - aquela carteira...
33	Entrevistador: O relatório médico...
34	DL2: O relatório médico... Portanto, é-lhe retirado por completo. E reconvertê-lo é muito, muito difícil. A maioria consegue só ficar em terra.
35	Entrevistador: E isso acaba por não ser uma reconversão, por assim dizer...

36	DL2: Não é. Porque não é mesmo. Não é. Não tem nada a ver, não é? Basta vermos o próprio regulamento interno - não é o regulamento interno, é o acordo de empresa. Se formos lá ver, eles têm lá o pormenor em relação à categoria profissional dos assistentes de bordo. E aí especificam o que é estar “em terra” e o que é estar “no ar”.
37	Entrevistador: Quase como se fosse um <i>job description</i> ...um manual de funções...
38	DL2: Exatamente. Está ao pormenor e consegue-se perfeitamente perceber que é diferente.
39	Entrevistador: Os acordos de empresa existentes preveem a possibilidade de adaptação funcional de um tripulante de cabine considerado inapto definitivo para o voo?
40	DL2: Não preveem.
41	Entrevistador: Não preveem?
42	DL2: Não preveem. Quer dizer, que eu conheça. Obviamente, há muitas companhias e há muitos acordos de empresa. Mas os que conheço melhor - como disse, em relação à COMPANHIA AÉREA A e em relação à COMPANHIA AÉREA B, são os que mais trabalhei até agora - não me lembro de ver esse tipo [de cláusula]. Que era útil - não é? Seria bastante útil - mas é muito difícil conseguir fazer essa requalificação.
43	Entrevistador: As companhias aéreas têm um dever jurídico claro de promover essa adaptação funcional, ou, na prática, tendem a optar pela cessação contratual?
44	DL2: Elas têm essa obrigação. Está na lei, não é? Têm essa obrigação.
45	Entrevistador: Quando fala de "lei", estamos a falar de remeter para um acordo de empresa ou para a legislação geral?
46	DL2: Para o acordo de empresa e também para a lei geral. Também não podemos dizer que a legislação geral não tem esse encaminhamento. Simplesmente, as companhias aéreas têm um problema - que também todos nós sabemos - que é o grande volume de trabalho, são números que também interessam, e as pessoas acabam por se diluir um bocado no meio dos números, não é? Pronto, mas é difícil para eles reconverterem. E, em regra, não o fazem. Têm de ser obrigados a fazê-lo. Não sei se me faço entender.
47	Entrevistador: Claro. A empresa pode alegar incapacidade laboral decorrente da decisão de inaptidão definitiva para o voo como motivo para uma cessação do contrato de trabalho?
48	DL2: Se esgotar todas as ofertas ao trabalhador e o trabalhador for negando, não é? Aí não lhe resta outra hipótese. Agora, fazê-lo diretamente, não me parece que o possam sequer fazer, não é?
49	Entrevistador: Que obrigações legais têm as companhias aéreas no acompanhamento do trabalhador sinistrado e de que forma essa responsabilidade é transferida para uma companhia de seguros?
50	DL2: Pois. Para já, porque a lei assim o obriga, não é? É obrigatório que todas as companhias - aliás, em todos os locais de trabalho - tenham um seguro, e as companhias aéreas não são exceção. Portanto, têm que transferir essa responsabilidade para uma seguradora. Agora, o que acontece, invariavelmente, é que essa transferência é mal feita. Ou seja, quando fazem essa transferência para a seguradora, têm que dar ao pormenor os valores remuneratórios dos trabalhadores, e a partir de quando é que começaram e até quando é que terminaram. E por vezes é muito importante, quando é para fazer o cálculo indemnizatório em tribunal. E o juiz tem essa dificuldade - então vai à procura de saber o que é que, efetivamente, foi transferido para a seguradora. Aquilo que for transferido é assumido pela seguradora. O que não for, tem que ser assumido pela companhia. Aí é uma responsabilidade repartida.
51	Entrevistador: Mudando outra vez de bloco. Vamos para Medicina do Trabalho e Certificação Médico-aeronáutica. Qual é o enquadramento jurídico do papel do médico do trabalho na avaliação da aptidão de um tripulante após um acidente laboral?
52	DL2: É a primeira a atuar. É a Medicina do Trabalho. É a primeira a atuar. É a primeira a verificar, é a primeira que vai avaliar. Depois, com base nessa primeira avaliação, é que, inclusivamente, os médicos da aeronáutica...
53	Entrevistador: Da medicina aeronáutica....
54	DL2: Pronto... da Medicina Aeronáutica é que têm que... a partir daí vão eles avaliar. Só que, é como eu digo, eles funcionam como órgãos controladores, não é? Supervisor... ajude-me.
55	Entrevistador: ...regulador, não é?
56	DL2: Sim. É.
57	Entrevistador: Está a falar em relação à Medicina Aeronáutica, não é?
58	DL2: Em relação à Medicina Aeronáutica, que se sobrepõe um pouco em relação à Medicina do Trabalho. Então, elas andam ali próximas, mas quem atua primeiro é, de facto, a Medicina do Trabalho. A primeira avaliação é feita por eles. Mas depois, a que fica a valer - efetivamente, para a inaptidão definitiva - é, sem dúvida, a Medicina Aeronáutica.
59	Entrevistador: O trabalhador pode contestar a decisão do médico do trabalho ou do médico aeronáutico? E, nesse caso, como decorre o processo?
60	DL2: Pode sempre fazê-lo. É um direito que lhe assiste - está na Lei do Trabalho - é um direito do trabalhador, como é evidente. Só que, ao fazê-lo, tem que o fazer em tribunal, não é? Porque... pode reivindicar diretamente, não vou dizer que não, pode fazê-lo diretamente, mas, invariavelmente, não vai colher uma... uma boa receção por parte... é mais em tribunal conseguir impugnar judicialmente. Em tribunal. E como é que o consegue fazer? Arranjando um especialista particular - alguém que tenha uma opinião completamente diferente - e que consiga, de facto, ver que há ali falhas, que houve falhas, naquela avaliação. O que devo dizer, raramente acontece.
61	Entrevistador: Na sua perceção, qual é o papel regulatório da ANAC nos casos de certificação de Tripulantes?
62	DL2: É muito importante. É importante porque faz parte da própria admissão dos tripulantes. Eles estão presentes na própria admissão dos tripulantes. Eles dão opinião - segundo aquilo que me parece - têm opinião na própria contratação. Portanto, a contratação, quando é feita, obedece a uma série de critérios - pessoais, ou seja, físicos e morais - que têm que ter para poderem ingressar naqueles postos de trabalho. Portanto, não é tão linear assim, não é? E depois tem que haver sempre uma reapreciação periódica, de acompanhamento - seja físico, seja moral.

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

63	Entrevistador: Qual é o peso jurídico da decisão de um CMA - portanto, de um Centro de Medicina Aeronáutica - e do EMA, Examinador Médico Aeronáutico, na qualificação da aptidão permanente para o voo?
64	DL2: É muita. É muita. É muito importante porque, para já, o juiz - técnico não é, e muito menos técnico médico - vai querer ter com ele o perito dele do tribunal... que não é especialista em Medicina Aeronáutica, ok? Portanto...por isso, a importância da ANAC. A Medicina do Trabalho também é importante, mas a Medicina do Trabalho tem a ver com o acidente no local de trabalho. Efetivamente, portanto... já a Medicina Aeronáutica, é claro que tem outras disposições legais e que o juiz tem mais... vá, são mais valoradas - não vamos esconder aquilo que é a verdade, não é? São mais valoradas. Justamente porque lhe retiram o tal... que agora não me lembro... o livrete, não é? que eles têm?
65	Entrevistador: É um relatório médico. É um certificado médico. Não é bem um certificado médico porque... entraríamos aqui noutro assunto. Houve uma pequena mudança na lei há uns tempos... passa a ser... é como que um relatório médico de aptidão ou inaptidão, digamos assim - "fit" ou "unfit".
66	DL2: Exatamente. "Fit" ou "unfit". Exatamente.
67	Entrevistador: Essa questão vai um pouco de encontro a uma questão que já eu fiz, mas eu gostava que respondesse noutro sentido, no sentido de se é possível, perante a autoridade... eu faço-lhe a questão...existe a possibilidade de um tripulante contestar a decisão de uma aptidão permanente? Processualmente, como é que é? O tripulante dirige-se à autoridade ou vai, de acordo com a questão que já me respondeu, só através de um processo?
68	DL2: Pode fazer das duas maneiras. Primeiramente, pode tentar, não é? de uma forma conciliatória, junto da própria entidade. Se receber uma resposta negativa, que vá contra aquilo que, efetivamente, acha que está correto - que é aquilo que ele acha que tem fundamento - então, aí, tem de ir para tribunal. Tem que impugnar essa decisão. Pode começar de uma forma e terminar, caso não seja acolhido.
69	Entrevistador: Passemos a outro bloco... Avaliação médico-legal e IPATH. Como se caracteriza juridicamente a Incapacidade Permanente Parcial [IPP] e a Incapacidade Permanente Absoluta para o Trabalho Habitual (IPATH)? Quais as diferenças entre ambas?
70	DL2: A IPATH é definitiva... não tem como o trabalhador ter qualquer revalidação, enquanto que a permanente temporária é como se fosse, tipo, uma evolução. A IPATH é como se fosse a inaptidão praticada pela própria medicina aeronáutica. Está a ver? Portanto, está no limite...
71	Entrevistador: Portanto, antes de se chegar a uma IPATH - portanto, uma Incapacidade Permanente Absoluta para o Trabalho Habitual - passa-se por uma incapacidade permanente parcial. Correto?
72	DL2: Correto.
73	Entrevistador: A IPATH, no fundo, é, portanto, uma decisão jurídica...
74	DL2: Certo.
75	Entrevistador: Que é dada em sede de junta médica ou decisão do tribunal. Correto?
76	DL2: Exatamente. É isso mesmo.
77	Entrevistador: Poderia descrever, de forma rápida e cronológica, o percurso legal que se segue à decisão médica de inaptidão? Podemos começar pela medicina aeronáutica, não há necessidade de ir atrás... até uma eventual decisão judicial de atribuição de IPATH?
78	DL2: Primeira fase é a fase conciliatória... mas conciliatória, não judicial: é aí que o sinistrado procura apoio de um jurista ou advogado para que faça essa primeira abordagem junto da própria entidade, para ver se consegue, por A mais B e mais C, não é? Mais que não seja com outras declarações médicas especializadas da área em que ocorreu... pode ser ortopedia, pode ser psiquiatria, daquela em que, de facto, o sinistrado ficou afetado para o caso... pronto... e fazer essa negociação com a entidade - no caso, a Medicina Aeronáutica. E conseguir-se. Pode acontecer. Pode acontecer porque a evidência é tal... a prova que apresentamos é tal que não tem como falhar. E aí consegue-se, obviamente. A maioria das vezes - não quero esconder - só mesmo impugnando essa decisão, não é? O trabalhador não concorda com essa decisão e tem de a impugnar em tribunal, e isso pode levar 3 anos... 4... 5... a conseguir efetivar a sua invalidez permanente e definitiva.
79	Entrevistador: Como se desenrola, na prática jurídica, o processo de reconhecimento do IPATH?
80	DL2: Passa por juntas médicas, não é? Mais que uma... não pode haver mais que três, presumo eu... se calhar nem três... são duas... estou a falar de cor mas...passa tudo, de facto, por avaliações por junta médica, em que, de facto, se vai debater as questões, com a presença de um juiz... com a presença de um juiz. Portanto, são formados os tais quesitos que cada um formula em relação à situação de doença que foi observada no sinistrado, e depois tem de se chegar ali a uma unanimidade. Se não houver... se não houver, continuamos em tribunal, até o juiz decidir. Mas há de haver uma altura em que essa decisão é tomada - por isso é que eu digo que demora sempre 3, 4 ou 5 anos. O que é lamentável, mas também não há como, porque depois envolve marcações em institutos públicos, não é?, para avaliações psiquiátricas, porque... o próprio juiz tem as entidades das quais se socorre. Para além daquelas que já tem - as tais declarações médicas -, portanto, tem meios próprios... tudo isso é uma envolvente que demora muito tempo, porque é muita gente a trabalhar para uma situação como esta, não é?, de se apurar uma invalidez permanente e definitiva e o seu impacto, porque depois vai ter de ser atribuída a pensão... a chamada pensão vitalícia, para além de outras coisas mais... não é só a pensão vitalícia.
81	Entrevistador: Qual é o papel da perícia médico-legal nesses processos?
82	DL2: É importante. É muito importante. Porque é com base no conhecimento técnico que qualquer juiz pode decidir. Porque, por si só, ele não tem esse conhecimento... experiência há de ter, mas o conhecimento não tem... não se pode baralhar experiência com conhecimento. Cada um com as suas. Não sei se me faço entender...
83	Entrevistador: Claro. O trabalhador sinistrado tem, no atual enquadramento legal, possibilidades reais de participar ativamente no processo pericial: nomeação de peritos, pedido de nova avaliação, exercício do contraditório?

84	DL2: Tem. Tem. Sim, é concedida a oportunidade de apresentar o seu próprio perito, os seus próprios quesitos, com certeza que sim, e exercer o contraditório. É um dos princípios mais básicos do nosso direito processual. É, de facto, o contraditório, claro que sim.
85	Entrevistador: Outra vez, mudando o bloco para o processo judicial e a proteção institucional: em que circunstâncias os trabalhadores sinistrados optam por recorrer ao sistema judicial para ver reconhecida a sua incapacidade laboral?
86	DL2: Quando a fase conciliatória não... vai a bom porto, não sai da fase conciliatória... não há um consenso - sobretudo, lá está, voltamos sempre aos técnicos, à perícia. Quando não há consenso na perícia, tem que haver, necessariamente, uma fase processual, uma fase não conciliatória, e, portanto, só seguindo por aí. Não há outra forma.
87	Entrevistador: Que fatores influenciam a duração do processo judicial de reconhecimento de IPATH?
88	DL2: Que fatores...?
89	Entrevistador: Influenciam a duração do processo? Há pouco estava a referir que são processos que demoram três, quatro, cinco anos...
90	DL2: Justamente. Portanto, porque a atividade pericial, toda ela, é muito complexa e, sobretudo, os meios que estão ao dispor do tribunal são meios públicos, são instituições públicas. E, portanto, é muito complicado conseguir-se sempre marcações. Para já, porque é muita gente - lamentavelmente, mas é a vida a acontecer, não é? Pronto... é muita gente. E as nossas instituições, se calhar, não são em número suficiente para...então, é muito complexo, muito complexo. É mais a fase pericial. E depois, para não falar da engrenagem dos tribunais, que também têm um grande défice de pessoas a trabalhar - inclusivamente de juizes - que são poucos juizes para os juízos que existem. Depois, as comarcas - dependendo das próprias comarcas, da distribuição das comarcas - algumas estão melhor servidas, outras estão pior servidas. A razão porquê? Desconheço. Nem consigo perceber, porque, se vamos pensar em Lisboa, deveria haver... a comarca deveria ter mais juízos porque há mais trabalho, o que não acontece. Não é necessariamente esse o motivo. Não necessariamente... são outras questões. São outras questões que se impõem, que todos sabemos. Têm a ver com os ministérios, com o próprio governo, com as linhas gerais da nossa governação. E...o Ministério da Justiça tem tantos problemas como tem o da Economia ou como tem o das Finanças. E, por aí fora, por aí fora... e, tudo isso entorpece - entorpece o sistema - a falta de pessoal, também.
91	Entrevistador: Sem falar nas “pedras” na “engrenagem” que são colocadas por parte de quem tem a responsabilidade?
92	DL2: Exatamente. Estamos a falar das seguradoras - chamemos as coisas pelos nomes, não é? Efetivamente, é isso. É isso também. Claro que sim, claro que sim.
93	Entrevistador: Nesse sentido, e na sua perceção, de que forma a morosidade judicial pode afetar a vida profissional, económica e pessoal do trabalhador sinistrado?
94	DL2: De uma forma grave, porque aquilo que era, supostamente, um processo que se quer célere na própria lei, não é? Pelo menos é aquilo que se apelida na própria lei do trabalho, nomeadamente em sinistro... que teria que ser célere. Só que essa celeridade, tal como já percebemos, está muito entorpecida por "N" fatores exteriores, que todos juntos levam a que a máquina esteja perra e que não consiga... e que não consiga... Acredito que quem lá está, nomeadamente os juizes, que têm a maior responsabilidade, dão o seu melhor. Quero acreditar que sim, e do trabalho que tenho tido, acredito que sim - que são pessoas que até se preocupam... mas depois é este entorpecimento... já não é só o juiz... é todo o exterior, não é? Os peritos, também os funcionários, depois as datas... enfim... depois as férias judiciais, que são mais que umas, não é? Os feriados...enfim, tudo isto é patente, não é? Pronto... e não há como fugir... não há como fugir.
95	Entrevistador: Na sua opinião, o sistema judicial português é eficaz e célere na resolução dos litígios laborais relacionados com incapacidade permanente?
96	DL2: Não, claro que não. Isso não há dúvida.
97	Entrevistador: Como é avaliada, do ponto de vista jurídico, a imparcialidade e transparência das juntas médicas envolvidas nos processos de avaliação de IPATH?
98	DL2: Olhe, eu aí tenho as minhas reticências, por uma questão muito simples, que é... Na prática... na prática... no foro, o que encontro invariavelmente é médicos que já conhecem pessoas, que depois fazem experiências, e há ali uma série de incongruências que não podem acontecer, não é? Tem que haver imparcialidade. Essa imparcialidade é assim...ou não conheço o caso e sou imparcial, ou conheço o caso e vou ter ali uma parcialidade. É inevitável, e isso acontece...
99	Entrevistador: E já agora... é precisamente a terceira questão que queria colocar: há médicos que trabalham simultaneamente no tribunal e na seguradora...
100	DL2: ... peritos que trabalham na seguradora, peritos que trabalham no tribunal e depois trabalham na seguradora... não é?... e isto acontece... e, portanto, há aqui um conflito de interesses que deveria existir e, no fundo, quando vamos a ver, não existe. Já me aconteceu casos em que dei conta do conflito de interesses e chamei a atenção, mas lá está: tem de ser ponto a ponto, caso a caso, temos de estar atentos.
101	Entrevistador: Já não lhe faço a questão... [...] O trabalhador dispõe de mecanismos legais eficazes para requerer uma nova perícia, ou impugnar judicialmente a decisão pericial?
102	DL2: Só conheço a melhor, que é de facto a judicial. Se me estão a falar de tribunais arbitrais e esse tipo de coisas... é sempre mais complexo, porque passa sempre por um acordo. São instâncias que não têm um cariz judicial que defina e termine a questão, portanto... quanto a mim, o judicial é o melhor para se chegar lá.
103	Entrevistador: De que forma o resultado da perícia influencia a indemnização ou a pensão atribuída ao sinistrado?
104	DL2: Claro que sim, porque é através da perícia, nomeadamente da junta, que se vai apurar qual é o valor atribuído a essa incapacidade. Tem tudo a ver.
105	Entrevistador: Doutora... As últimas três questões do Bloco 7 dizem respeito a recomendações e boas práticas. Existem normas europeias que deveriam ser melhor transpostas ou aplicadas em Portugal?

INAPTIDÃO PERMANENTE DOS TRIPULANTES DE CABINE NA AVIAÇÃO COMERCIAL

106	DL2: Acredito que sim. Não é que eu tenha grande conhecimento em Direito Comunitário que se aproxime - nunca tive essa necessidade. Sempre que eu trabalho num processo, ando sempre muito nas nossas leis e naquilo que a nossa jurisprudência nos diz, não é? Pronto... agora, acredito que o Direito Comunitário poderia dar uma grande ajuda, sem dúvida que sim, e não está a ser totalmente integrado. Acredito que não esteja a ser completamente integrado.
107	Entrevistador: Deixe-me complicar aqui com um pequeno aparte. A Dra., com toda a certeza, tem conhecimento que a EASA é quem faz recomendações à Comissão Europeia em toda a legislação que é aplicada à aviação comercial. A entidade reguladora, como há pouco referiu... a ANAC, que é a autoridade aérea nacional, a nossa autoridade nacional, tem um papel fiscalizador e de supervisão da aplicação dessa própria legislação comunitária, por assim dizer. Não lhe parece que, a determinada altura, a autoridade aérea nacional não faz a aplicação correta ou efetiva na transposição dessa legislação?
108	DL2: Sim. Sim. Pode acontecer. Acredito que sim. Por isso, nestas lides, quando estamos no foro, temos de ter atenção a isso, não é? E ver se de facto também não será um dos fatores por que peca a decisão da autoridade.
109	Entrevistador: Que boas práticas internacionais poderiam ser transpostas para o ordenamento jurídico português com vista à melhoria da proteção dos Tripulantes sinistrados?
110	DL2: Digo, à cabeça: celeridade. Uma coisa que não se consegue alcançar, mas que se deveria alcançar. Porque eu creio que, quanto mais tempo se leva nesse processo, pior fica o trabalhador. Se houvesse uma atuação mais rápida, até haveriam casos que se poderiam recuperar... se fosse mais célere... Porque há situações - pelo menos as psiquiátricas - se calhar digo eu, que não sou médica... pela experiência e pelo que mais ou menos me apercebi, há situações que poderiam ser convalidadas de alguma forma, se fossem logo acompanhadas, não é? Devidamente acompanhadas. E aqui isso não se verifica. Perde-se muito tempo... até lá chegar... e nesse tempo está a vida da pessoa, está a doença a agravar...é isto que me parece.
111	Entrevistador: Que recomendações faria ao legislador português para reforçar a proteção dos Tripulantes declarados inaptos definitivamente para o voo?
112	DL2: [...] Desde logo, se calhar no próprio processo... no direito processual que se aplica ao direito do trabalho... se calhar tempos mais curtos, prazos mais curtos. Atribuir prazos mais curtos para que fosse mais rápido...
113	Entrevistador: Quase como que uma timeline obrigatória...
114	DL2: Exatamente. E isso seria a base para as coisas poderem progredir.
115	Entrevistador: Última questão: que reformas legislativas ou regulamentares considera necessárias para tornar o processo de avaliação médico-legal mais justo, célere e adaptado às realidades profissionais da aviação?
116	DL2: É uma questão difícil de resposta. Porquê? É uma questão muito abrangente, que envolve muita coisa que se calhar nem eu consigo chegar lá. Isso aí, as recomendações seriam de base... ou seja... alteração da lei, basicamente, para que o próprio Estado pudesse ter com ele pessoas que estivessem à altura da própria autoridade, que pudessem acelerar o processo... que não tivéssemos que andar à procura de alguém no exterior - e invariavelmente é o que acontece - quando poderíamos contar com esses órgãos já institucionalizados, e era muito mais rápido. Digo eu, não é? O trabalhador não gastava tanto, não teria tanto gasto naquilo que é bom para si, e o Estado estaria lá para o proteger - e não se sente isso. Qualquer trabalhador, ou sinistrado neste caso, que entre no Tribunal do Trabalho, ele não se sente protegido, porque fica na agonia, tem de ir à procura de alguém que diga aquilo que ele efetivamente está a sentir, que está a sentir... porque só ele é que sente, não é? Isto sobretudo quando se fala em dor... que é um dos problemas de todos os peritos: como se mede a dor? E pegam-se na discussão daquilo e é muito complicado chegar a uma conclusão do que é a dor e se, de facto, está a sentir muita dor ou se não está a sentir muita dor. Isso é só um pormenor, mas... para chegarmos lá... para percebermos que as recomendações seriam essas... seriam termos um aparelho mais coeso, um aparelho de justiça mais coeso nestes casos, que são graves e têm de ser rápidos e rapidamente solucionados. Não estou só a falar das companhias aéreas. Vejamos: estou a falar de todas as atividades. Mas, efetivamente, as companhias aéreas têm um pormenor que é muito importante, que é: o trabalhador está sempre em risco. É um trabalhador que está sempre em risco. Percebe? Em algumas profissões de risco que nós sabemos que existem...mas esta é uma das principais, porque está sempre em risco. Não há outra hipótese.
117	Entrevistador: Muito obrigado pela colaboração, doutora.