

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
NÍVEL MESTRADO

CRISTINA GERHARDT BENEDETTI

**O DIREITO À SAÚDE DOS TRABALHADORES EM UMA SOCIEDADE EM
TRANSFORMAÇÃO: CONQUISTAS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS**

SÃO LEOPOLDO

2012

CRISTINA GERHARDT BENEDETTI

O DIREITO À SAÚDE DOS TRABALHADORES EM UMA SOCIEDADE EM
TRANSFORMAÇÃO: CONQUISTAS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Área das Ciências Jurídicas da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, para obtenção do título de Mestre em Direito.

Orientadora: Prof. Dra. Sandra Regina Martini Vial

SÃO LEOPOLDO

2012

B462d Benedetti, Cristina Gerhardt.

O direito à saúde dos trabalhadores em uma sociedade em transformação : conquistas, desafios e perspectivas / Cristina Gerhardt Benedetti. – 2012.

208 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Direito, 2012.

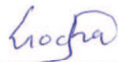
"Orientadora: Prof. Dra. Sandra Regina Martini Vial."

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Bibliotecário: Flávio Nunes – CRB 10/1298)

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO – PPGD
NÍVEL MESTRADO

A dissertação intitulada: “O Direito à Saúde dos Trabalhadores em uma Sociedade em Transformação: conquistas, desafios e perspectivas”, elaborada pela mestrandia **Cristina Gerhardt Benedetti**, foi julgada adequada e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora para a obtenção do título de MESTRE EM DIREITO.

São Leopoldo, 16 de outubro de 2012.

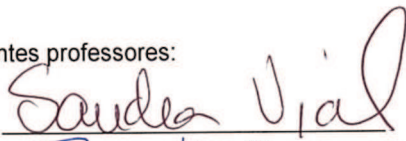


Prof. Dr. **Leonel Severo Rocha**

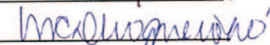
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Direito.

Apresentada à Banca integrada pelos seguintes professores:

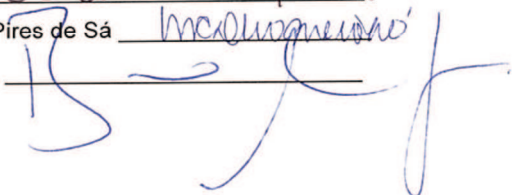
Presidente: Dra. Sandra Regina Martini Vial



Membro: Dr. Maria Célia Delduque Nogueira Pires de Sá



Membro: Dr. Bruno Nubens Barbosa Miragem



AGRADECIMENTOS

Antes de iniciar esses agradecimentos, eu creditava ser, talvez, esta a tarefa mais fácil dentre todas no trabalho, mas ao iniciar dei-me conta de que talvez fosse a tarefa mais difícil. Não porque agradecer seja um ato penoso, mas porque lembrar e citar em agradecimento todas aquelas pessoas que de alguma forma contribuíram para o desenvolvimento deste estudo faz-me temer o esquecimento. E, especialmente, porque ao longo do percurso do mestrado diversas pessoas participaram da minha vida, caminharam ao meu lado ou simplesmente cruzaram meu caminho, presenciando ou participando de pequenos ou de grandes momentos. Assim, antes de agradecer pontualmente, agradeço de forma geral a todas aquelas pessoas que, em algum momento e de alguma forma, contribuíram para a elaboração deste trabalho, pois tenho a percepção de que sozinha não teria conseguido.

Agradeço aos meus pais. A vocês, que me deram apoio irrestrito e sempre acreditaram em mim, muito obrigada! Vocês apostaram em minha carreira, talvez mais do que eu mesma aposte, e isso lhes custou muito. Espero ainda poder corresponder a tudo o que em mim foi depositado, mas lhes digo já: É o brilho do olhar de vocês para as minhas vitórias que me faz seguir em frente!

Agradeço ao meu irmão, Tiago. Muito obrigada por sempre me apoiar e jamais questionar o meu afastamento. Sem a sua doação, esse trabalho não existiria.

Agradeço a toda a minha família, à minha avó Lori pelo exemplo de força e superação; às minhas dindas Miriam e Adriana, tios e primas, pelo apoio constante, pela torcida interessada e pelo carinho descomprometido. Enfim, a todos e por tudo: o carinho de vocês engrandece a minha vida.

Agradeço, aos professores do Programa de Pós-Graduação em Direito da Unisinos, porque de cada um deles extraí conhecimentos, e também à funcionária da Secretaria do PPGD, Vera Loebens, e à ex-funcionária Heloísa Rodrigues, por toda assistência, respaldo e ajuda. Agradeço especialmente à professora Taysa Schiocchet, pela importante contribuição na banca de qualificação e pelas belíssimas aulas ministradas ao longo do curso.

Agradeço de forma especial à minha orientadora Professora Sandra Regina Martini Vial, exemplo de profissional, que me demonstrou que o sucesso depende diretamente de ser uma única pessoa, aquela que não teme expor sua condição humana de dúvidas, de temor e de fragilidade. Pois sendo mais do que mestre de seus alunos, mas um pouco de amiga e de mãe, despertou-me a coragem, recarregou-me as forças e estimulou-me a crescer.

Agradeço aos amigos conquistados ao longo dos dois anos de mestrado, colegas que se tornaram fundamentais em minha vida, especialmente Gabrielle Kölling, Tatiana Cardos, Danielle Terribile e Valkiria Sarturi. Agradeço, ainda, a todas as bolsistas acadêmicas com que tive o privilégio de conviver, especialmente à Monalisa Campelo e Bárbara Paties, colegas que por vezes esqueceram suas próprias dificuldades para auxiliar na dificuldade dos outros, formando uma turma solidária e preocupada. Agradeço a vocês, certa do sucesso que as espera.

Agradeço à Dulcilene Mapelli, colega querida e interessada, que sempre buscou me auxiliar, e continua me auxiliando mesmo após o término de seu curso. Dulci, muito obrigada pela sua amizade, por suas conversas, pelas inúmeras vezes que leste meus trabalhos e por todas as oportunidades que tentas me abrir!

Agradeço carinhosamente a Marcel Marques, para quem o “mestrado não é um concurso de miss piscina”, e sem o qual essa trajetória não seria possível. Muito obrigada por tudo!

Agradeço à Carolina Fernandes, mais do que amiga, irmã! Carol, muito obrigada por sempre ter me incentivado, por ter me instigado a cursar o mestrado e, principalmente, por nunca ter desistido de mim! Por aceitar as diferenças e provar que a amizade independe da presença física, eu lhe agradeço!

Agradeço à Joseli de Oliveira, pelas leituras interessadas de meus textos, ainda que o tema nada lhe signifique, e principalmente por todo carinho dispensado à minha pessoa neste processo!

Por fim, agradeço a todos aqueles que, pacientemente, aceitaram os meus “agora não”, ou “estou ocupada com o mestrado”. A vocês, aproveito para deixar uma dica: agora estou disponível!

RESUMO

Neste trabalho se fará uma análise dos desafios e das perspectivas do direito à saúde, focando-se, especialmente, no direito à saúde dos trabalhadores. Entende-se que ao longo do processo de construção e constitucionalização do direito a saúde como um direito universal, inúmeras dificuldades foram enfrentadas. Contudo, o percurso, embora árduo, não foi marcado apenas por problemas, mas também por conquistas importantes advindas dos movimentos sociais tanto da área do direito como da área da saúde. Através da análise histórico-jurídica de tal direito – objeto de apreciação das primeiras reflexões dessa dissertação –, observa-se que tais conquistas impõem novos desafios, os quais apontam para novas perspectivas. Nesse sentido, apresentar-se-á a disciplina do direito sanitário, a qual abrange os temas relacionados à questão do direito ao direito à saúde e mostrar-se-á como essa disciplina possibilita novas aberturas, inclusive a criação de um novo ramo de conhecimento: o Direito Sanitário do Trabalho, objeto da averiguação final deste estudo. Para a realização desta análise as reflexões teóricas-metodológicas partiram de ponderações críticas e, também, transdisciplinares, uma vez que o tema do direito à saúde transcende a uma disciplina, exigindo a transição entre várias áreas do conhecimento, sem, contudo, perder o foco no direito ao direito. Este estudo servir-se-á também dos pressupostos da metateoria do direito fraterno, que será objeto de um tópico específico. Através de uma perspectiva histórica do Direito à Saúde e, em especial, do Direito à Saúde do trabalhador, o estudo perpassa as fases do desenvolvimento legislativo e social do Brasil desde os tempos da colônia até os dias atuais, demonstrando o difícil caminho percorrido até a consagração da saúde como direito fundamental de todos os cidadãos. Ao universalizar o Direito à Saúde, o ordenamento jurídico brasileiro assistiu a uma profusão de novos instrumentos jurídicos voltados a sua efetivação. Neste cenário, adquiriu corpo e importância o Direito Sanitário, especificidade jurídica com vistas a pesquisar e analisar as ações e serviços de interesse à saúde. Contudo, a crescente complexidade da vida social tem acarretado reivindicações por direitos diferenciados e específicos, exigindo a adoção de mecanismos complexos de atuação, e impondo às disciplinas já consolidadas uma maior abertura aos novos direitos que surgem.

Palavras-chave: Direito à saúde. Direito à Saúde do trabalhador. Novos direitos. Transformação social.

RESUMEN

En este trabajo se hará un análisis de los desafíos y de las perspectivas del derecho a la salud, enfocándose, especialmente, en el derecho a la salud de los trabajadores. Se entiende que en el curso del largo proceso de construcción y constitucionalización del derecho a la salud como un derecho universal, muchísimas dificultades fueron enfrentadas. Con todo, el recorrido, aunque difícil, no fue marcado solamente por problemas, pero también por conquistas importantes advenidas de los movimientos sociales tanto de la área del derecho como de la área de la salud. A través de un análisis histórico-jurídico de tal derecho – objeto de apreciación de las primeras reflexiones de esta tesis –, observase que tales conquistas imponen nuevos desafíos, los cuales apuntan para nuevas perspectivas. En este sentido, se presentará la disciplina del derecho sanitario, que abarca los temas relacionados a la cuestión del derecho al derecho a la salud y se mostrará de qué forma esta disciplina posibilita nuevas aberturas, incluso la creación de un nuevo ramo del conocimiento: el Derecho Sanitario del Trabajo, objeto de averiguación principal de este estudio. Para la realización de esta análisis las reflexiones teóricas-metodológicas empezaron de ponderaciones críticas y, también, transdisciplinarias, una vez que el tema del derecho a la salud trasciende a una disciplina, exigiendo la transición entre varias áreas del conocimiento, sin perder el foco en el derecho al derecho. Este estudio se servirá también de los presupuestos de la meta teoría del derecho fraterno, que será objeto de un tópico específico. Por medio de una perspectiva histórica del Derecho a la Salud y, en especial, del Derecho a la Salud del Trabajador, el estudio pasa las etapas del desenvolvimiento legislativo y social de Brasil desde los tiempos de la colonia hasta los días actuales, demostrando el difícil camino recorrido hasta la consagración de la salud como derecho fundamental de todos los ciudadanos. Al universalizar el Derecho a la Salud, el ordenamiento jurídico brasileiro asistió a una profusión de nuevos instrumentos jurídicos vueltos a su efectucción. En este escenario, adquirió cuerpo e importancia el Derecho Sanitario, especificidad jurídica con vistas a investigar e analizar las acciones y servicios de interés a la salud. Sin embargo, la creciente complejidad de la vida social ha ocasionado reivindicaciones por derechos diferenciados y específicos, exigiendo la adopción de mecanismos complejos de actuación, imponiendo a las disciplinas ya consolidadas una mayor abertura a los nuevos derechos que surgen.

Palabras-clave: Derecho a la salud. Derecho a la salud del trabajador. Nuevos derechos. Transformación social.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS	- Ações Integradas de Saúde
CDC	- Código de Defesa do Consumidor
CEBES	- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF	- Constituição Federal
CIB	- Comissão Intergestores Bipartite
CIT	- Comissão Intergestores Tripartite
CLT	- Consolidação das Leis do Trabalho
CNAE	- Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CNPS	- Conselho Nacional de Previdência Social
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CPC	- Código de Processo Civil
CRST	- Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
DIESAT	- Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
DRT	- Delegacia Regional do Trabalho
DSS	- Determinantes Sociais em Saúde
EMBRAPA	- Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
EPI	- Equipamento de proteção individual
FAP	- Fator Acidentário de Prevenção
FAS	- Fundação de Ação Social
FAT	- Fundo de Amparo ao Trabalhador
FGTS	- Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FIESP	- Federação das Indústrias do Estado de São Paulo

FIRJAN	- Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro
FUNDACENTRO	- Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
FUNRURAL	- Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural
HIV	- Human immunodeficiency virus
IAP	- Instituto de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	- Instituto Nacional Assistência Médica Previdência Social
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	- Instituto Nacional de Previdência Social
MS	- Ministério da Saúde
NR	- Normas Regulamentadoras
OIT	- Organização Internacional do Trabalho
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ORG	- Organização
PAT	- Posto de Atendimento ao Trabalhador
PIACT	- Programa Internacional para a Melhora das Condições e Meio Ambiente do Trabalho
PPIVS	- Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde
PST	- Programas de Saúde do Trabalhador
RAT	- Risco Acidente de Trabalho
RENAST	- Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SARS	- Severe Acute Respiratory Syndrome
SAT	- Seguro Acidente de Trabalho
SESMT	- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina
SINDAG	- Sistema Nacional da Indústria para a Defesa agrícola
SNCR	- Sistema Nacional de Crédito Rural
STTR	- Sindicatos dos Trabalhadores e Trabalhadores Rurais
SUCAM	- Superintendência De Campanhas De Saúde Pública

SUDS - Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados

SUS - Sistema Único de Saúde

TJ - Tribunal de Justiça

TRF - Tribunal Regional Federal

TRT - Tribunal Regional do Trabalho

UNIMED - Cooperativa Médica LDTA

USIMINAS - Usinas Siderúrgicas de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.	11
2 EVOLUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DO TRABALHADOR: UMA HISTÓRIA DE DESAFIOS E CONQUISTAS.	20
2.1 ASPECTOS GLOBAIS DA EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO DIREITO À SAÚDE DO TRABALHADOR.	21
2.2 A SAÚDE DOS TRABALHADORES NO BRASIL COLÔNIA.	32
2.3 A SAÚDE DOS TRABALHADORES NO BRASIL IMPÉRIO.	40
2.4 A SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL REPÚBLICA.	47
3 A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: REFLEXOS E PERSPECTIVAS NA SAÚDE DO TRABALHADOR.	64
3.1 DO CONCEITO DE SAÚDE AO DIREITO A SAÚDE.	78
3.2 DIREITO À SAÚDE: UMA ANÁLISE FUNDADA NA METATEORIA DO DIREITO FRATERNAL.	65
3.3 TRABALHO E DIGNIDADE HUMANA: UM OLHAR SOBRE OS FUNDAMENTOS DA CARTA CONSTITUCIONAL DE 1988.	78
3.4 A CONSTITUCIONALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: A SAÚDE DO TRABALHADOR E SEUS ANTECEDENTES.	78
3.5 O DIREITO À SAÚDE: REFLEXOS NA SAÚDE DO TRABALHADOR.	90
3.5.1 Demarcação do espaço político das relações institucionais da Medicina do Trabalho e da Saúde do Trabalhador.	95
3.6 A SAÚDE NO ATUAL ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO: LIMITES E POSSIBILIDADE DA SAÚDE DO TRABALHADOR.	104
4 O DIREITO SANITÁRIO DO TRABALHO: UMA NOVA PERSPECTIVA.	115
4.1 ESTADO DA ARTE DO DIREITO SANITÁRIO DO TRABALHO.	115
4.2 DIREITO SANITÁRIO DO TRABALHO E SUA INTERFACE COM O DIREITO SANITÁRIO.	121
4.3 OS FUNDAMENTOS CONSTITUCIONAIS PARA UM DIREITO DIREITO SANITÁRIO DO TRABALHO COMO EXPRESSÃO DE UM DIREITO FUNDADO NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.	129

4.4 O DIREITO SANITÁRIO DO TRABALHO E AS MUDANÇAS NO ENTENDIMENTO JURISPRUDENCIAL.....	131
5 DOS ASPECTOS PERTINENTES AO DIREITO SANITÁRIO DO TRABALHO..	152
5.1 MEIO AMBIENTE DO TRABALHO: UMA VISÃO ACERCA DA TUTELA JURÍDICA DO LOCAL DE TRABALHO.....	156
5.2 AS ALTERAÇÕES NAS RELAÇÕES DE TRABALHO E AS NOVAS DOENÇAS DO TRABALHO.	159
5.3 O UNIVERSO DO NÃO TRABALHO: O DESEMPREGO COMO UMA QUESTÃO DE SAÚDE.	166
5.4 TRABALHADORES RURAIS E A POLÍTICA DE AGROTÓXICOS E RESÍDUOS TÓXICOS.....	169
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	181
REFERÊNCIAS	191

1 INTRODUÇÃO

Nesta sociedade, em permanente transformação, vemos com frequência o surgimento de novos direitos frutos do próprio processo evolutivo. Assim, o Direito à Saúde da classe trabalhadora vai consolidando-se como ramo diferenciado dentro do complexo sistema do Direito à Saúde, que, apesar de ser objeto de regulamentação legislativa ampla e específica, ainda não foi devidamente concretizado, merecendo ser mais bem explorado, por sua complexidade e importância. Assim, o tema escolhido a ser desenvolvido neste estudo, diz respeito às conquistas, desafios e perspectivas da efetivação desse direito, tão essencial a todos, e constantemente tão violado.

A saúde sempre foi tema de encontros e desencontros, contudo, na sociedade atual, passou a ser vista como um direito essencial do cidadão, e não mais como um ato de benevolência e caridade. Essa mudança paradigmática se deu, no bojo da sociedade brasileira, com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Todavia, o caminho percorrido para se chegar à constitucionalização desse direito – não só no Brasil – foi e continua sendo longo e intrincado.

Para melhor compreender a dimensão e o significado do Direito à Saúde na contemporaneidade, é necessário que se revisite as suas origens e que se percorra os trajetos traçados pela sua evolução, na medida em que conhecer a trajetória do conhecimento na área em que se trabalha dá mais sentido ao pedaço da caminhada a que se propõe fazer, permitindo uma maior valorização do lugar em que se encontra, e aonde se quer chegar. “E não deixa de ser, também, um método profilático contra a tentação de ‘reinventar a roda’ ou de agir como se tudo estivesse começando agora, e conosco”¹.

No que se refere ao Direito à Saúde do trabalhador², o passado nos mostra o histórico de lutas vivenciado pelos obreiros para que tivessem asseguradas as condições mínimas de saúde e qualidade de vida. No Brasil, passados os períodos colonial e imperial, quando o Estado praticamente nada fez em termos de medidas sanitárias, e, iniciado o período republicano de governo, começaram a emergir as primeiras leis voltadas à tutela da saúde do trabalhador.

¹ MENDES, René. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p. 5.

² Este estudo usará o termo trabalhador de modo genérico, abrangendo todas as pessoas com ocupações legais e em estado de atividade econômica, independentemente da formalização do vínculo de emprego.

Ocorre que foi justamente no princípio do período republicano que o Brasil iniciou o seu processo de industrialização. Nesse período, mais precisamente no início do Século XIX, os imigrantes que aqui desembarcaram para trabalhar na lavoura começaram a se transferir, paulatinamente, para os setores urbanos, gerando excesso de mão-de-obra, baixíssimos salários e aviltantes condições de trabalho. Por conta desse quadro, um intenso movimento grevista desenvolveu-se no país, o que desencadeou as primeiras medidas legislativas de proteção ao trabalhador. Mas engana-se quem imagina que essas leis estavam voltadas a proteger à saúde dos homens³ trabalhadores, ao contrário; as primeiras medidas legislativas voltadas ao assunto buscavam a manutenção do trabalhador na cadeia produtiva, mas não o seu resguardo. A evolução legislativa da tutela jurídica da saúde do trabalhador no país demonstra que a preocupação estatal esteve muito mais voltada à promoção e manutenção da geração de riquezas do que à vida e à dignidade dos homens produtores desta riqueza.

Este cenário de prevalência da cadeia produtiva em detrimento à saúde do trabalhador perdurou por um longo período, sendo que o embrião do que hoje se tem por sistema público de saúde fora moldado com vistas a atender tão somente aos contribuintes da Previdência Social, que em geral eram os trabalhadores urbanos com vínculo formal de emprego, o que excluía da esfera de atendimento todos os demais cidadãos. O sistema vigente era baseado na distinção de classes sociais. Neste sistema, quem tinha boas condições financeiras utilizava a medicina privada, aos trabalhadores com relação de emprego formal e vínculo com a Previdência Social era oferecido o uso da rede assistencial do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), enquanto aos demais, lhes restava contar com a filantropia das Santas Casas de Misericórdia.

A proteção jurídica à saúde de todos, independentemente de qualquer condição, era algo inexistente, o que temos hoje é fruto de desafios do passado, de conquistas que se convertem atualmente em novos desafios e novas perspectivas. Antes da Constituição de 1988 os cidadãos excluídos do mercado formal de trabalho não possuíam qualquer direito a receber assistência médica ou sanitária do Estado⁴. Em combate ao sistema vigente, tomou força no Brasil, especialmente a partir da década de 1980, o Movimento pela Reforma Sanitária, que buscava novas formas de organização descentralizadas, integradas e democratizadas, por meio de gestão

³ Este estudo utilizará homem na acepção de humano, não havendo qualquer distinção entre os sexos.

⁴ MARQUES, Sílvia Badim. **O Princípio Constitucional da Integralidade de Assistência à Saúde e o Projeto de Lei n. 219/2007**: interpretação e aplicabilidade pelo poder judiciário. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rdisan/v10n2/04.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2012.

colegiada entre as instituições direta ou indiretamente relacionadas com o setor público, com os seus recursos e suas atividades de governo.

O Movimento cresceu e ganhou legitimidade, atingindo vários segmentos da sociedade, como sindicatos e centrais sindicais, os movimentos populares de saúde, alguns gestores e parlamentares, mostrando-se importante instrumento na produção de conhecimento, na crítica ao modelo da política de saúde vigente e na denúncia sobre a situação de saúde da população. As principais reivindicações eram dirigidas basicamente à construção de uma política de saúde efetivamente democrática, planejada e implementada com a participação da sociedade civil, com base na descentralização, na universalidade do acesso às ações e serviços de saúde, na integralidade da atenção e no comando único, com elementos essenciais para a reforma do setor. Para isso, era necessária uma nova concepção de Estado, que se fundasse na cooperação, na integração, na complementariedade e na solidariedade, capaz de responder às necessidades da população, identificadas com critérios epidemiológicos e sociais e por uma nova redefinição das atribuições das três esferas⁵.

O Movimento teve forte influência no cenário *pré-Constituinte* brasileiro, alicerçando as bases da organização do Sistema de Saúde, que viriam a ser consagradas pela Constituição de 1988. Nesse contexto, o histórico do Direito à Saúde no Brasil foi radicalmente transformado com a promulgação da atual Carta Magna, que positivou uma nova ordem jurídico-formal para o sistema público de saúde, elevando à saúde a direito fundamental de todos os cidadãos indiferentemente, e condicionando a sua interpretação aos princípios da igualdade e da dignidade da pessoa humana, dentre outros⁶.

Ocorre que o processo de redemocratização vivido no Brasil alcançou os mais variados segmentos, modificando a forma de se pensar os direitos fundamentais, dentre os quais se insere o Direito à Saúde, não somente dos trabalhadores, mas de todos os cidadãos. Com a promulgação da atual Carta, valores essenciais à sociedade foram consagrados com status de fundamentabilidade. O trabalho foi alçado a fundamento da República, a saúde a direito fundamental de todos, e a dignidade da pessoa humana a valor supremo da nação. Portanto, falar em direito à saúde do trabalhador no cenário atual, pressupõe o reconhecimento dos

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. In: ARANHA, Márcio Iorico (Org.). **Direito sanitário e Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 37.

⁶ MARQUES, Sílvia Badim. **O Princípio Constitucional da Integralidade de Assistência à Saúde e o Projeto de Lei n. 219/2007**: interpretação e aplicabilidade pelo poder judiciário. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rdisan/v10n2/04.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2012.

valores atribuídos ao trabalho e à dignidade, uma vez que o labor, de um lado, pode constituir-se como fonte de realização, satisfação, prazer, estruturando e conformando o processo de identidade dos sujeitos, e de outro, pode figurar como elemento gerador de sofrimento, processos de adoecimento, tornando-se nocivo à saúde⁷.

No que se refere à saúde, seu conceito passou de mera “ausência de doenças”, ao de “estado de completo bem-estar físico, moral e social”, exigindo, para sua concretização, a garantia de outros direitos que lhe são correlatos e que estão intrinsecamente ligados, como é o caso do direito à alimentação, ao descanso e ao lazer, à segurança, ao meio ambiente de trabalho, entre outros. Além disso, é necessária a conscientização dos indivíduos acerca do que a envolve para que, a partir dessa conscientização, todos possam lutar pelos seus direitos e exigir que o Estado atenda às necessidades sanitárias da sociedade⁸.

A saúde é direito de todos os cidadãos indistintamente que deve ser garantido pelo Estado, todavia, mostra-se irreal a ideia de que sem a participação popular poderá esse direito ser concretizado. É cada vez mais necessária a atuação dos movimentos sociais, seja no estudo, na implementação ou fiscalização das ações e serviços relativos ao direito à saúde. Ainda mais por que o completo bem-estar físico, psíquico, social e, até mesmo espiritual, alude aspectos íntimos de cada cidadão, que não podem ser de responsabilidade única do Estado.

A saúde é um processo sistêmico e, como tal, é uma meta a se buscar, cujo êxito depende sempre de sua própria evolução e da evolução dos demais sistemas com os quais interage. Neste cenário, já não basta reconhecer o caráter cidadão do direito à saúde, é necessário se ter presente que esse direito não se dá só na forma da lei e nos limites da legalidade, mas extrapola o mundo jurídico para, no mundo social, adquirir sentido. Por isso, o esforço para a garantia do direito à saúde remete ao próprio processo de *cidadanização*, isto é, o processo de tornar direitos e garantias formais em ações e serviços exercíveis pelos atores sociais nos seus cotidianos.

O direito à saúde já não pode mais ser visto só como um direito individual, de cada pessoa isoladamente, pois ele é um bem da comunidade, conquistado por árduas lutas dos movimentos sociais durante séculos e, no Brasil, especialmente nas últimas décadas. A comunidade, como um todo, pressionou o Estado para que fosse consagrada a universalidade do direito à saúde e hoje a detém como um direito fundamental, um bem cuja proteção e

⁷ DEJOURS, Christophe. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. In: LANCMAN, Selma; SZNELMAN, Laerte I. (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2004.

⁸ DALLARI, Sueli Gandolfi. **Rede Brasileira de Educação em Direitos Humanos**: direito à saúde. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/educar/redeedh/bib/dallari3.htm>>. Acesso em: 07 jun. 2012.

efetivação estão condicionadas não só à esfera estatal, mas também ao engajamento de todos os indivíduos e entidades da sociedade civil. Nesse sentido, o Direito Fraternal, como modelo de Direito que abandona os confins fechados da cidadania e se projeta para uma nova forma de cosmopolitismo, para uma nova forma de codivisão, de compartilhamento, surge como uma nova proposta para análise do atual direito a ter direito à saúde⁹.

O Direito à Saúde permeia todos os aspectos da vida dos cidadãos, sendo tutelado juridicamente pelos mais diferentes ramos jurídicos. Exemplificativamente, pode-se citar o Direito Penal, que se preocupa com a criminalização dos comportamentos que atentam contra a saúde individual ou coletiva; o Direito Civil, que apresenta normas que perpassam todo o ordenamento possuindo instrumentos que servem para a proteção da saúde; e o Direito do Consumidor, que traz como primeiro direito básico na relação de consumo a proteção à vida, saúde e segurança da parte mais frágil da relação¹⁰. Portanto, na atual sociedade complexa, a questão já não está mais em ter Direito à Saúde, mas sim em saber exercê-lo. O Direito à Saúde existe, é consagrado pela Constituição Federal com caráter de fundamentalidade e universalidade, e recebe tratamento doutrinário e legislativo das mais diferenciadas áreas jurídicas. A questão está, pois, em fazer com que esse direito seja exercido, lutado e implementado.

A partir da nova normatização da saúde imposta pela Constituição de 1988, o Direito brasileiro assistiu a uma profusão de novos instrumentos jurídicos voltados à redução dos riscos de doença e de outros agravos à saúde, bem como a garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços que visem a sua promoção, proteção e recuperação. Nessa conjuntura, ganhou relevância e autonomia uma disciplina com vistas a “auxiliar na compreensão de todo um arsenal normativo existente no país para que o Direito à saúde seja de fato uma realidade”¹¹. Trata-se do Direito Sanitário.

O Direito Sanitário é o ramo jurídico¹² que analisa as ações e serviços pertinentes à saúde, com vistas à propositura de estratégias e mecanismo que auxiliem no seu acesso

⁹ VIAL, Sandra Regina Martini. Direito fraternal na sociedade cosmopolita. **RIPE- Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos**, Bauru, v. 1, n. 46, p.119-134, jul./dez. 2006. p. 124.

¹⁰ MIRAGEM, Bruno. **Curso de direito do consumidor**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010. p. 125.

¹¹ AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria Geral do Direito Sanitário Brasileiro**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006. p. 10.

¹² Segundo Fernando Aith, o Direito Sanitário é um “novo ramo jurídico brasileiro, dotado de especificidades que necessitam ser melhor compreendidas”. AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria Geral do Direito Sanitário Brasileiro**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006. p. 11.

universal e igualitário, bem como na minoração dos riscos de doenças e outros agravos à saúde, buscando sempre a concretude do Direito à Saúde. Contudo, na complexa rede de ações e serviços que disciplinam este Direito, alguns apresentam como sujeitos de direitos categorias específicas de cidadãos, que demandam uma atenção diferenciada pelo sistema. É o caso dos trabalhadores.

A incorporação de políticas de saúde distintas aos trabalhadores dentro do universo do Sistema Único de Saúde não significa, de forma alguma que estes sejam os únicos detentores desse direito. Ao contrário, significa o reconhecimento de que o trabalho pode tanto ser causa de satisfação, como de aviltamento e adoecimento. Assim, o Direito à saúde é um direito universal, garantido a todos os cidadãos indistintamente, mas que comporta diferenciações dentro da sua própria estrutura, reconhecendo a maior vulnerabilidade de alguns no processo saúde/doença. Ou seja, dentro do universo do Direito à Saúde há uma especificação ao Direito à Saúde do trabalhador.

Esta especificação ainda carece de maior atenção haja vista os inúmeros percalços que tem encontrado para chegar à sua concretude. Ocorre que a crescente complexidade da vida social tem acarretado reivindicações por direitos diferenciados e específicos. A garantia da dignidade humana exige a adoção de mecanismos complexos de atuação, e impõe às disciplinas já consolidadas uma maior abertura aos novos direitos que surgem.

Num cenário de proliferação de novos direitos, onde se torna bastante complexo ao Estado efetivá-los na totalidade e assegurá-los a todos os cidadãos, algumas pessoas parecem ser preteridas. Esse fato aparece claramente quando se trata da questão do Direito à Saúde do trabalhador. Historicamente, o trabalhador fabril tem recebido uma atenção mais contundente por parte do Estado e da sociedade, que se olvidam de questões e de categorias de também suma importância.

A questão da efetivação Direito à Saúde do trabalhador ainda depende de uma maior atenção dos setores acadêmico e legislativo, os quais necessariamente devem-se voltar para as questões que o integram, mas que historicamente vêm sendo renegadas. É o caso, por exemplo, da tutela ao meio ambiente de trabalho, dos trabalhadores desempregados, dos trabalhadores rurais e dos trabalhadores que vêm sendo acometidos de doenças decorrentes da nova concepção de trabalho consolidada na sociedade atual. Assim, para que seja possível vislumbrar a concretização desse direito, é indispensável que se criem instrumentos voltados especificamente à sua análise e discussão.

Neste sentido, mostra-se relevante o questionamento sobre a pertinência do fomento de uma disciplina voltada ao estudo do Direito à Saúde do trabalhador e à propositura de mecanismos que visem a sua efetivação e abrangência igualitária de todos os trabalhadores. Acontece que o direito é uma ciência dinâmica à medida que caminha no compasso da sociedade. Melhor dizendo, as reivindicações e necessidades da sociedade, acabam por incitar o aparecimento de novos corpos ou sistemas de normas, destinados a disciplinar, de maneira própria, determinadas situações jurídicas. Desta forma, ao lado dos já tradicionais ramos do Direito – as disciplinas fundamentais – surgem ramificações que visam à especialização, buscando preencher as lacunas que vão sendo criadas pelas novas relações jurídicas. Trata-se das disciplinas complementares ou auxiliares, que geralmente se mesclam com outras ciências e, cuja proeminência evidencia-se no enriquecimento do saber jurídico, trazendo-lhe novos horizontes e contribuições originais.

Assim, considerando que a saúde do trabalhador se configura de forma orgânica como espaço institucional e operacional do SUS¹³, sendo um direito cuja concretude ainda pende de uma maior atenção, crê-se que seja necessária a maturação de uma área conceitual diferenciada, a qual, vertendo do Direito Sanitário possa dar conta de elucidar os seus preceitos, sistematizar as ações e serviços que lhe são inerentes, e propor alternativas para questões ainda não reguladas.

Este estudo busca também aprofundar a reflexão sobre a pertinência do desenvolvimento de uma disciplina que já se encontra em formação e cujo amadurecimento se mostra crucial para que se possa falar em plena efetivação do Direito à Saúde dos trabalhadores. Inserido na linha dos “novos Direitos”, no marco da disciplina de Direito Sanitário, o estudo busca um rompimento com os padrões da dogmática jurídica tradicional, investigando as transformações ocorridas no sistema do Direito, em especial as que se refletem no Direito à Saúde, para melhor fundamentar a premência do Direito proposto. O trabalho tem sua adequação à linha de pesquisa Sociedade, Novos Direitos e Transnacionalização do programa de Mestrado em Direito Público, por abordar um tema que envolve a interface entre diferentes áreas do conhecimento, como o Direito, a Medicina, Psicologia e a Filosofia.

A abordagem metodológica utilizada no trabalho parte do levantamento de bibliografia referente ao tema em diversas áreas do conhecimento, e da análise da legislação nacional e

¹³ PORTO, Marcelo Firpo de S.; ALMEIDA, Glucia E. S. de. **Significados e limites das estratégias de integração disciplinar:** uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v7n2/10252.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2012.

internacional direta ou indiretamente relacionada para a averiguação do problema proposto, o que só é possível mediante a interface de conhecimentos adquiridos nas diferentes áreas pesquisadas. Quanto à técnica de pesquisa, optou-se por utilizar a qualitativa, por ser a técnica adequada à revisão bibliográfica e à análise da legislação pertinente.

A investigação histórica foi utilizada para resgatar a normatização no Brasil acerca do Direito à Saúde, especificamente do Direito à Saúde do trabalhador, e, também, buscar as suas origens internacionais, enquanto que o método estruturalista propiciou estudar o problema concretamente, por meio da relação de diversos conceitos e teorias de diversas disciplinas, formando uma unidade de análise capaz de responder a questão enfrentada.

Utilizar-se-à a metateoria¹⁴ do Direito Fraternal, o qual se posta como uma nova alternativa para análise do atual direito a ter direito à saúde, fundando-se na ideia de que o outro é um “outro-eu”, meu irmão, é alguém com quem faço pactos, afinal, “para que todos tenham direito à saúde, é necessário efetivar o pacto pela vida, a defesa do sistema único de saúde e a gestão deste mesmo sistema. Ora, sem compartilhar com o outro como um “outro-eu”, é impossível pensar na vida”¹⁵. Além disso, a teoria dos sistemas também servirá de ferramenta de análise, uma vez que o trabalho centra-se no estudo dos sistemas do direito e da saúde. Uma escolha não impede a outra, sendo apenas teorias de base para o enfrentamento do tema.

Para desenvolver o tema proposto – a análise do direito à saúde do trabalhador e a necessidade de sua efetivação – esta dissertação foi estruturada em quatro capítulos. O segundo capítulo trata da evolução do direito à saúde e, em especial à saúde do trabalhador, no Brasil, desde os tempos da Colônia, até a promulgação da Constituição Federal de 1988, revisitando antes, os aspectos globais de sua evolução. No terceiro capítulo, o foco se dá nas questões relativas ao Direito à Saúde e ao Direito à Saúde do Trabalhador no contexto brasileiro após a Constituição Federal de 1988, apresentando as suas concepções, limites e possibilidades.

A partir de então, as atenções se voltam ao Direito Sanitário do Trabalho. O quarto capítulo deste trabalho apresentará a razão de ser deste novo ramo jurídico, investigando a sua

¹⁴ A metateoria é a forma de “pesquisa que tem por objeto específico as teorias científicas (elas próprias consideradas também sob o ponto de vista da atividade e de seu produto) e que tem, como resultado, a produção de uma “teoria das teorias científicas” (distinção feita em relação à interpretação jurídica – Tarello-, entre metateoria como atividade metateoria como produto)”. In: ARNAUD, André-Jean. **Dicionário enciclopédico de teoria e de sociologia do direito**. Tradução de Patrice Charles, F. X. Willaume. Rio de Janeiro: Renovar, 1999. p. 493.

¹⁵ VIAL, Sandra Regina Martini. Saúde: um direito fundado na fraternidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e direitos humanos**. Fundação Oswaldo Cruz, Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 71.

intrínseca relação com a disciplina fundante, o Direito Sanitário, sua natureza jurídica e as mudanças no âmbito jurisprudencial que vêm a reforçar a necessidade da sua efetivação. Já, a preocupação central do último capítulo estará voltada a apresentar questões de extrema importância para a concretização do Direito à Saúde do Trabalhador, mas que historicamente têm passado quase que despercebidos pelo ordenamento jurídico e pelos olhos dos estudiosos do tema, evidenciando a necessidade do desenvolvimento do direito em análise – Direito Sanitário do Trabalho – para em fim, apresentarmos nas considerações finais reflexões ainda não esgotadas.

2 EVOLUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DO TRABALHADOR: UMA HISTÓRIA DE DESAFIOS E CONQUISTAS

Traçar uma perspectiva histórica da evolução do sistema legal de proteção à saúde do trabalhador é tarefa que depende de uma avaliação de sua faceta evolutiva desde os tempos mais remotos. O segundo capítulo deste estudo buscará traçar a evolução histórica do direito à saúde do trabalhador no Brasil, desde os tempos da Colônia até os dias atuais, sem, contudo, ignorar a necessária relação entre esta evolução e a evolução internacional deste direito.

As relações humanas e sociais estão, desde sempre, em um processo de contínua transformação. Tanto o capital, quanto as relações de trabalho e as medidas de saúde do trabalhador têm passado, ao longo da história da humanidade, por violentos processos de mutação.

No Brasil a situação não se distingue substancialmente dos demais países. Passado o descobrimento do país, e iniciado o processo de colonização brasileira, o país vivenciou um período de intenso trabalho escravagista e escassas medidas sanitárias. A preocupação maior no Brasil colônia estava voltada muito mais a “retirar da terra tudo o que a terra poderia dar”, do que com a figura do homem trabalhador. A situação pouco mudou com a independência brasileira, e no contexto imperial ainda não havia o que se falar em saúde do trabalhador. As poucas medidas de Saúde Pública estavam voltadas a possibilitar as imigrações de europeus e as exportações dos produtos agrícolas brasileiros que na época se intensificavam. Esse cenário é bastante abalado com a proclamação da República do Brasil. Vivenciando um contexto de industrialização, e sofrendo a pressão dos operários que organizados passaram a lutar por melhores condições de trabalho, o governo brasileiro se viu obrigado a legislar no campo da saúde do trabalhador, muito embora as primeiras regras de atenção à saúde do obreiro estivessem muito mais voltadas a garantir o funcionamento das fábricas e indústrias, do que à qualidade de vida dos operários.

O presente capítulo dividir-se-á em quatro pontos. No primeiro ponto será apresentada uma visão geral da evolução do direito à saúde do trabalhador, preocupando-se com os acontecimentos externos à *terra brasilis* que contribuiram para a evolução em âmbito global deste direito. A partir do segundo momento, este estudo passará a se dedicar à análise do direito à saúde do trabalhador em nosso território, apresentando, para tanto, uma visão acerca da (des)proteção da saúde dos trabalhadores, via de regra, escravos no Brasil Colônia. O terceiro

momento do estudo analisará a forma como se dava o tratamento à saúde do trabalhador no Brasil Império, para, finalmente, em um quarto ponto, analisarmos a questão sob a égide do Brasil República.

Este capítulo terá como marco temporal limite a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988, sendo que a análise do direito à saúde do trabalhador após a sua promulgação dar-se-á em capítulo próprio.

2.1 ASPECTOS GLOBAIS DA EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO DIREITO À SAÚDE DO TRABALHADOR

Para refletir sobre os aspectos atuais do Direito à Saúde do trabalhador é importante revisitar a evolução histórica deste processo. No mundo antigo, onde a utilização da mão de obra escrava garantia a manutenção do domínio da classe mais forte como sinônimo de riqueza e poder, a relação havida entre o trabalho e determinadas doenças já era assunto de interesse.

Ainda no Império Romano, o Imperador Gaius Plinius Secundus relatou algumas doenças mais comuns entre os escravos, e o uso, pelos refinadores de mínio, de membranas de pele de bexiga como máscaras; o poeta Marcial registrou doenças específicas dos escravos que trabalhavam com enxofre; o satirista Juvenal percebeu as veias varicosas dos áugures e as doenças dos ferreiros; Titus Lucrecius Carus, poeta e filósofo, preocupou-se com a dura sorte dos mineradores e Galeno de Pérgamo, o mais talentoso médico investigativo do período romano, relatou experiência realizada sobre os riscos dos mineradores nas minas de sulfato de cobre na ilha de Chipre¹⁶

Contudo, nessa época em que vigia a cultura de exploração do trabalho humano, que fora tão bem resumida por Plauto em sua obra *Asinaria* pela máxima “*homo homini lúpus est*”¹⁷, nada se fazia para amenizar as doenças que acometiam os escravos, ficando este interesse restrito aos intelectuais.

Com a queda do Império Romano e o advento do regime feudal, por volta de 476 D.C., evidenciaram-se o declínio da cultura urbana e a decadência da organização e das práticas de

¹⁶ ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

¹⁷ Em tradução literal: O homem é o lobo do homem.

Saúde Pública. Nesta época marcada pelo regime agrário, em que os senhores feudais, na qualidade de proprietários tinham plena autoridade para determinar as leis e regras que organizavam o convívio sociopolítico no interior de suas terras, surgiu a figura do servo.

Os servos, classe de camponeses que se situavam na região mediana entre os escravos e os trabalhadores com liberdade de contratação, possuíam alguns direitos e capacidade para serem titulares de relações jurídicas, mas viviam em relação de completa dependência do senhor feudal. Nesse período, muito embora o medo das doenças fosse constante nos feudos, já que muitas epidemias acometiam a população – entre elas a lepra e a peste bubônica – não se teve qualquer evolução em relação aos cuidados com a saúde da classe trabalhadora.

Todavia, o intenso movimento migratório dessa classe de trabalhadores, do campo para a cidade, dado o elevado índice de miséria e os conflitos militares, exigiu a adoção de algumas medidas sanitárias. Ainda que limitadas, algumas ações de Saúde Pública foram desenvolvidas na intenção de sanear as cidades medievais. A aglomeração crescente da população que, mesmo na zona urbana, mantinha hábitos da vida rural como a criação de animais, o acúmulo de excrementos nas ruas sem pavimentação, a poluição das fontes de água, a ausência de esgotamento e as péssimas condições de higiene, produziam um quadro aterrador. Buscou-se então garantir o suprimento de água, aos moradores, para beber e cozinhar; pedia-se que não fossem lançados animais mortos ou refugos na corrente do rio; proibiu-se a lavagem de peles e o despejo de resíduos dos tintureiros nas águas que serviam à comunidade¹⁸.

Ainda nesse período surgiram os primeiros hospitais. Originados da Igreja, nas ordens monásticas, os hospitais serviam para tratar da população miserável e, principalmente, retirá-la do convívio social. Neste sentido, Foucault relata que:

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. (...) E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação.¹⁹

¹⁸ BATISTELA, Carlos. **Saúde, Doença e Cuidado**: complexidade teórica e necessidade histórica. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/pdts/index.php?s_livro_id=6&area_id=2&autor_id=&capitulo_id=13&sub_capitulo_id=15&arquivo=ver_conteudo_2>. Acesso em: 22 abr. 2012.

¹⁹ FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

Diante da reação natural dos servos da gleba ao poder abusivo dos seus senhores, com constantes fugas dos feudos, e a ascensão mercantilista provocada pela retomada do comércio com o oriente, o regime feudal sucumbiu ao final da Idade Média. A decadência deste regime permitiu o nascedouro de novas relações de trabalho. Com os trabalhadores aglomerados em pequenas vilas ou burgos, surgiu a figura do colono ou arrendatário de prédio rústico e rompeu-se com o trabalho servil ante o florescimento das unidades de população campesina semilivres, autônomas frente às cidades e os grandes colonatos²⁰.

Como reflexos dessa nova estrutura econômica, surgiram as corporações de ofício. As corporações eram a “reunião de pessoas do mesmo ofício, que estavam sujeitas a regras comuns”²¹, em razão do êxodo das pessoas para os burgos, resultado da intolerância em relação ao poder absoluto e já decadente dos nobres feudais.

Sobre as corporações de ofício, Camino esclarece que:

Rigidamente estruturadas no plano hierárquico, onde os *mestres* figuravam no topo, os *oficiais* na escala intermediária e os *aprendizes* na base, as corporações de ofício tinham por escopo defender a profissão e regulamentar o trabalho. Nelas, todo o poder se concentrava nas mãos dos mestres, no topo da hierarquia, que mantinham sob seu jugo os oficiais e os aprendizes. Estes tinham, apenas, a expectativa, geralmente frustrada pela excessiva rigidez de ascensão hierárquica, de algum dia virem a integrar o corpo de mestres da instituição. Nenhuma identidade se vislumbra, aí, como a organização dos sindicatos, alicerçada no espírito de classe e no interesse coletivo.²²

Os mestres eram os proprietários das oficinas, já submetidos à avaliação da *obra-mestra*. Os companheiros, ou oficiais, eram trabalhadores remunerados pelo mestre, ao passo que os aprendizes eram os menores que recebiam dos mestres o ensino metódico do ofício ou profissão. Nessa fase pode-se verificar um pouco mais de liberdade ao trabalhador, contudo, a preocupação com os interesses da corporação era infinitamente superior à preocupação com a proteção dos obreiros.

Sobre este aspecto, Martins refere que:

²⁰ FERRARI, Irany. **A história do trabalho, do direito do trabalho e da justiça do trabalho**. São Paulo: LTr, 1998.

²¹ BELTRAN, Ari Possidônio. **Direito do Trabalho e dos Direitos fundamentais**. São Paulo: LTr, 2002.

²² CAMINO, Carmem. **Direito individual do trabalho**. 4. ed. Porto Alegre: Síntese, 2004. P. 30.

Os aprendizes trabalhavam a partir de 12 ou 14 anos, e em alguns países já se observava prestação de serviço com idade inferior. Ficavam os aprendizes sob a responsabilidade do mestre que, inclusive, poderia impor-lhes castigos corporais. (...) A jornada de trabalho era muito longa, chegando até a 18 horas no verão; porém, na maioria das vezes terminava com o pôr-do-sol, por questão de qualidade de trabalho e não por proteção aos aprendizes e companheiros. A partir do momento em que fora inventado o lampião a gás, em 1792, por William Murdock, o trabalho passou a ser prestado em média entre 12 e 14 horas por dia. Várias indústrias começaram a trabalhar no período noturno.²³

As corporações de ofício alcançaram grande poder nos séculos XV e XVI, induzindo consideráveis transformações socioeconômicas nessa fase inicial de desenvolvimento da manufatura e do capital daquela sociedade. E é nessa fase que se encontra o marco mais significativo no estudo da relação das doenças com o trabalho da era medieval.

No ano de 1700, na cidade de Módena, na Itália, o médico Bernardino Ramazzini lançou o livro intitulado “*De Morbis Artificum Diatriba*”, traduzido para o vernáculo com o título “As doenças dos trabalhadores”. Nessa obra, com os acréscimos ocorridos na 2ª edição de 1713, o médico estudou 54 grupos de trabalhadores, abrangendo mais de 60 profissões, relacionando as atividades, as doenças consequentes e as medidas de prevenção e tratamento.²⁴

A obra de Ramazzini, que lançou as bases para o surgimento da Medicina do Trabalho, de imediato desperta encantamento pela sensibilidade aguçada e o humanismo latente de seu autor, que se importava, sobretudo, em dignificar a condição de seus pacientes, preocupando-se com o fato de que o trabalhador poderia ser tanto gerador como receptor de doenças, conforme se pode ver nas passagens de sua obra. Ao mencionar as doenças que acometiam os coveiros, por exemplo, Ramazzini enfatiza que é justo velar pelas suas incolumidades, pois o ofício é “tão necessário, porque sepultam na terra os corpos dos mortos, junto com os erros dos médicos, devendo, pois, a arte médica compensá-los com algum benefício por sua própria dignidade ameaçada”²⁵

A preocupação de Ramazzini era aguda e extensiva às mais diversas profissões, independentemente do *status* conferido ao ofício. Ao estudar as doenças dos literários, exemplificativamente, o autor observa que:

²³ MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito do trabalho**. 21. ed. São Paulo: Atlas, 2005. p. 39.

²⁴ OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Proteção Jurídica à saúde do trabalhador**. 2. ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: LTr, 1998. p. 53.

²⁵ RAMAZZINI, Bernardino. **As doenças dos trabalhadores**. São Paulo: Fundacentro, 1992. p. 68.

Os políticos, os juízes e os ministros dos príncipes, extenuados pelos esforços, estudos e vigílias, têm a primazia entre os hipocondríacos e aos poucos descambam para o marasmo. Lê-se isso numa elegante epístola de Pedro Xilandro, conselheiro da cúria do Rei Católico em Brabante, apensa à obra de Fortunato Plêmpio, sobre ‘Proteção da Saúde dos Togados’, na qual o ilustre jurisconsulto descreve a ilíada dos seus males e a desditosa vida daqueles que vestem toga. Todos os célebres jurisconsultos e ministros que tive a oportunidade de encontrar nas cortes dos príncipes e na cúria romana, assim como em outros lugares, pelo que observei, são todos atormentados por moléstias de várias espécies, maldizendo a profissão a que se haviam dedicado.²⁶

Assim como esses, o estudo poderia apresentar diversos outros exemplos da preocupação de Ramazzini para com a saúde dos trabalhadores da época, evidenciando o caráter fraterno de sua obra, e demonstrando que o pressuposto da fraternidade é algo passível de ser resgatado e que sua concretização condiciona-se apenas à boa vontade das partes envolvidas.

Há mais de três séculos, Ramazzini já desvendara as doenças de cunho ocupacional; relacionando estresse, neuroses, lesões por esforços repetitivos e doenças pulmonares, com as condições de doenças do trabalho, sendo a obra básica da Medicina Preventiva até por volta do século XIX, quando sobreveio, efetivamente, a Revolução Industrial.

Acerca dessa revolução – e a fim de retomar o enfoque linear da evolução histórica – há de se destacar que em decorrência das constantes manifestações promovidas por aprendizes e companheiros insatisfeitos com a exagerada concentração de poder dos mestres no sistema de corporações de ofício, dentre outros fatores, editou-se em 14 de julho de 1791, na França, a Lei Chapalier. Com o advento dessa Lei, restou declarada a liberdade total de contratação, culminando, conseqüentemente, com a extinção das próprias corporações de ofício cujo modelo produtivo era incompatível com o ideário burguês, que apregoava as ideias liberais de valorização da vontade do indivíduo como forma de afastar o antigo regime absolutista que sustentava o modelo de produção das corporações.

O *golpe fatal* nas corporações de ofício veio, então, com a Revolução Francesa de 1789. O ideário de liberdade individual, levado à sua expressão máxima, mostrou-se totalmente incompatível com a existência de entes coletivos situados entre o Estado e os indivíduos. Essa liberdade, tão apregoada pelos burgueses como a base filosófica do novo Estado, culminou, de um lado, com a igualdade jurídica e política dos cidadãos²⁷, e, paradoxalmente, de outro, na exploração do trabalhador, livre somente para aceitar o que lhe era imposto.

²⁶ RAMAZZINI, Bernardino. **As doenças dos trabalhadores**. São Paulo: Fundacentro, 1992. p. 147.

²⁷ Não é ignorado o fato de que, na prática, a liberdade e a igualdade jurídica e política eram havidas tão somente entre homens, brancos e, em regra, proprietários.

A concepção contratualista da época, afastada da servidão medieval, em que não havia autonomia de vontade, representou uma grande evolução na forma de utilização do trabalho humano como corolário de uma subordinação jurídica e não somente física.

Nesse cenário, a liberdade contratual, associada à necessidade de lucro da classe burguesa e ao advento da máquina a vapor, culminou com o advento da Revolução Industrial. Em verdade, geralmente se atribui à sucessão de fatos que desencadearam a Revolução Industrial, a gênese do Direito do Trabalho. O advento da máquina, em 1812, aperfeiçoada por James Watt em 1848, ensejou um rápido crescimento industrial, e este ocasionou grandes mudanças na economia e nas relações sociais, em especial entre capital e trabalho. Surgiram as grandes concentrações de operários, originaram-se os primeiros centros industriais, formando o cenário propício à expansão do capitalismo emergente à época dos grandes descobrimentos, favorecido pelas ideias liberais da Revolução Francesa de 1789²⁸.

A Revolução Industrial modificou drasticamente o cenário até então vivenciado, fomentando graves problemas sociais. A introdução da concepção de produção em série expôs a fragilidade do homem na competição desigual com a máquina; na medida em que aumentavam os lucros decorrentes da nova concepção de produção, acentuavam-se a miséria da população, as doenças e as mortes decorrentes do trabalho. Sem qualquer amparo estatal, cabia aos próprios trabalhadores o zelo pela sua segurança num ambiente de trabalho hostil e perigoso, pois, ao sistema, valiam mais as engrenagens aceleradas e expostas das máquinas recém-inventadas, do que a vida e a saúde dos trabalhadores.

A clássica luta entre o capital e o trabalho ganhou novas feições na era da máquina a vapor, onde não se respeitou qualquer limite na utilização da força de trabalho. No mesmo ritmo em que a “fúria capitalista” provocava a expansão econômica, aumentava o número de miseráveis, doentes e mutilados nas masmorras das fábricas.

A introdução da máquina a vapor fora tão significativa que em 1800, na Inglaterra, “estava em uso em 30 minas de carvão, 22 minas de cobre, 28 fundições, 17 cervejarias e 8 usinas de algodão”²⁹. E a busca desenfreada pela mão de obra alavancou o comércio de crianças, que intermediários adquiriam de pais paupérrimos para revender aos empregadores, chegando

²⁸ CAMINO, Carmem. **Direito individual do trabalho**. 4. ed. Porto Alegre: Síntese, 2004. p. 31.

²⁹ HUBERMAN, Leo. **História da riqueza do homem**. 11. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1976. p. 183.

ao ponto de serem efetuadas trocas entre uma criança débil mental para cada doze crianças sãs³⁰.

A situação de miserabilidade era tamanha que, agregada à revolta com as péssimas condições de trabalho, acabou por unir os trabalhadores na luta por melhores condições de trabalho e melhores remunerações. Essas lutas foram se intensificando ao longo dos tempos e a união cada vez mais significativa dos trabalhadores acabou por exigir uma intervenção do Estado. Assim, em 1802 o parlamento britânico aprovou a primeira lei de proteção aos trabalhadores: a Lei de Saúde e Moral dos aprendizes, que estabeleceu o limite de 12 horas de trabalho diário, proibiu o labor noturno, obrigou os empregadores a lavar as paredes das fábricas duas vezes por ano e tornou obrigatória a ventilação das mesmas³¹.

Além da criação da Lei de Saúde e Moral dos aprendizes, outro marco importante na criação dos serviços de Medicina do Trabalho na época foi a resposta dada pelo médico inglês Robert Baker a Robert Dernham, proprietário de uma indústria têxtil que, em 1830, preocupado com as péssimas condições de trabalho de seus empregados, fez-lhe uma consulta. Obteve de Baker a seguinte resposta:

Coloque no interior da sua fábrica o seu próprio médico, que servirá de intermediário entre você, os seus trabalhadores e o público. Deixe-o visitar a fábrica, sala por sala, sempre que existam pessoas trabalhando, de maneira que ele possa verificar o efeito do trabalho sobre as pessoas. E se ele verificar que qualquer dos trabalhadores está sofrendo a influência de causas que possam ser prevenidas, a ele competirá fazer tal prevenção. Dessa forma você poderá dizer meu médico é minha defesa, pois a ele dei toda a minha autoridade no que diz respeito à proteção da saúde e das condições físicas dos meus operários; se algum deles vier a sofrer qualquer alteração da saúde, o médico unicamente é que deve ser responsabilizado.³²

A situação vivenciada pela população da época era de extrema miserabilidade, e a procura de emprego nessas condições acentuou a extrema exploração do trabalhador, forçando-o a residir próximo dos muros das grandes fábricas, o que deu ensejo a uma superpopulação que acelerou e piorou as condições sanitárias das precárias moradias, conforme demonstram os dados da época. Godinho elucida que:

³⁰ NOGUEIRA, Diogo Pupo. Introdução à segurança, higiene e medicina do trabalho. In: CURSO de medicina do trabalho. São Paulo: FUNDACENTRO, 1979. p. 6.

³¹ NOGUEIRA, Diogo Pupo. Introdução à segurança, higiene e medicina do trabalho. In: CURSO de medicina do trabalho. São Paulo: FUNDACENTRO, 1979. p. 6.

³² MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, n. 25, p. 341-349, 1991. p. 341.

A degradação física e moral do trabalhador urbano, preocupação maior nessa primeira década do século, transmuda-se nas décadas seguintes, na teoria da degeneração do homem pobre. Em torno de 1860, os filhos dos tecelões de seda de Londres, indústria em declínio desde a década de trinta, espalhavam-se pelas esquinas das ruas da cidade em grupos de rapazes de 16 a 20 anos, magros, pálidos, improdutivos e furiosos, dizendo não terem emprego e terem suas tentativas de obtê-lo sido frustradas até no exército, dada sua compleição física débil e a sua pouca altura (s. Jones, *Outcast London*, 102)³³.

Esse cenário refletia-se em todos os aspectos da vida da classe operária, sendo que, em 1840, o *Journal of Statistical Society* relatou que de 5.366 famílias de operários que moravam em 5.294 habitações, num total de 26.830 indivíduos, apenas ¼ (um quarto) possuía mais de uma peça para viver. A situação de extrema miserabilidade possibilitou, em contrapartida, a reação do proletariado face ao clima de hostilidade que imperava no ambiente de trabalho, fomentando cada vez mais movimentos reacionários por parte dos intelectuais e dos próprios trabalhadores na luta por melhores condições de trabalho.

Em decorrência dessa luta travada por melhores condições de trabalho, em 1833, após relatório de uma comissão parlamentar de inquérito bastante relevante³⁴, foi editado na Inglaterra o *Factory Act*, considerado por muitos³⁵ como a primeira legislação eficiente no campo da proteção ao trabalhador, uma vez que era aplicada a todas as indústrias têxteis que se utilizavam de força hidráulica ou a vapor; proibia o trabalho noturno aos menores de 18 anos, e restringia as horas de trabalho destes para 12 por dia e 69 por semana; obrigava as fábricas a manterem escolas a serem frequentadas por todos os trabalhadores menores de 13 anos; determinava a idade mínima para o trabalho em 9 anos; e impunha que as empresas submetessem as crianças à avaliação médica para determinar se os seus desenvolvimentos físicos correspondiam às suas idades cronológicas³⁶.

No campo teórico, as doutrina políticas, especialmente a doutrina social da Igreja, manifestada tardiamente pela Encíclica papal “*Rerum Novarum*” de 1891, inflamaram os

³³ GOMES, Dinaura Godinho Pimentel. **Direito do trabalho e dignidade da pessoa humana, no contexto da globalização econômica: problemas e perspectivas**. São Paulo, LTR, 2005. p. 79.

³⁴ Esta comissão iniciou o trabalho no ano de 1831, sob chefia de Michael Saddler, e o relatório apresentado trouxe a seguinte conclusão: “Diante desta comissão desfilou longa procissão de trabalhadores – homens e mulheres, meninos e meninas. Abobalhados, doentes, deformados, degradados na sua qualidade humana, cada um deles era a clara evidência de uma vida arruinada, um quadro vivo da crueldade do homem para com o homem, uma impiedosa condenação daqueles legisladores que, quando em suas mãos detinham poder imenso, abandonaram os fracos à rapacidade dos fortes”. (NOGUEIRA, Diogo Pupo. Introdução à segurança, higiene e medicina do trabalho. In: CURSO de medicina do trabalho. São Paulo: FUNDACENTRO, 1979. 6 v., p. 7).

³⁵ Exemplificativamente pode-se citar Diogo Pupo Nogueira e Sebastião Geraldo de Oliveira.

³⁶ NOGUEIRA, Diogo Pupo. Introdução à segurança, higiene e medicina do trabalho. In: CURSO de medicina do trabalho. São Paulo: FUNDACENTRO, 1979. p. 7.

ataques ao ideário do liberalismo, abrindo campo legislativo para a concretude de um sistema de proteção ainda incipiente. A Encíclica de autoria do Papa Leão XIII é considerada um dos grandes marcos na conquista dos operários por melhores condições de trabalho. Ocorre que a Igreja, temendo pela difusão das ideias socialistas de luta de classes, materialismo dialético e fim da propriedade privada, passou a pressionar os Estados para a edição de medidas protetivas dos trabalhadores, buscando acalmar os ânimos do proletariado.

Toda essa pressão exercida por diferentes segmentos da sociedade durante o século XIX, por melhores condições de vida e pela positivação dos direitos sociais, é muito bem definida nas palavras de Fernando Aith³⁷. A saber:

As desigualdades estimularam o surgimento, ainda no Século XIX, de movimentos pela positivação dos direitos sociais, pelo reconhecimento expresso de que todos os homens têm direito a condições dignas de vida. O Estado, tal como estava sendo utilizado, havia se tornado um instrumento de opressão dos trabalhadores e das classes menos favorecidas. Os movimentos do século XIX questionavam a questão da liberdade como sendo um direito apenas destinado ao burguês, já que somente quem tinha tempo poderia fazer reunião e somente quem tinha meios poderia expressar suas opiniões. Os direitos individuais conquistados estavam se mostrando como direitos meramente formais, existentes para uma pequena parcela da população e causador de exclusões sociais gigantes. Denunciavam a suplantação do direito de igualdade pelo direito de liberdade.

O que se combatia era o fato de que a observância dos direitos individuais não bastavam para assegurar os princípios inerentes à Revolução de 1789, vez que se ignoravam tanto a igualdade quanto a fraternidade. Assim, exigia-se do Estado uma maior interferência na atividade dos particulares, para que o gozo da liberdade individual não prejudicasse a efetivação dos direitos sociais e a busca pela igualdade formal e material.

Decorrentes da pressão exercida pelos trabalhadores, pelos intelectuais e por forças políticas lideradas pela Igreja, várias leis³⁸ surgiram nessa mesma época, em especial, leis que visavam tutelar acidentados em serviço, mulheres e menores. Todavia, poucas tiveram eficácia, tanto que a grande maioria foi posteriormente abolida ou revogada. Contudo, é certo que através

³⁷ AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria Geral do Direito Sanitário Brasileiro**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006. p. 86.

³⁸ Exemplificativamente pode-se citar a Lei de Peel, criada em 1902, na Inglaterra, com o objetivo de amparar os trabalhadores, disciplinando o trabalho dos aprendizes paroquiano nos moinhos; a lei que proibiu o trabalho de menores nas minas francesas, editada em 1813; a lei que, em 1819, na Inglaterra, tornou ilegal o emprego de menores de nove anos, bem como restringiu o horário de trabalho de adolescentes de menos de 16 anos para 12 horas nas atividades algodoceiras, e a lei alemã de 1839 que proibiu o trabalho de menores de nove anos.

delas é que se deu o início da concretização das primeiras conquistas dos trabalhadores, além de dar começo a uma conotação muito mais ampla, de cunho político e ideológico, consubstanciada na pregação de Karl Marx e Friedrich Engels, com o “Manifesto do Partido Comunista” em prol da união dos trabalhadores³⁹.

Apresentando a antinomia sociedade *versus* Estado, Marx e Engels apresentaram ideias revolucionárias, propondo o fortalecimento da estrutura da sociedade, com a consequente limitação e o controle do Estado, ou até mesmo sua extinção. Os autores consideravam o trabalho a única causa legítima de renda e, com esta premissa propagaram sua doutrina, tendendo a alastrar a ditadura do proletariado. Todavia, não foi somente o primado do trabalho sobre a propriedade que os autores defendiam, mas sim, a destruição da propriedade como meio de produção, ou seja, o capital, ao qual se choca o trabalho. Assim, discorreram:

[...] o proletariado utilizará o seu domínio político para ir arrancando todo o capital das mãos da burguesia, para centralizar todos os instrumentos de produção nas mãos do Estado, isto é, do proletariado organizado como classe dominante, e para aumentar o mais rápido possível a massa das forças produtivas. Naturalmente que isso, a princípio, só pode ser realizado mediante intervenções despóticas no direito de propriedade e nas relações de produção burguesas, por meio de medidas que economicamente parecem insuficientes e insustentáveis, mas que no decurso do movimento ultrapassarão a si mesmas e são indispensáveis como meios para revolucionar todo o modo de produção⁴⁰.

Temendo a difusão das ideias Marxistas, o Estado⁴¹, como reação, passou a intervir nas relações de emprego, ditando normas de proteção ao trabalhador. Enfim, a ebulição social instaurada não só desestabilizou o império do modelo de Estado Liberal de Direito até então implantado, exigindo uma intervenção estatal, mesmo que incipiente, nas questões sociais, como também nas relações e modos de produção capitalistas existentes.

Concomitantemente à fase de transição do Estado Liberal de Direito para o Estado Social de Direito, organizou-se o modelo taylorista⁴² de divisão do trabalho, como forma de

³⁹ GOMES, Dinaura Godinho Pimentel. **Direito do trabalho e dignidade da pessoa humana, no contexto da globalização econômica**: problemas e perspectivas. São Paulo, LTR, 2005. p. 84.

⁴⁰ MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Cortez, 1998. p. 29-30.

⁴¹ Nesse período começaram a aparecer as primeiras leis de acidente do trabalho, inicialmente na Alemanha em 1884, estendendo-se a vários países da Europa nos anos seguintes, até chegar ao Brasil em 1919, por meio do Decreto Legislativo n. 3.724, de 15 de janeiro de 1919.

⁴² O Taylorismo é uma concepção de produção baseada em um método científico de organização do trabalho desenvolvida pelo engenheiro americano Frederick W. Taylor (1856-1915). Em 1911, Taylor publicou “Os princípios da administração”, obra na qual expôs seu método. A partir do Taylorismo o trabalho industrial foi fragmentado, pois cada trabalhador passou a exercer uma atividade específica no sistema industrial. A

neutralização da resistência operária e de aumento da produção capitalista. Em linhas gerais, pode-se afirmar que a principal contraposição ao Estado Liberal de Direito surgiu de seus próprios fundamentos econômicos, com a transformação do capital industrial em monopolista, ao longo da segunda metade do século XIX.

Gabriela Delgado destaca que:

O primado do capitalismo capitalista e sua gradativa expansão provocaram o surgimento dos monopólios das grandes empresas e o processo de colonização dos países periféricos pelos de economia central, com a conseqüente eclosão da Primeira Grande Guerra Mundial, ocorrida no período de 1914 a 1918. As conseqüências da Guerra foram devastadoras, ocorrendo uma devassa social de proporções antes não experimentadas pelos países industrializados capitalistas”.⁴³

Urgia, pois, a tomada de medidas a fim de se restaurar a paz e a ordem social. Uma das primeiras medidas adotadas nesse sentido foi a criação da Liga das Nações. Posteriormente, deu-se início ao fenômeno da Constitucionalização dos direitos sociais e do próprio Direito do Trabalho, a exemplo do que se deu com a Constituição do México de 1917 e com a Constituição de Weimar, de 1919.

Nesse contexto, cabe destacar ainda que em 1919 foi criada a Organização Internacional do Trabalho (OIT), importante organismo internacional que visava estimular o desenvolvimento e a propagação do Direito do Trabalho no mundo. Esse percurso histórico culminou na fase de oficialização ou institucionalização do Direito do Trabalho, ramo autônomo e específico, destinado a regular as relações jurídicas estabelecidas entre empregados e empregadores ou entre sujeitos coletivos pela igualdade de forças no contrato de trabalho. O Direito do Trabalho surgiu, portanto, como o avesso ao Direito Civil. Foi o primeiro dentre os

organização foi hierarquizada e sistematizada, e o tempo de produção passou a ser cronometrado. Este sistema de produção apresentava as seguintes características principais: Racionalização da produção; Economia de mão-de-obra; Aumento da produtividade no trabalho; Corte de “gastos desnecessários de energia” e de “comportamentos supérfluos” por parte do trabalhador; Fim de qualquer desperdício de tempo. Segundo Taylor a hierarquização evitava a desordem predominante do tempo no qual a organização ficava por conta dos trabalhadores. Separou, dessa forma, o trabalho manual do trabalho intelectual, dividindo os funcionários entre aqueles que eram pagos para pensar de modo complexo (planejar), e aqueles que eram pagos, e mal pagos, para executar. Dessa forma, da mão-de-obra operária, naquela época, não eram exigida a escolarização. O trabalho sistemático fazia dos trabalhadores peças descartáveis, pois peças de reposição não faltavam. Nesse sentido, era grande a economia na folha de pagamento das indústrias, pois a maioria dos trabalhadores era sem qualificação. À direção, ou aos gerentes, cabia controlar, dirigir e vigiar os trabalhadores, impedindo inclusive qualquer conversa entre os mesmos. Aos trabalhadores só restava obedecer e produzir incessantemente (PASSIEVITCH, Thais. **Taylorismo**. Disponível em: <http://www.infoescola.com/administracao_/taylorismo/>. Acesso em: 19 abr. 2012).

⁴³ DELGADO, Gabriela Neves. **Direito fundamental ao trabalho digno**. São Paulo: LTR, 2006. p. 154-155.

poucos Direitos construídos a partir de um processo de luta de um segmento organizado da sociedade: os trabalhadores.

Traçado o panorama global da evolução do direito à saúde do trabalhador – a qual não se distingue substancialmente da evolução do próprio Direito do Trabalho – indispensável para o estudo da evolução deste Direito em qualquer território, este estudo retornará à sua preocupação central, e traçará a evolução do direito à saúde do trabalhador no Brasil desde os tempos mais remotos.

2.2 A SAÚDE DOS TRABALHADORES NO BRASIL COLÔNIA

O sistema colonial brasileiro originado do capitalismo mercantil configurou-se em um elemento de fundamental importância para a acumulação da burguesia metropolitana. As colônias americanas, enquanto expressões ultramarinas do mercantilismo, devem ser vistas como formas de acumulação primitiva onde os excedentes estavam totalmente voltados para o aumento das riquezas de alguns países europeus. À exceção das “colônias de povoamento” da Nova Inglaterra, os demais núcleos coloniais foram planejados pelo capital metropolitano de modo a desenvolver uma produção em larga escala de artigos tropicais: tratavam-se das “colônias de exploração”, das quais o Brasil fora irretocável modelo⁴⁴.

Desde os primórdios da colonização brasileira, com a introdução da cultura do açúcar no século XVI desenvolveu-se um sistema produtivo de exploração permanente, cujo sucesso dependia de um grande contingente de mão de obra e supunha a concentração de recursos produtivos. A essência do sistema colonial brasileiro – assim como ocorrera nas demais colônias de exploração – era a realização do lucro que, assegurado pelo monopólio inerente ao Pacto Colonial, era transformado em fundo de acumulação para alimentar a expansão capitalista dos centros metropolitanos. Nesse sentido esclarece Novais:

Não bastava produzir os produtos com procura crescente nos mercados europeus, era indispensável produzi-los de modo que a sua comercialização promovesse estímulos à originária acumulação burguesa nas economias europeias. Não se tratava apenas de produzir para o comércio – o comércio colonial; é, mais uma vez, o sentido último

⁴⁴ KOWARICK, Lucio. **Trabalho e vadiagem**: a história do trabalho livre no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994. p. 20.

(aceleração da acumulação primitiva de capital) que comanda todo processo de colonização.⁴⁵

Tal forma de colonialismo exigia um conjunto interligado de fatores cujo principal deles fora a introdução do trabalho cativo⁴⁶. Trabalho cativo, pois não se mostrava viável maquinar um contingente que alienasse sua mão de obra a preços interessantes ao empreendimento colonial, uma vez que os homens livres tinham acesso a uma gleba de terra para prover sua própria subsistência.

À colônia brasileira só coube, então, ser estruturada na superexploração do trabalho. Dessa forma, o sistema escravagista, através das jornadas extremamente longas e do rebaixamento igualmente extremo dos níveis de subsistência, mostrar-se-ia mais oportuno do que a submissão massificada da população livre, o que num contexto de disponibilidade de terras era praticamente impossível. Contudo, o sistema colonial não criou apenas a escravidão⁴⁷; criou, isto sim, a escravidão africana⁴⁸.

⁴⁵ NOVAIS, Fernando A. **Portugal e Brasil na crise do antigo sistema colonial (1777-1808)**. São Paulo: HUCITEC, 1979. p. 97.

⁴⁶ Por trabalho cativo se entende aquele em que há o uso da coação e a negação da liberdade.

⁴⁷ Sabe-se da existência da escravidão indígena e da existência de trabalho livre no Brasil colônia, porém, para a objetivação deste trabalho, focar-se-á o estudo no trabalho escravo dos africanos.

⁴⁸ As razões da opção pelo escravo africano foram muitas. Conforme refere Boris Fausto, a escravização do índio chocou-se com uma série de inconvenientes, dado os objetivos da colonização. A cultura indígena era incompatível com o trabalho intensivo e regular e mais ainda compulsório, como pretendido pelos europeus, sendo que as noções de trabalho contínuo eram totalmente estranhas a eles. Mesmo assim, houve duas tentativas básicas de sujeição dos índios por parte dos portugueses. Uma delas, realizada pelos colonos segundo um frio cálculo econômico, consistiu na escravização pura e simples. A outra foi tentada pelas ordens religiosas, especialmente pelos jesuítas, em face das suas concepções missionárias. Buscou-se a transformação dos índios em "bons cristãos", o que significava também adquirir os hábitos de trabalho dos europeus. Estas duas políticas não se equiparam. Segundo Boris Fausto: "As ordens religiosas tiveram o mérito de tentar proteger os índios da escravidão imposta pelos colonos, nascendo daí inúmeros atritos entre colonos e padres. Mas estes não tinham também qualquer respeito pela cultura indígena. Ao contrário, para eles chegava a ser duvidoso que os índios fossem pessoas. Padre Manuel da Nóbrega, por exemplo, dizia que "índios são cães em se comerem e matarem, e são porcos nos vícios e na maneira de se tratarem". Os índios resistiram às várias formas de sujeição, pela guerra, pela fuga, pela recusa ao trabalho compulsório. Em termos comparativos, as populações indígenas tinham melhores condições de resistir do que os escravos africanos. Enquanto estes se viam diante de um território desconhecido onde eram implantados à força, os índios se encontravam em sua casa". Outro marco importante pela preferência à escravidão africana foi a catástrofe demográfica da população indígena, uma vez que as epidemias produzidas pelo contato com os brancos liquidaram milhares de índios. Assim, e não por acaso, a partir da década de 1570 incentivou-se a importação de africanos, e a Coroa começou a tomar medidas para tentar impedir o morticínio e a escravização desenfreada dos índios. Em 1758 a Coroa determinou a libertação definitiva dos indígenas que, na prática já havia ocorrido muito antes, dada a alternativa mais rentável encontrada na escravização dos negros (FAUSTO, Boris. **História do Brasil**. São Paulo: EDUSP, 1996. p. 28-29).

Iniciado o tráfico de negros no Brasil colônia, um importante papel fora assumido pelos cirurgiões⁴⁹. Os cirurgiões em muito contribuíram para a otimização do tráfico escravista, escolhendo os melhores indivíduos e cuidando dos muitos que adoeciam na viagem da África ao Brasil. Boa parte da medicina tropical nasceu a bordo dos navios negreiros; berço pouco nobre, porém necessário num mundo movido pela escravidão. Afinal, numa travessia de 60 dias, era comum que mais de a metade dos 500 a 800 negros, amontoados nos porões, morressem de varíola; e, mesmo sob a supervisão dos cirurgiões, a mortalidade nos navios girava em torno de 10 a 20%. Ao cuidar de uma das fases mais importantes da comercialização dos escravos, os cirurgiões tornavam-se agudos observadores das qualidades e dos defeitos físicos, das evidências de idade, dos sintomas das doenças ou das predisposições mórbidas que, muitas vezes, os mercadores procuravam esconder. Porém, convém lembrar, essa preocupação em conhecer as doenças dos negros era mais voltada ao mercado do que ao lado humano. Cada perda significava a diminuição do lucro; assim na terra, como no mar⁵⁰.

Era mais lucrativo explorar o escravo ao máximo e substituí-lo quando estivesse doente. Nesse contexto, os cirurgiões usavam o conhecimento adquirido na prática para, participantes ativos do comércio negreiro, agregar valor às chamadas "peças" rejeitadas. Conforme, pode se ver em trecho do texto de Luiz Antônio de Oliveira Mendes escrito à Academia Real das Ciências em Lisboa, em fins do século XVIII:

Observei mais em aquele país, que homens havia de poucas posses, que se empregavam em comprar o remanescente da escravatura, a que já o Comissário não tinha comprador (...), levando-o para casa, medicando-o, e dando-lhe o sustento, e o vestuário preciso, e fazendo-o mudar de ares; convalescendo a mesma escravatura desprezada, dentro de pouco tempo a revendiam como sã, robusta e forte por muito bom preço: e que neste tráfico continuavam, entregando-se a um novo gênero de indústria.⁵¹

Neste sistema, *escravo bom era escravo são!* Os escravos eram avaliados pelos seus portes físicos, suas arcadas dentárias e suas idades. Ao senhor interessava tão somente o quanto

⁴⁹ Os cirurgiões eram os médicos práticos que trabalhavam no Brasil colonial e cuja formação era adquirida na labuta diária com os doentes. Ao contrário dos médicos, em número muito inferior e mais respeitados por sua formação acadêmica europeia, os práticos lidavam com o cotidiano das enfermidades coloniais, "experimentando" e, muitas vezes, "enganando-se". Quando isso ocorria, ficavam "mui tristes". Afinal, escravo morto era ouro perdido (FAPESP. **Médicos ou monstros?** Escravidão impulsionou o desenvolvimento da medicina tropical. Disponível em: <<http://revistapesquisa2.fapesp.br/?art=24&bd=1&pg=1&lg=>>>. Acesso em: 06 abr. 2012).

⁵⁰ FAPESP. **Médicos ou monstros?** Escravidão impulsionou o desenvolvimento da medicina tropical. Disponível em: <<http://revistapesquisa2.fapesp.br/?art=24&bd=1&pg=1&lg=>>>. Acesso em: 06 abr. 2012.

⁵¹ FAPESP. **Médicos ou monstros?** Escravidão impulsionou o desenvolvimento da medicina tropical. Disponível em: <<http://revistapesquisa2.fapesp.br/?art=24&bd=1&pg=1&lg=>>>. Acesso em: 06 abr. 2012.

o escravo poderia produzir. Velhos, mulheres e crianças eram “peças” de pouco valor para o sistema. Além disso, uma vez selecionados e adquiridos como escravos, muitos negros vinham a definhando e falecer devido aos castigos e maus tratos impostos pelos senhores e feitores. João Antonil Andreoni, em sua obra *Cultura e Opulência do Brasil por suas Drogas e Minas*, de 1711, após referir o excesso de trabalho, a falta de alimentação, de vestimentas adequadas, de medicamentos e mezinhas, condena a imposição de castigos desumanos aos escravos, nos seguintes termos:

O que pertence ao sustento, vestido e moderação do trabalho, claro está, que se lhes não deve negar, porque a quem o serve deve o senhor, de justiça dar suficiente alimento, mezinhas na doença e modo, com que decentemente se cubra e vista, como pede o estado de servo, e não aparecendo quase nu pelas ruas; e deve também moderar o serviço de sorte que não seja superior às forças dos que trabalham, se quer que possam aturar. No Brasil, costumam dizer que para o escravo são necessárias três letras PPP, a saber, Pau, Pão e Pano.⁵²

Contudo, no Brasil colonial, mesmo aqueles que se preocupavam com a integridade dos escravos, o faziam avaliando o valor pecuniário do “homem trabalhador⁵³”, como pode se ver de trecho da mesma obra de Antonil, onde o mesmo recomendou aos senhores de engenho que prestigiassem os seus feitores, mas que impedissem que os mesmos exagerassem nos seus castigos:

Aos feitores de nenhuma maneira consentir a dar couces, principalmente nas barrigas das mulheres que andam pejadas, nem dar com pau nos escravos, porque na cólera se não medem os golpes e podem ferir mortalmente na cabeça a um escravo de muito préstimo, que vale muito dinheiro, e perdê-lo. Repreendê-los e chegar-lhes com um cipó às costas com algumas varancadas, e o que se lhes pode, e deve permitir para ensino. Prender os fugitivos e os que brigaram com feridas ou se embebedaram, para que o senhor os mande castigar como merecem, é diligência digna de louvor.⁵⁴

Já em relação àqueles trabalhadores – escravos – considerados incapazes – os cegos, os mutilados, os aleijados e aqueles que sofriam de doenças incuráveis – a atitude dos senhores era a indiferença, abandono e no mais das vezes, repugnância. Isto porque, além de se tornarem motivos de despesas, prestavam pouquíssimo serviço, dada a sua incapacidade para o árduo

⁵² ANTONIL, André João. **Cultura e opulência do Brasil**. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: EDUSP, 1982. p. 90-91.

⁵³ Sabe-se que tanto no período Colonial quanto no período Imperial da história brasileira houveram trabalhadores que não eram escravos, contudo, este trabalho focará sua análise no trabalho cativo desenvolvido nos respectivos períodos.

⁵⁴ ANTONIL, André João. **Cultura e opulência do Brasil**. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: EDUSP, 1982. p. 84.

trabalho da lavoura. Contudo, ignorava-se o fato de que a maioria dos males era decorrente de trabalho excessivo, maus tratos, doenças mal curadas, deficiência alimentar e dos acidentes de trabalho.

Os escravos doentes geralmente eram abandonados pelos senhores e acabavam por sucumbir nas ruas e nas portas das igrejas. Aos escravos inválidos – assim como aos brancos e mulatos pobres, aos índios marginalizados e às crianças órfãs – só restava viver das esmolas pedidas nas portarias dos conventos, nos adros das igrejas e nas áreas comerciais da cidade. De acordo com Miranda:

Numa sociedade profundamente marcada pela desigualdade social, violência e intolerância religiosa, era comum os mais afortunados estenderem a mão à caridade para terem assegurados a salvação da alma e um lugar no reino dos céus. Essa atitude, em terras brasileiras, devia-se, em parte, à tradição medieval que tinha na piedade e na caridade, para com os pobres e doentes, uma forma de expressar a sua “boa consciência” e devoção diante de Deus.⁵⁵

Efetivamente, aos trabalhadores só restava contar com a “caridade” e a “misericórdia” da igreja e dos mais afortunados, pois, como bem destaca Vial, “[...] desde sempre tivemos no Brasil esta diferenciação entre o atendimento para pobres e ricos, o sistema de saúde se construiu não com a lógica pública, mas privada”⁵⁶.

Os serviços de saúde no Brasil Colonial foram moldados nos precários regimentos médico-sanitários já existentes no Reino, que se voltavam, basicamente, ao controle da profissão médica, através da Fisicatura, e à fiscalização dos navios que entravam em seus portos, enquanto as inspeções das condições de limpeza e higiene das vilas e cidades eram atribuições exclusivas das câmaras municipais. Na colônia, porém, esses serviços se mostraram ainda menos eficientes, dada a quase inexistência de físicos e cirurgiões para exercer a atividade fiscalizadora⁵⁷.

Isto é, no período colonial a ação do Estado no setor saúde foi insignificante. As ações de saúde existentes eram as desenvolvidas pelos chamados exercentes, ou seja, pelos físicos,

⁵⁵ MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. **A arte de curar nos tempos da colônia**: Limites e espaços da cura. Recife: Fundação de Cultura Cidade do Recife, 2004. p. 381.

⁵⁶ VIAL, Sandra Regina Martini. Saúde e determinantes sociais: uma situação paradoxal. **Revista Comparazione e diritto civile**, v. 1, p. 1-24, 2010. p. 6.

⁵⁷ MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. **A arte de curar nos tempos da colônia**: Limites e espaços da cura. Recife: Fundação de Cultura Cidade do Recife, 2004. p. 300.

cirurgiões-barbeiros, barbeiros, boticários, etc., e pelas Santas Casas de Misericórdia⁵⁸, que também, inicialmente, atendiam os enfermos com infusões de ervas, frutas cítricas, raízes e outros produtos trazidos pelos índios.

Conforme Vial,

No período do Brasil Colônia, pouco se conhece da atenção à saúde a população, de modo geral, se sabe todo o atendimento (sic) à saúde era realizado pela própria população que se organizava como era possível, os indígenas tradicionalmente se curavam sozinhos, o grande problema eram as doenças levadas pelos ocidentais, estes por sua vez tinham a possibilidade de se tratar com uma maior facilidade, mesmo que utilizando e servindo-se da sabedoria da população nativa. Mais tarde a Igreja é quem cuida da saúde da população. A preocupação no Brasil Colônia não era com direitos sociais, mas sim tirar tudo aquilo que a terra lhe oferecia de modo gratuito.⁵⁹

No mais, o exercício da medicina pelos exercentes, que eram poucos, de origem humilde e de poucas instruções, possibilitou a proliferação do curandeirismo. O que se praticava era uma medicina repleta de espírito de religiosidade, marcada pela fé cristã, nos moldes da praticada em Portugal e em demais países da Europa medieval⁶⁰.

Essa situação assume contornos um pouco diferentes a partir do final do século XVIII. Segundo relata Galvão, nesta época,

O poder colonial assume como um dos objetivos da própria administração, a questão da recuperação do estado de saúde de seus habitantes. São exemplos disso o Hospital Militar e o Leprosário. O Hospital, com o objetivo primário de reintegração do soldado à tropa, é um primeiro passo da transformação da própria instituição hospitalar. O Projeto de criação de um novo hospital, não meramente estabelecidos em bases filantrópicas, como ocorria com essas instituições no início do período

⁵⁸ Criadas em Portugal no ano de 1498, com o objetivo de atender enfermos e desvalidos, e procurando o alívio dos doentes, o sustento dos pobres, o amparo dos órfãos e das viúvas e o sepultamento dos indígenas, as “Misericórdias” foram implantadas no Brasil alguns anos após o descobrimento. O primeiro hospital de Misericórdia no Brasil teve como fundador o colono Braz Cubas, cujo hospital, inaugurado entre 1540 e 1547, recebeu o nome de “Santos”, em homenagem a um similar existente em Lisboa. O segundo hospital foi fundado em Vitória, Espírito Santo, entre 1545 e 1555, tendo o padre José Anchieta como capelão; o terceiro foi em Olinda, em 1560; o quarto em Ilhéus em 1564. (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. In: ARANHA, Márcio Iorico (Org.). **Direito sanitário e Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 13).

⁵⁹ VIAL, Sandra Regina Martini. Saúde e determinantes sociais: uma situação paradoxal. **Revista Comparazione e diritto civile**, v. 1, p. 1-24, 2010. p. 3.

⁶⁰ SANTOS, Vivianne. **Medicina no Brasil-colônia** - A medicina no Brasil, nos séculos XVI e XVII, era exercida por físicos, cirurgiões, boticários e barbeiros, que eram poucos, de condições humildes e pouca instrução, permitindo a proliferação do curandeirismo. Disponível em: <<http://www.hebron.com.br/Revista/n27/materia3.htm>>. Acesso em: 13 dez. 2011.

colonial, desencadeia, assim, um discurso abrangente sobre a vida da população, o trabalho e a defesa.⁶¹

A atuação do Estado – Coroa Portuguesa – tornou-se, pois, mais efetiva à medida que se começou a vislumbrar uma ideia mais concreta de Medicina Social no país, o que se percebe principalmente a partir do século XIX, com a introdução das ideias europeias sobre a Polícia Médica. Acerca dessa Polícia, Vial refere que:

A Coroa Portuguesa que entendia o Brasil como a *extensão do seu jardim* entendia que a forma de não contaminação era através de uma política de controle e fiscalização – ainda hoje temos alguns setores do sistema da saúde que tem uma atuação muito mais voltada para a fiscalização do que para a promoção da saúde. Um exemplo desta situação foi a criação da Fisicatura que era um órgão que tratava as questões de saúde como questão de polícia, onde os infratores deveriam ser punidos.⁶²

Nesse mesmo momento, o Estado português, através da atuação dos Vice-Reis, passou a investigar as causas das doenças que assolavam o Rio de Janeiro, a fim de intervir na cidade. Essa atuação resultou na transferência dos portos de desembarque de escravos para lugares mais afastados dos centros urbanos, buscando segregar escravos sadios de escravos doentes e evitar o contato dos recém-chegados com a população local⁶³.

Essa situação de completo abandono e segregação da parcela pobre da população colonial – formada maciçamente por escravos e indígenas – perdurou por praticamente todo o período da colônia. Melhorias nas medidas sanitárias do país só passaram a ser verificadas com a chegada da Família Real, em 1808.

A transferência da Corte Portuguesa para a Colônia desencadeou mudanças importantes na relação entre o Estado, à sociedade e a medicina. A responsabilidade pela saúde do povo passou a ser do Governo Central, que passou a se preocupar com a formação de médicos, criando então o ensino cirúrgico e a Provedoria de Saúde, cuja função era a de controlar o saneamento das cidades até os matadouros. Conforme conclui Vial,

⁶¹ GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. **Origem das políticas de saúde pública no Brasil: Do Brasil-colônia a 1930.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2011. p. 11.

⁶² VIAL, Sandra Regina Martini. Saúde e determinantes sociais: uma situação paradoxal. **Revista Comparazione e diritto civile**, v. 1, p. 1-24, 2010. p. 4.

⁶³ GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. **Origem das políticas de saúde pública no Brasil: Do Brasil-colônia a 1930.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2011. p. 11.

Desde o descobrimento do Brasil a preocupação com saúde é objeto de preocupação de benzedoras, curandeiras, religiosos e profissionais de saúde. Embora no Brasil Colônia pouco se conheça sobre as demandas de saúde da população. O curioso é que, em função do ecletismo da formação cultural brasileira, temos ainda hoje uma forma particular de cuidar das doenças, com frequência antes ou depois de procurarmos um serviço de saúde passamos pela Igreja e terreiro (local de culto das religiões afro-brasileiras). Até chegarem as escolas médicas no Brasil, quem se ocupava das doenças eram religiosos que faziam como assistência aos pobres.⁶⁴

No Brasil colônia, a saúde era um assunto privado. As pessoas adoeciam e morriam em suas casas, em instituições filantrópicas ou simplesmente ao léu, como verdadeiros animais. “Eram atendidos nesses momentos pelos seus familiares ou pelos raros médicos existentes. Os governos não tinham uma política de saúde e os casos de saúde e assistência pública, como as epidemias, eram assumidos pelas entidades religiosas.”⁶⁵.

Retornando ao viés histórico deste capítulo, há de se ressaltar que naquela época já eclodiam no Brasil os ideais da independência. Uma série de fatores – tanto externos, em especial a revolução portuguesa de 1820, que exigia a volta da Corte ao país – quanto internos, dentre eles, os movimentos pró-abolição e a abertura dos portos brasileiros para “países amigos” – não permitiram à Corte Portuguesa alternativa senão a proclamação da independência brasileira. Assim, em 7 de setembro de 1822, Dom Pedro proferiu o chamado Grito do Ipiranga, formalizando a independência do Brasil. A 19 de dezembro, com apenas 24 anos, o Príncipe Regente foi coroado Imperador, recebendo o título de Dom Pedro I. O Brasil se tornava independente, com a manutenção da forma monárquica de governo.⁶⁶

Por fim, pode-se concluir que o período colonial brasileiro foi marcado pela ausência de políticas sanitárias por parte do Estado, que passou a assumir um papel mais ativo somente no final do período. Ao longo dos anos de colônia, à população – em especial a população pobre, formada pela sua maioria de escravos e indígenas – cabia organizar-se sozinha ou depender da assistência das Misericórdias e da Igreja, haja vista que a preocupação no período não era com direitos sociais, mas sim em tirar tudo aquilo que a terra oferecia gratuitamente.

⁶⁴ VIAL, Sandra Regina Martini. Saúde e determinantes sociais: uma situação paradoxal. **Revista Comparazione e diritto civile**, v. 1, p. 1-24, 2010. p. 6.

⁶⁵ MARTINS, José Pedro Soares; RANGEL, Humberto de Araújo (Org.). **Campinas no Rumo das Comunidades Saudáveis**. Campinas, SP: IPES Editorial, 2004. p. 101.

⁶⁶ FAUSTO, Boris. **História do Brasil**. São Paulo: EDUSP, 1996.

Os trabalhadores brasileiros nos tempos de Brasil Colônia, que eram escravos na sua maioria, adoeciam e morriam devido às péssimas condições de vida e de trabalho, por doenças infecciosas e carências, e compartilhavam a precária assistência médica disponível para o conjunto da população, acessível apenas para os que pudessem arcar com os seus custos.

Ou seja, em um sistema elitista e segregador, onde o Estado nada ou quase nada fazia em termos de medidas sanitárias, o homem trabalhador estava abandonado à caridade alheia, não havendo qualquer preocupação dos senhores a não ser com a mão de obra produtiva. Esse cenário foi muito pouco alterado em tempos de Brasil Império, época que, mesmo marcada por várias tentativas de coibir o tráfico de escravos, apresentou a maior importação de mão de obra negra da história do país, conforme se verá a seguir.

2.3 A SAÚDE DOS TRABALHADORES NO BRASIL IMPÉRIO

Proclamada a independência do Brasil, em 1822, deu-se início ao período Imperial, que perduraria até a proclamação da República em 1889. Dividido entre primeiro reinado, período compreendido entre 1822 e 1831, no qual o Brasil fora governado por Dom Pedro I; e o segundo reinado, compreendido entre 1831 e 1889, quando a governança do país dividiu-se entre regentes (1831-1840) e Dom Pedro II (1840-1889), o Brasil Império apresenta paradoxos notáveis.

Marcado por várias tentativas de coibição do tráfico de escravos, o século XIX, período preponderantemente imperial, apresentou a maior importação de mão de obra escrava da história do país. No entanto, a questão da saúde da população, em especial a população escrava, só aparece pelas frestas da história, e apresenta, ainda, alguns pontos obscuros⁶⁷.

Inicialmente, há de se referir que a grande inovação na economia brasileira, e no “mercado de trabalho” das primeiras décadas do século XIX, foi o surgimento da produção de café para exportação. Segundo Boris Fausto,

⁶⁷ PÔRTO, Ângela. O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. **História, ciência, saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, Oct./Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702006000400013&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 abr. 2012.

A implantação das fazendas se deu pela forma tradicional da grande propriedade, com o emprego de força de trabalho escrava. (...) O avanço da produção cafeeira e sua importância para o comércio exterior do Brasil podem ser medidos por um simples dado. No decênio 1821-1830, o café correspondia a 18% do valor das exportações brasileiras; no decênio 1881- 1890 passou a corresponder a 61%.

Do ponto de vista socioeconômico, o complexo cafeeiro abrangia um leque de atividades que deslocou definitivamente o pólo dinâmico do país para o Centro-Sul. Em função do café, aparelharam-se portos, criaram-se novos mecanismos de crédito, empregos, revolucionaram-se os transportes.⁶⁸

Esses fatos ganham relevância na medida em que “[...] com o crescimento das exportações brasileiras foi necessário o cuidado com os portos, a exportação está em risco na medida em que nossos portos são locais insalubres”⁶⁹. Assim, as atenções do Estado se voltaram aos espaços de circulação de mercadoria, isto é, as entradas e saídas dos portos. Além disso, era essencial que o Estado criasse condições de atrair a mão de obra imigrante para as culturas cafeeiras. Desta forma,

As primeiras iniciativas do governo no campo da atenção à saúde se dão a partir de interesses puramente mercantis. As regiões que não tinham importância estratégica para a economia do País ficavam abandonadas à própria sorte em termos de práticas sanitárias. Não se pode dizer, então, que a essa altura se tinha uma política nacional de Saúde Pública, com objetivos claros de melhorar as condições de vida da população. (OLIVEIRA, 1997, p. 116).

Nessa época preponderava uma máxima: o Brasil é o café e o café é o negro! No decênio da Independência, o tráfico negreiro cresceu se comparado ao período anterior. Segundo dados oficiais, a média anual de ingresso de escravos no Brasil foi de 32.700 cativos no período 1811–1820, e de 43.100 no período 1821–1830 (FAUSTO, 2006, p. 104-105).

Este dado é de especial importância na medida em que o discurso médico do século XIX via no negro escravo a causa de muitos males, sendo a sua presença no seio da família, corruptora, representando perigo físico e moral. As propostas oficiais de atenção à saúde dos escravos eram ínfimas no período, e as raras existentes não eram observadas.

A atenção do Estado à saúde dos trabalhadores era praticamente inexistente, e a falta de investimentos se refletia nos mais variados fatores. No Brasil Império, apenas três livros sobre o tema da saúde do trabalhador foram publicados com o apoio do governo. São eles: o

⁶⁸ FAUSTO, Boris. **História Concisa do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.p. 100, 103.

⁶⁹ VIAL, Sandra Regina Martini. Saúde e determinantes sociais: uma situação paradoxal. **Revista Comparazione e diritto civile**, v. 1, p. 1-24, 2010. p. 6.

Manual do Fazendeiro ou tratado doméstico sobre as enfermidades dos negros de Jean-Baptiste Imbert (1834), o *Manual do agricultor brasileiro* de Carlos Augusto Taunay (1839) e o *Manual do agricultor de gêneros alimentícios* de Antônio Caetano da Fonseca (1863). Obras carregadas de conselhos higiênicos, dirigidas aos proprietários rurais, tratam de aspectos gerais da saúde dos cativos, interessantes aos senhores proprietários. Observam como escolher no mercado uma peça saudável, como deve ser a constituição física do escravo, suas condições de habitação, vestuário, alimentação, jornada de trabalho, repouso, castigos, etc. (PÔRTO, 2006).

Em um cenário marcado por numerosos *Caetanos angolas rendidos*, *Luízas crioulas doente dos peitos*, *Antonios casseges com feridas de boubas* ou, ainda, *Inocências pardas raquíticas*⁷⁰, personagens marcados por sinais de doenças resultadas da correlação do excesso de trabalho, das más condições de higiene, da alimentação minguada, do vestuário inadequado, enfim, do cotidiano no cativo, nenhuma das obras oficiais sugeria a criação de um serviço destinado ao tratamento médico dos escravos, demonstrando a total despreocupação com a prática médica voltada para o trabalhador na época⁷¹. Segundo Pôrto,

A saúde do escravo não é diretamente tematizada, o assunto só surge em relação a outrem, como por exemplo, a saúde da escrava ama-de-leite que exerce a chamada "amamentação mercenária" com a criança do senhor, e o perigo que o escravo representa para a saúde no meio doméstico ou para toda a sociedade, como responsável pela transmissão de diversas moléstias. (...) Esses estudos imprimiram, de uma certa forma, a idéia geral de que o escravo — mal alimentado, mal vestido e maltratado — tanto no campo como na cidade, era explorado ao máximo de suas forças, obrigado a cumprir uma longa jornada de trabalho. Os proprietários só se tornavam mais cuidadosos com seus escravos quando suas reservas diminuía por efeito de uma epidemia, e freqüentemente os sintomas de doenças eram desprezados como "fingimento" para faltar ao trabalho. Os maus tratos dos senhores encontravam limites mais no medo de perder o escravo pela morte ou pela fuga, e no respeito à opinião pública, que nas leis que o protegiam, pois estas raramente se cumpriam. Normalmente praticava-se o que parecia dar bons resultados para prolongar a vida dos escravos para o trabalho.⁷²

⁷⁰ Nomes e doenças retirados de escravos inventariados na região de Vassouras entre 1830-1871. (RODRIGUES, Kassia. **Os manuais de fazendeiros, o governo dos escravos e medicina no século XIX**. Disponível em: <http://www.encontro2010.rj.anpuh.org/resources/anais/8/1276739419_ARQUIVO_Osmanuaisdefazendeiros,ogovernodosescravosemedicinanoséculoXIX.pdf>. Acesso em: 25 maio 2012).

⁷¹ RODRIGUES, Kassia. **Os manuais de fazendeiros, o governo dos escravos e medicina no século XIX**. Disponível em: <http://www.encontro2010.rj.anpuh.org/resources/anais/8/1276739419_ARQUIVO_Osmanuaisdefazendeiros,ogovernodosescravosemedicinanoséculoXIX.pdf>. Acesso em: 25 maio 2012.

⁷² PÔRTO, Ângela. O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. **História, ciência, saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, Oct./Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702006000400013&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 abr. 2012.

Verificar a falta de preocupação da elite intelectual do país para com a saúde do homem trabalhador é um fato que, muito embora não seja louvável, justifica-se. Mas essa realidade não difere por completo da vivenciada na atualidade. No Brasil Império, pouco, ou quase nada, se falava em direitos sociais e dignidade da pessoa humana, o fundamental era assegurar aos detentores do capital os meios para a manutenção das suas riquezas. Contudo, nos dias atuais onde não restam mais dúvidas sobre o valor da “pessoa” trabalhadora e da imperiosa necessidade de efetivar os direitos sociais, dentre eles o direito à saúde e o direito ao trabalho digno, a pouca preocupação da Academia e dos pesquisadores com a saúde da classe trabalhadora, é um fato que assusta. Nesse sentido, a formação do Direito Sanitário do Trabalho é mais do que justificável, é imprescindível.

No mais e, retornando ao período Imperial, há de se ter presente que apesar do investimento representado pela compra de cada escravo, nem todos os senhores cuidavam da escravaria. E essa é uma questão que desperta atenção: o escravo era tido como uma mercadoria, e não como um sujeito. Porém, mercadoria tem valor! Esse descaso com a mão de obra produtiva passa a ser modificado a partir de 1850.

Acontece que em setembro de 1850 foi editada a Lei Euzébio de Queiroz que equiparava o tráfico negreiro à pirataria, e criava tribunais especiais para julgar os infratores. A partir de então, passou a haver uma preocupação mais consistente dos senhores com a mão de obra escrava, já que a oferta se tornara mais escassa, mas não sua demanda, o que provoca a valorização do preço das 'peças'.

Os proprietários procuram então dar melhor tratamento aos escravos, sem lhes reduzir a jornada de trabalho, numa tentativa de prolongar-lhes a vida útil. Essa é, no entanto, uma questão relativa que pode variar de acordo com a região, pois, apesar de constituir-se como mercadoria investida de valor, nem sempre a situação do escravo era percebida como tal. Apesar de a saúde dos escravos ser pré-condição na fixação do seu valor, soluções baratas adotadas pelos proprietários de escravos, no fornecimento de moradia, alimentos, roupas ou remédios, fizeram proliferar doenças entre eles. As mais comuns eram as doenças decorrentes dos maus tratos físicos ou do trabalho fatigante.⁷³

Após a tomada de medidas efetivas de combate ao tráfico, a escravidão estava fadada a acabar. Começavam aí, as migrações. Na medida em que o processo migratório se

⁷³ PÔRTO, Ângela. O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. **História, ciência, saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, Oct./Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702006000400013&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 abr. 2012.

intensificou, novas doenças foram surgindo. Os imigrantes chegavam ao país, e com eles, doenças até então raras como a cólera, a escarlatina e o tifo. O combate a essas doenças, principalmente à febre amarela, acabou por se revelar uma chave para o desenvolvimento da Saúde Pública no Brasil⁷⁴. A extrema virulência da enfermidade no Brasil inibia a imigração e a expansão do comércio internacional⁷⁵. Assim,

[...] com o advento das migrações, metade e final do séc. XIX e o processo de industrialização foi necessária uma atenção a saúde desta população, porém esta atenção era apenas no sentido de permitir que estes *nem tão cidadãos* pudessem continuar trabalhando, produzindo para o crescimento da Nação! Note-se que no início do séc. XX a preocupação com a saúde dos trabalhadores urbanos torna-se mais forte em função das greves dos trabalhadores, então se cria um modelo de atenção para esta população.⁷⁶

Esta fragilidade das medidas sanitárias levava a população a lutar por conta própria contra as doenças e a morte. A parcela rica da população imperial buscava assistência médica na Europa ou nas clínicas particulares da região serrana do Rio de Janeiro que nesta época começavam a surgir. Aos pobres restavam, sobretudo, os curandeiros negros, que continuavam a serem os principais responsáveis pela saúde desta parcela da população⁷⁷.

Não há como esquecer o importante papel desempenhado pelos negros em relação a seu próprio tratamento médico. A medicina africana em diversas situações mostrou-se mais eficaz aos olhos da população negra e, embora considerando-os fraudulentos, muitos brancos também arriscavam usar os serviços oferecidos pelos negros. O convívio próximo no cotidiano da cidade favoreceu o intercâmbio cultural entre senhores e escravos⁷⁸. As lojas de barbeiro abundavam nas cidades e, em geral, seus proprietários eram negros ou mulatos, hábeis

⁷⁴ A partir de 1849, com os primeiros casos de febre amarela no Estado do Rio de Janeiro, ficou demonstrada a precariedade da organização sanitária do Império. Em 1850 foi criada a junta de Higiene Publica, visando unificar os serviços sanitários do Império. Em 1885, era ainda enfatizada a mesma situação sanitária precária do Rio de Janeiro. Consolidou-se, então, a reforma dos Serviços Sanitários do Império, que foram divididos entre Serviço Sanitário Terrestre e Serviço Sanitário Marinho, sendo instituído ainda, um Conselho Superior de Saúde Pública, que teve funções normativas sobre questões de higiene e salubridade geral. (GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. **Origem das políticas de saúde pública no Brasil: Do Brasil-colônia a 1930.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf>. Acesso em: 13 dez. 11. p. 20).

⁷⁵ GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. **Origem das políticas de saúde pública no Brasil: Do Brasil-colônia a 1930.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2011. p. 20-21.

⁷⁶ VIAL, Sandra Regina Martini. Saúde e determinantes sociais: uma situação paradoxal. **Revista Comparazione e diritto civile**, v. 1, p. 1-24, 2010. p. 6.

⁷⁷ BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil.** São Paulo: Ática, 2006. p. 10.

⁷⁸ SOARES, Márcio de Sousa. Médicos e mezinheiros na corte imperial: uma herança colonial. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2001.

cirurgiões na arte de sangrar e aplicar sanguessugas. A presença dos curandeiros se dava inclusive nos quadros das Santas Casas de Misericórdia e não se limitava apenas à aplicação de sanguessugas ou à sangria: "O sangrador, de certa forma, ilustra a permeabilidade entre dois pólos de medicina – a acadêmica e a popular"⁷⁹. A prática médica no Brasil resultou, pois, de trocas e apropriações de experiências entre europeus, índios e africanos. Esse amálgama de saberes enriqueceu, desde os tempos da Colônia, o receituário de mezinhas domésticas que constituiu prática bastante comum no Brasil no século XIX, tanto na zona rural quanto nas cidades.

Acerca dos negros no Brasil Imperial, há de se referir que a partir da década de 1880 o movimento abolicionista ganhou força expressiva com a aparição de associações, jornais e o avanço da propaganda em geral, sendo que, no ano de 1888, apegavam-se à escravidão apenas os representantes das velhas zonas cafeeiras do Vale da Paraíba, cujas fortunas em declínio se concentravam nos escravos. Assim, em 13 de maio de 1888 a Princesa Isabel sancionou a abolição da escravatura. O destino dos escravos variou de acordo com a região do país, sendo que no Rio Grande do Sul ocorreu um processo de substituição de escravos, ou ex-escravos, por imigrantes, nas oportunidades de trabalho regular⁸⁰.

As iniciativas do governo no sentido de extinguir o sistema escravocrata provocaram fortes ressentimentos nos proprietários rurais, e não só entre eles. Os fazendeiros de café do Vale da Paraíba desiludiram-se do Império, de quem esperavam uma atitude de defesa de seus interesses. Com isso, o regime perdeu sua principal base de apoio. Este descontentamento da burguesia cafeeira, aliado a várias revoltas por parte do exército, dentre outras causas de menor peso, acabaram por derrubar o regime monárquico. Assim, em 15 de novembro de 1889 o Brasil passa de Império para República⁸¹.

Sobre o período imperial brasileiro, há de se referir ainda que foi naquela fase que surgiu o embrião do que hoje se conhece por Previdência Social. O sistema adotado em nada se parecia com o atual, uma vez que não era difundido entre as diferentes categorias profissionais, restringindo-se aos mais abastados do império. O primeiro texto em matéria de

⁷⁹ PIMENTA, Tânia Salgado. Terapeutas populares e instituições médicas na primeira metade do século XIX. In: Chalhoub, Sidney et al. (Org.). **Artes e ofícios de curar no Brasil**. Campinas: Ed. Campinas, 2003. p. 307-330.

⁸⁰ FAUSTO, Boris. **História Concisa do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006. p. 123-124.

⁸¹ FAUSTO, Boris. **História Concisa do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006. p.131-133.

Previdência Social no Brasil foi expedido em 1821, pelo ainda Príncipe Regente Dom Pedro de Alcântara. Trata-se de um decreto de 1º de outubro daquele ano, concedendo aposentadoria aos mestres e professores após 30 anos de serviço, e assegurado um abono de ¼ (um quarto) dos ganhos aos que continuassem em atividade⁸².

Em 1835, deu-se a instituição do Montepio Geral da Economia dos Servidores do Estado (MONGERAL), entidade privada organizada segundo o mutualismo, sistema no qual várias pessoas se associam e se cotizam para a cobertura de certos riscos, mediante a repartição dos encargos com todo o grupo. Trata-se de um antecessor dos modernos fundos de pensão⁸³.

Em similar sentido, o Código Comercial de 1850 dispôs em seu art. 79, que “acidentes imprevistos e inculcados, que impedirem aos prepostos o exercício de suas funções, não interromperão o vencimento de seu salário, contanto que a inabilitação não exceda três meses contínuos”⁸⁴. Já a Constituição Federal de 1891, em seu art. 75, dispôs que a “aposentadoria só poderá ser dada aos funcionários públicos em caso de invalidez no serviço da Nação”⁸⁵.

Visto isso, há de se dizer que o período imperial da história brasileira encerrou-se sem que o Estado solucionasse os graves problemas de saúde da coletividade. Tentativas foram feitas, mas sem os efeitos desejados e, ao final do Reinado, o Brasil mantinha a fama de ser um dos países mais insalubres do planeta⁸⁶. De igual forma, o Brasil chegou à fase Republicana sem que o Estado tivesse dispensado maiores atenções aos trabalhadores como um todo.

A preocupação do Estado para com a Saúde Pública só se deu com a intensificação da mão de obra imigrante, e mesmo assim foi insuficiente. Os imigrantes desembarcavam nos portos brasileiros trazendo consigo doenças até então raras no país. Assim, mais uma vez preocupado em garantir o trabalho dessa mão de obra barata que aqui chegava e assegurar os interesses do capital, o governo passou a adotar medidas sanitárias. Essas medidas não

⁸² PREVIDÊNCIA social brasileira. Disponível em: <<http://pt.oboulo.com/previdencia-social-brasileira-66866.html>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

⁸³ DIAS, Eduardo Rocha; MACEDO, José Leandro Monteiro de. **Curso de direito previdenciário**. São Paulo: Método, 2008. p. 79.

⁸⁴ DIAS, Eduardo Rocha; MACEDO, José Leandro Monteiro de. **Curso de direito previdenciário**. São Paulo: Método, 2008. p. 79.

⁸⁵ BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil (de 24 de fevereiro de 1891)**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao91.htm>. Acesso em: 10 jun. 2012.

⁸⁶ BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2006. p. 10-11.

procuravam assistir ao homem trabalhador, como também ocorrera com os escravos. Procuravam sim, viabilizar o trabalho e manter a estrutura agrocafeeira.

Vê-se, pois, que o período Imperial manteve basicamente a mesma estrutura social do período colonial. Marcado pela prática escravagista, que só foi considerada ilegal no último ano do regime, a preocupação com a saúde do trabalhador se dava exclusivamente para garantir a produtividade e assegurar os lucros. Quanto à questão previdenciária, algumas poucas medidas foram adotadas, mas essas se restringiam a poucas e privilegiadas categorias profissionais. Esta situação é profundamente alterada ao longo do atual período republicano, sendo desenvolvido o sistema de Saúde Pública e avançando as legislações protetivas de direito dos trabalhadores, gerando melhores condições de vida e, conseqüentemente, de produtividade. Pois, foi no início da República, “que la sociedade brasileña empezó la constitución de su Estado moderno, marcado por el predominio de los grupos sociales unidos a la agroexportación de café. Fue ahí que surgió la salud publica em Brasil, lo que represento el profundo cambio de las prácticas dominantes hasta hoy”⁸⁷.

2.4 A SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL REPÚBLICA

Falar no nascimento de um Direito Sanitário do Trabalho só se torna possível se averiguada a evolução dos fatos que o embasam. Desta forma, verificou-se a maneira pela qual o trabalho e o direito à saúde foram vistos no Brasil até a proclamação da República em 1989, podendo-se concluir que do descobrimento do país até a sua independência, pouquíssimo se fez para assegurar saúde à população em geral e, muito menos para dignificar a atividade laboral. Contudo, a situação passou a se modificar no contexto republicano, como se verá, ao ponto de hoje ser possível a defesa do Direito proposto.

A história da legislação social no Brasil pode ser contada a partir da implantação do Estado Republicano em 1889, embora Dario Bittencourt destaque que já no Livro IV, títulos XXIV a XLV, das “Ordenações Filipinas”, que tiveram vigência no Brasil a partir de 1595,

⁸⁷ ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **Sistema de salud em Brasil: normas, gestión y financiación**. São Paulo: Hucitec; Sobral: Uva, 2002. p. 19.

cogitava-se da “situação dos criados, pagamento de seus serviços e soldadas e respectiva prova, despedida do emprego, etc.”⁸⁸.

Ocorre que a necessidade de atualizar a economia e a sociedade – escravagista, até pouco antes – com o mundo capitalista mais avançado forçou a redefinição dos trabalhadores brasileiros como capital humano, dada a percepção de que as funções produtivas eram – e ainda são – a fonte geradora das riquezas das nações. A capacitação física e intelectual dos operários e dos camponeses tornou-se o caminho para alterar a história do país, considerado no exterior como “região bárbara”. “Nesse contexto, a medicina assumiu o papel de guia do Estado para assuntos sanitários, comprometendo-se a garantir a melhoria da saúde individual e coletiva e, por extensão, a defesa do projeto de modernização do país”⁸⁹.

Conforme afirma Bertolli Filho,

A idéia de que a população constituía capital humano e a incorporação dos novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos às práticas de proteção da saúde coletiva levaram os governos republicanos, pela primeira vez na história do país, a elaborar minuciosos planos de combate às enfermidades que reduziam a vida produtiva, ou “útil”, da população.⁹⁰

A contínua intervenção do Estado nas questões relativas à saúde individual e coletiva ensejou o desenvolvimento de uma política de saúde que, por sua vez, não existiu sozinha, mas articulou-se com os projetos e as diretrizes governamentais voltadas para outros setores da sociedade, tais como educação, alimentação, habitação, transporte e, em especial, trabalho.

Para Márcia Picarelli,

Até o final do século XIX, o trabalhador assalariado não possuía qualquer direito que lhe amparasse quando se encontrava impedido de laborar. Ou recorria à solidariedade familiar, de vizinhos ou de religiosos, ou sucumbia à sua própria sorte. Estando, pois, o trabalhador com saúde relativa (eis que inexistia aquele homem que goza de saúde absoluta) laborava, e lhe eram aplicáveis as normas legais pertinentes e em vigor à época, fossem elas civis e depois, trabalhistas. Porém, quando atingido pela doença, comum ou profissional, somente quando o Estado interveio e a sociedade legislou a respeito do seguro social, no final de século XIX, é que o trabalhador se viu amparado por direitos previdenciários (ou securitários), que lhe garantiram, a partir de então, o

⁸⁸ BITTENCOURT, Dário de. **Das ordenações Filipinas à Creação do Ministério do Trabalho**: A legislação social trabalhista brasileira anterior a 1930. Porto Alegre: Tipografia Thurmman, 1938. p. 4.

⁸⁹ BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2006. p. 12.

⁹⁰ BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2006. p. 14.

pagamento de um benefício substituidor de salários, afim de que pudesse prover a si e à sua família dos meios básicos de subsistência⁹¹.

O perfil da sociedade brasileira foi se transformando, e com ela, o perfil da mão de obra. Os imigrantes que aqui desembarcaram para trabalhar na lavoura, paulatinamente foram se transferindo para os centros urbanos, a ponto de que em 1920 já havia uma predominância de operários imigrantes no cenário brasileiro. “Essa situação – agravada pela intensa utilização do trabalho de mulheres e crianças – por outro lado, provocou um excesso de mão de obra no setor urbano, propiciando baixíssimos níveis de salários, além de condições de trabalho bastante adversas”⁹².

Segundo relata Maria Aparecida Guzzo de Decca,

A jornada de trabalho era muito extensa: variava de 10 a 14 horas por dia, chegando às vezes a se prolongar por mais tempo ainda. Registram-se casos em que o trabalho operário era de 15 horas (por exemplo, na fábrica têxtil Santa Rosália, na periferia de Sorocaba) e até mesmo de 17 horas (por exemplo, na fábrica Mariângela dos Matarazzo, onde os operários trabalhavam sem interrupção das 5 às 22 horas, em 1907).⁹³

Por conta deste quadro, um forte movimento grevista desenvolveu-se no Brasil, especialmente entre 1917 e 1920, ensejando do Estado uma postura mais ativa em relação às medidas legislativas de proteção ao trabalhador, o que efetivamente ocorreu, mas acabou por não surtir efeitos práticos. Nesse período, chegou a ser proposto ao Congresso Nacional um projeto de Código do Trabalhador que previa, dentre outros direitos, jornada de oito horas, proteção do trabalho das mulheres e crianças e licença para trabalhadoras grávidas. Contudo, o projeto foi rechaçado pelos industriais e vetado pelos congressistas.⁹⁴

⁹¹ PICARELLI, Márcia Flávia Santini. Direito Sanitário do Trabalho e da Previdência Social. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 225.

⁹² MAIOR, Jorge Luiz Souto. Breves considerações sobre a história do direito do trabalho no Brasil. In: CORREIA, Marcus Orione Gonçalves (Org.) **Curso de direito do trabalho: teoria geral do direito do trabalho**. São Paulo: LTr, 2007. v. 1. p. 72.

⁹³ DECCA, Maria Aparecida Guzzo de. **Indústria, trabalho e cotidiano: Brasil, 1989 a 1930**. São Paulo: Atual, 1991. p. 13.

⁹⁴ MAIOR, Jorge Luiz Souto. Breves considerações sobre a história do direito do trabalho no Brasil. In: CORREIA, Marcus Orione Gonçalves (Org.) **Curso de direito do trabalho: teoria geral do direito do trabalho**. São Paulo: LTr, 2007. v. 1, p. 72.

Nessa época, as relações de trabalho eram regidas pelos regulamentos interno das empresas, que se pautavam pelo desiderato de impor disciplina no âmbito das fábricas, chegando até a impor “multas e castigos físicos para pequenas falhas ou atos julgados condenáveis no interior do espaço fabril”⁹⁵.

Essa situação perdurou ainda por um bom tempo, sendo que somente entre 1919 e 1930 criou-se no Brasil uma cultura de respeito à legislação protetiva de direitos dos trabalhadores. Conforme assevera Dario de Bittencourt, a Lei n. 3.742, de 15 de janeiro de 1919, regulada pelo Decreto n. 13.498, de 12 de março, que tratava de acidentes de trabalho, “[...] foi, em verdade, a primeira lei social-trabalhista EFETIVAMENTE CUMPRIDA, si bem que só nos grandes centros, de vez que todas as demais, salvante casos esporádicos da bôa vontade patronal, não passaram de letra morta, existindo, apenas, [...] no papel”⁹⁶.

Em verdade, salvo casos excepcionais, no que se refere aos direitos sociais, dentre eles o Direito do Trabalho, só houve avanços significativos no cenário brasileiro a partir de 1930, época em que se desenvolveram políticas populistas em um contexto em que praticamente inexistiam direitos civis assegurados.

Assim, a Constituição Federal de 1934 criou a Justiça do Trabalho que, contudo, só restou organizada depois do Golpe de Estado de 1938. Em 2 de maio de 1939, por meio do Decreto-lei n. 1237, restou efetivamente organizada esta Justiça especializada. O artigo 1º do referido decreto dispunha que: “Os conflitos oriundos das relações entre empregadores e empregados, reguladas na legislação social, serão dirimidos pela Justiça do Trabalho”. Dessa forma, em 1º de maio de 1941, instalou-se a Justiça do Trabalho em todo o território nacional, incorporando-se a mesma ao Poder Judiciário com a Constituição Federal de 1946.

Após a promulgação da Consolidação das Leis do Trabalho, por Getúlio Vargas em 1943, o Brasil passou de um período em que as reivindicações trabalhistas eram apenas incipientes ou esparsas para um período de “institucionalização do ramo jurídico trabalhista”⁹⁷.

Para Guilherme Figueiredo,

⁹⁵ DECCA, Maria Aparecida Guzzo de. **Indústria, trabalho e cotidiano**: Brasil, 1989 a 1930. São Paulo: Atual, 1991. p. 14.

⁹⁶ BITTENCOURT, Dário de. **Das ordenações Filipinas à Creação do Ministério do Trabalho**: A legislação social trabalhista brasileira anterior a 1930. Porto Alegre: Tipografia Thurmann, 1938. p. 40.

⁹⁷ DELGADO, Mauricio Godinho. **Curso de Direito do Trabalho**. 10. ed. São Paulo: LTr, 2011. p. 111.

Não seria exagero afirmar, portanto, que o Direito do Trabalho surgiu com a finalidade precípua de promover a proteção da vida e da saúde dos trabalhadores. Ele foi, em sua origem, um ramo do Direito diretamente vinculado à promoção da saúde e de um meio ambiente sadio. As primeiras normas de Direito do Trabalho – num evidente paralelo com as normas de Direitos Humanos – diziam respeito a obrigações negativas (direito à integridade física e mental, de não praticar atos que pudessem colocar em risco a saúde do trabalhador) e a obrigações positivas (de serem tomadas as providências cabíveis para a proteção e preservação da saúde do trabalhador, aqui incluídas as medidas de prevenção de enfermidades).⁹⁸

Para melhor compreender a extensão do direito à saúde do trabalhador, é necessário visualizar uma questão antecedente, qual seja a valorização do trabalho como tutela jurídica, a partir da qual se denota uma mudança de comportamento e de visão em relação aos trabalhadores e ao trabalho propriamente dito.

O nascimento do direito à saúde do trabalhador é resultado de uma visão mais dignificante do trabalho. A lei é reflexo do senso moral médio da sociedade, respondendo aos anseios preponderantes da população e protegendo os valores que lhe são mais caros. Na medida em que se alteram os valores sociais, modificam-se as leis, numa contínua busca pela igualdade e pela justiça e, sempre almejando não separar o mundo do Direito da realidade fática que lhe embasa. Dessa forma, no momento em que se passou a entender o verdadeiro valor do trabalho, passou-se a valorar a pessoa que o executa, em todos os seus aspectos.

Se, anteriormente ao desenvolvimento industrial do país o trabalhador era tido como um ser humano desmerecedor de respeito e atenção, com a industrialização o cenário começou a mudar. O trabalhador passou a ser a peça chave para a manutenção e o aceleração da produção nas empresas, e, muito embora não houvesse uma preocupação efetiva com o bem físico, psíquico, e social dos obreiros, gradativamente a força de trabalho passou a ser tida como indispensável.

Indubitavelmente, essa mudança na forma de se ver as relações de trabalho humanas não se deu, primeiramente, com o intuito de proteger o trabalhador ou de dignificar suas condições de trabalho. Deu-se, sim, porque se viu no trabalhador uma peça indispensável para o funcionamento das fábricas e indústrias, que dele dependiam para a aceleração do crescimento

⁹⁸ FIGUEIREDO, Guilherme José Purvin de. **Direito ambiental e a saúde dos trabalhadores**. São Paulo: LTr, 2000.p. 22.

econômico que se vislumbrava – assim como ocorreu em âmbito global após a Revolução Industrial.

Neste cenário, o Direito do Trabalho surge como “produto do capitalismo, atado à evolução histórica desse sistema, retificando-lhe distorções econômico-sociais e civilizando a importante relação de poder que sua dinâmica econômica cria no âmbito da sociedade civil, em especial no estabelecimento e na empresa”⁹⁹.

Acentuado o processo de industrialização no país, surgem as primeiras leis a dispor sobre a saúde dos trabalhadores. Estas leis não visavam especificamente à manutenção da boa saúde e a integridade física dos trabalhadores, mas sim, remediar os casos de acidente já sofridos, o que geralmente se dava tão somente com o pagamento de indenizações às vítimas ou às suas famílias.

Segundo Oliveira,

O incremento da industrialização, a partir do século XIX, aumentou o número de mutilados e mortos provenientes das precárias condições de trabalho. Os reflexos sociais desse problema influenciaram o advento de normas jurídicas para proteger o acidentado e seus dependentes de modo a, pelo menos, remediar a situação.¹⁰⁰

Desta forma, na tentativa de amenizar os danos causados pelos infortúnios sofridos no trabalho, foram elaboradas no Brasil as primeiras diretrizes jurídicas acerca da proteção à saúde do trabalhador. O verdadeiro ideal dessas diretrizes não era o de proteger a saúde dos trabalhadores, mas, sim, o de reduzir os danos já causados ao obreiro e, com isso, garantir a continuidade dos negócios.

Durante um grande período da história brasileira, as políticas de Saúde Pública e as legislações assecuratórias de direito à saúde foram privilégios concedidos a poucas categorias de trabalhadores, que geralmente compunham os quadros de grandes empresas e indústrias, ao passo que a maciça maioria dos trabalhadores ficava desprotegida.

⁹⁹ DELGADO, Mauricio Godinho. **Curso de Direito do Trabalho**. 10. ed. São Paulo: LTr, 2011. p. 83.

¹⁰⁰ OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Proteção Jurídica à saúde do trabalhador**. 2. ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: LTr, 1998. p. 185.

Todavia, não se pode esquecer que existia, em decorrência da necessidade de manter a força de trabalho em condições produtivas, uma preocupação empresarial com a assistência médica. Em pesquisa feita pelo Departamento Estadual do Trabalho de São Paulo, entre 1911 e 1919 verificou-se que 50% das fábricas possuíam médicos clínicos, segundo levantamento feito em 30 fábricas. Esse atendimento, no entanto, era reservado somente aos operários com “bom comportamento”, e era descontado dos salários¹⁰¹.

Na medida em que os interesses homogêneos das diferentes classes de trabalhadores passaram a emergir, algumas ambiguidades passaram a ser vistas na sociedade. De um lado se evidenciou o surgimento de grupos de cidadãos incluídos e protegidos e, de outro, de um amplo grupo de excluídos, desamparados e marginalizados¹⁰².

Conforme Marco Aurélio Nogueira,

A “era dos direitos” acabou, assim, por produzir um certo impasse no campo da cidadania. Afinal, os que se organizaram com maior competência podem se fazer representar de modo mais qualitativamente superior e, nessa medida, podem participar melhor da vida pública, influenciar os mecanismos de decisão, conquistar direitos e posições mais vantajosas na escala distributiva.¹⁰³

Exemplo impar dessa situação é a Lei Elói Chaves, de 1923. Marco referencial na história do Direito do Trabalho e do direito à saúde do trabalhador no Brasil, a referida lei criou as Caixas de Aposentadoria e Pensão, instituições mantidas por empresas privadas que passaram a assistir previdenciariamente seus empregados. Sem a participação da União, as Caixas surgiram das reivindicações dos ferroviários e destinavam-se a prestar assistência médica aos membros da categoria e a seus familiares, bem como a fornecer medicamentos a preços reduzidos e conceder aposentadorias aos empregados e pensões aos herdeiros¹⁰⁴.

¹⁰¹ ROCHA, Liz E.; NUNES, Everaldo D. Saúde e trabalho no Brasil. In: BUSCHINELLI, José T. P.; ROCHA, Liz E.; RIGOTTO, Raquel M. **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1993. p. 79-137.

¹⁰² NOGUEIRA, Marco Aurélio. O desafio de construir e consolidar direitos no mundo globalizado. **Revista Serviço Social e Saúde**, n. 82, ano XXVI, jul. 2005. p. 8.

¹⁰³ NOGUEIRA, Marco Aurélio. O desafio de construir e consolidar direitos no mundo globalizado. **Revista Serviço Social e Saúde**, n. 82, ano XXVI, jul. 2005. p. 8.

¹⁰⁴ INDRIUNAS, Luís. **HowStuffWorks** – História da saúde pública no Brasil. Publicado em 27 de dezembro de 2007 (atualizado em 10 de julho de 2008). Disponível em: <<http://pessoas.hsw.uol.com.br/história-da-saude.htm>>. Acesso em: 29 jan. 2012.

O direito à saúde do trabalho no Brasil foi um “benefício” concedido inicialmente a algumas e privilegiadas categorias profissionais, que em regra compunham o quadro de grandes empresas ou corporações. Assim se deu com os ferroviários, que formaram suas Caixas ainda em 1923; com os estivadores e marítimos, que estruturaram as referidas instituições em 1926; e com empregados de empresas de grande porte, que não sem intensas manifestações, obtiveram do setor patronal o “privilégio” de contar com Caixas de assistência de aposentadoria e pensões para remediar eventuais infortúnios¹⁰⁵.

Contudo, muito embora os evidentes avanços proporcionados pela Lei Elói Chaves a determinadas categorias profissionais, grande parte dos trabalhadores continuavam obrigados a recorrer à filantropia dos tempos do Brasil Colônia e Brasil Império, uma vez que não se enquadravam nas exigências da lei.

Ademais, em um primeiro momento essas “Caixas” se destinavam a proteger tão somente os empregados que trabalhavam na zona urbana e que, via de regra, eram os funcionários dos grandes grupos e empresas, o que excluía do alcance da lei grande parte dos trabalhadores que naquela época trabalhavam na zona rural ou integravam o quadro de pequenas empresas.

A partir de 1930, com a ascensão de Getúlio Vargas ao poder, essa realidade começa a ser modificada. Ainda no mesmo ano foi criado o Ministério da Educação e da Saúde no Governo Provisório. Em 1º de outubro de 1931 foi publicado o Decreto nº 20.465, que reformou a legislação das Caixas de Aposentadorias e Pensões. O Decreto estabeleceu, entre outros, a obrigatoriedade da instituição das referidas Caixas para os *empregados dos serviços públicos de transporte, de luz, força, telégrafos, telefones, portos, águas, esgotos e outros*, quando explorados diretamente pela União, pelos Estados, Municípios ou por empresas privadas¹⁰⁶.

Em 13 de janeiro de 1937, também em ato do Governo Provisório de Getúlio Vargas, foi publicada a Lei 378, que instituiu a Conferência Nacional de Saúde – CNS, a realizar-se em intervalos de no máximo dois anos, com a participação de autoridades administrativas representando o Ministério da Saúde e o Governo dos Estados, Territórios e Distrito Federal e

¹⁰⁵ Outros exemplos bem sucedidos das Caixas são a CASSI – Caixa de Assistência formada por funcionários do Banco do Brasil em 1944 e a Fundação Rubem Berta, fundada em 1945, pelos empregados da antiga Varig.

¹⁰⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. In: ARANHA, Márcio Iorico (Org.). **Direito sanitário e Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 16.

convidados especiais do Ministério da Saúde. Naquela época, ainda não se cogitava a participação dos municípios, nem dos usuários ou trabalhadores do setor.

Em 25 de julho de 1953, pela Lei nº 1.920, foi criado o Ministério da Saúde e, em 1º de maio de 1954, pelo Decreto nº. 35.448, o Presidente Getúlio Vargas expediu o “Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadorias e Pensões”, assegurando-lhes o caráter de serviço público descentralizado da União, vinculados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, com natureza autárquica, estabelecendo um novo plano de benefícios, contribuições, seguros facultativos e administração.

O Regulamento estabelecia a finalidade de todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs – existentes:

Art. 1º - Os Institutos de Aposentadorias e Pensões têm por fim assegurar aos seus beneficiários os meios indispensáveis de manutenção, quando não se achem em condições de angariá-los por motivo de idade avançada, incapacidade, ou morte daqueles de quem dependiam economicamente, bem como a prestação de serviços que visem à proteção de sua saúde e concorram para o seu bem-estar.¹⁰⁷

Influenciadas pelo modelo sindicalista de Vargas, os IAPs eram dirigidos por entidades sindicais e não mais pela iniciativa privada. Possuindo função similar às Caixas, esses institutos eram mantidos por contribuições aos sindicatos que começavam a adquirir forças nesse período, ao passo que a União continuava a se eximir de financiar as medidas protetivas – ou compensatórias – do direito à saúde do trabalhador.

Passadas cerca de três décadas, os IAPs foram transformados no antigo INPS – Instituto Nacional da Previdência Social – no ano de 1966. No que se refere ao período compreendido entre a criação dos IAPs e o fim da década de 1970, vale transcrever a passagem de Indriunas, que bem elucida o cenário da época. Refere o autor que:

Dos anos 40 a 1964, início da ditadura militar no Brasil, uma das discussões sobre Saúde Pública brasileira se baseou na unificação dos IAPs como forma de tornar o sistema mais abrangente. É de 1960 a Lei orgânica da Previdência Social, que unifica os IAPs em um regime único para todos os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que excluía trabalhadores rurais, empregados domésticos

¹⁰⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. In: ARANHA, Márcio Iorico (Org.). **Direito sanitário e Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 23.

e funcionários públicos. É a primeira vez que, além da contribuição dos trabalhadores e das empresas, se definia efetivamente uma contribuição do Erário Público. Mas tais medidas foram ficando no papel. A efetivação dessas propostas só aconteceu em 1967 pelas mãos dos militares com a unificação de IAPs e a consequente criação do **INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL (INPS)**. Surgiu então uma demanda muito maior que a oferta. A solução encontrada pelo governo foi pagar a rede privada pelos serviços prestados à população. Mais complexa, a estrutura foi se modificando e acabou por criar o **Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps)** em 1978, que ajudou nesse trabalho de intermediação dos repasses para iniciativa privada. Um pouco antes, em 1974, os militares já haviam criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que ajudou a remodelar e ampliar a rede privada de hospitais, por meio de empréstimos com juros subsidiados. Toda essa política acabou proporcionando um verdadeiro boom na rede privada. De 1964 a 1984, o número de leitos privados cresceu cerca de 500%. De 74.543 em 1969 para 348.255 em 1984. Como pode se ver o modelo criado pelo regime militar era pautado no pensamento da medicina curativa. Poucas medidas de prevenção e sanitárias foram tomadas. A mais importante foi a criação da **Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam)**.¹⁰⁸

A Seguridade seguiu os passos do desenvolvimento econômico brasileiro, que de uma economia agrário-exportadora mudou-se para a urbano-industrial. Assim, o acesso aos direitos sociais esteve vinculado à importância e à capacidade de organização de determinadas classes de trabalhadores. Segundo Cohn¹⁰⁹, a Seguridade Social representou, ao mesmo tempo, uma resposta às reivindicações e um mecanismo de controle da força de trabalho.

Com o golpe militar e a implementação do regime autoritário e centralizador, o Estado brasileiro passou a assumir o controle total da seguridade social, “excluindo os trabalhadores do núcleo decisório, embora esse já fosse bastante limitado, e transferindo-o para a tecnoburocracia (com a unificação dos institutos por categoria e as caixas de pecúlio, criando, em 1966, o já extinto Instituto Nacional da Previdência Social – INPS)”¹¹⁰. O discurso estatal da época pode ser exemplificado pela palestra de Martinus Pawel, médico servidor do INPS, intitulada “Saúde no Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social do Governo da União”, proferida em julho de 1966:

Como corolário, devem merecer prioridade as atividades que favoreçam o nível de saúde dos adultos produtivos e dos adolescentes em vias de se tornarem produtivos, com uma atenção menor para os demais grupos etários (...). Aos que, por motivos sentimentais, clamam por outra ordem de prioridade, diga-se que mantendo vivos e

¹⁰⁸ INDRIUNAS, Luís. **HowStuffWorks** – História da saúde pública no Brasil. Publicado em 27 de dezembro de 2007 (atualizado em 10 de julho de 2008). Disponível em: <<http://pessoas.hsw.uol.com.br/história-da-saude.htm>>. Acesso em: 29 jan. 2012.

¹⁰⁹ COHN, Amélia. **A Previdência Social e o Processo Político no Brasil**. São Paulo: Moderna, 1980.

¹¹⁰ NARDI, Henrique Caetano. **Saúde, trabalho e discurso médico: relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho**. São Leopoldo: Ed. da UNISINOS, 1999. p. 46.

capazes os que trabalham para a manutenção da família, são favorecidos também os dependentes.¹¹¹

A interpretação do discurso de Pawel permite entender como o sistema de saúde no Brasil se desenvolveu a partir da assistência dos trabalhadores urbanos. A lógica era garantir a produção e não a saúde do proletariado e, nesse novo cenário, a importância dos trabalhadores rurais – e dos “sem trabalho” – era diminuta.

Conforme Soraya Vargas Cortês, até a década de 1970, os mecanismos participativos na área de educação e previdência no Brasil não possuíam um caráter verdadeiramente deliberativo e tampouco contavam com a efetiva participação dos usuários, fossem eles trabalhadores, pais, ou alunos. A participação de representantes dos trabalhadores em instâncias administrativas ou de fiscalização da Previdência Social remonta às Caixas de Aposentadorias e Pensões e aos IAPs e, ainda assim, a independência dos representantes de determinados grupos frente ao órgão previdenciário e às suas capacidades de pressão variaram bastante de acordo com o período. No período do regime militar, por exemplo, houve a supressão da participação dos representantes dos trabalhadores contribuintes em órgãos decisórios ou consultivos da Previdência Social¹¹².

O modelo de políticas de Saúde Pública adotado pelo governo militar brasileiro foi o hospitalocêntrico, isto é, o governo preocupou-se em construir inúmeros conglomerados hospitalares, país a fora, mas não se preocupou com a adoção de ações e serviços capazes de prevenir o surgimento de moléstias. O modelo adotado no país colocava o hospital no centro de todo o sistema de saúde e acabava por focá-lo apenas na busca pela cura das enfermidades existentes, sem adotar medidas preventivas que visassem coibir doenças, bem como evitar um futuro colapso do sistema de saúde, o que já se anunciava.

Paradoxalmente no período ditatorial, surgiu o Movimento pela Reforma Sanitária¹¹³ Brasileira, constituído inicialmente por parcela da intelectualidade acadêmica e dos

¹¹¹ POWEL, Martinus *apud* POSSAS, Cristina. **Saúde e Trabalho**. São Paulo: Hucitec, 1989.

¹¹² CÔRTEZ, Soraya M. Vargas. Arcabouço histórico institucional e a conformação de conselhos municipais de políticas públicas. **Educ. Ver.** [online], n. 25, p. 143-174, 2005. Disponível em: <<http://educa.fcc.org.br/pdf/er/n25/n25a10.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2012.

¹¹³ Reforma Sanitária é um conceito amplo e se refere “ao processo de uma transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do

profissionais da área de saúde, caracterizando-se como oposição às propostas implementadas pelos governos militares. Instituições como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO e alguns Núcleos de Saúde Coletiva das Universidades Públicas, tiveram papel fundamental nesse processo¹¹⁴.

A partir da década de 1980 – mais especificamente entre 1983 e 1989 – foram implantadas as Ações Integradas de Saúde – AIS, por meio do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados – SUDS. O Programa propunha incorporar alguns princípios propostos pelo Movimento da Reforma Sanitária, efervescente naquele momento, para superar o modelo vigente de organização das ações e dos serviços de saúde. Buscaram-se formas de organização descentralizada, integrada e democratizada, por meio de gestão colegiada entre as instituições direta ou indiretamente relacionadas com o setor público, com os seus recursos e suas atividades de governo. Adotaram-se diretrizes como a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde especializados e a implementação dos distritos sanitários (BRASIL, 2003, p. 37).

O Movimento Sanitário cresceu e ganhou legitimidade, atingindo outros segmentos da sociedade como sindicatos e centrais sindicais, os movimentos populares de saúde, alguns gestores e parlamentares. Iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, o movimento avançou na produção de conhecimento, na crítica ao modelo da política de saúde vigente e na denúncia sobre a situação de saúde da população. As principais reivindicações eram dirigidas basicamente à construção de uma política de saúde efetivamente democrática, planejada e implementada com a participação da sociedade civil, com base na descentralização, na universalidade do acesso às ações e serviços de saúde, na integralidade da atenção e no comando único, com elementos essenciais para a reforma do setor. Para isso, era necessária uma nova concepção de Estado que se fundasse na cooperação, na integração, na complementariedade e na solidariedade, capaz de responder às necessidades da população, identificadas com critérios epidemiológicos e sociais e por uma nova redefinição das atribuições das três esferas¹¹⁵.

Estado”. (TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1989. p. 39).

¹¹⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. In: ARANHA, Márcio Iorico (Org.). **Direito sanitário e Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 36.

¹¹⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. In: ARANHA, Márcio Iorico (Org.). **Direito sanitário e Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 37.

De 17 a 21 de março de 1986, considerada como a *pré-Constituinte da Saúde*, realizou-se em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com a participação de aproximadamente cinco mil pessoas. Tida como um marco histórico da Saúde Pública no Brasil, nela consagraram-se, para a organização do Sistema de Saúde brasileiro, os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária.

Foi a primeira CNS a contar com uma massiva participação popular –representantes da sociedade civil organizada. Esse evento foi um marco importante na conformação da política de saúde brasileira. Na Conferência foram, enfim, definidas as bases para a reforma sanitária, sendo criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, com a função de elaborar a “Proposta para o Componente Saúde da Nova Constituição Brasileira” e a “Proposta de Conteúdo para uma Nova Lei do Sistema Nacional de Saúde” a serem entregues à Assembleia Nacional Constituinte, que culminou com a promulgação da Constituição Federal de 1988, em cujos capítulos se inseriram tanto direitos trabalhistas como a criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Não há dúvidas de que tanto o direito ao trabalho digno quanto a saúde são fundamentais para a manutenção de uma vida plena. Também não restam dúvidas de que desde os tempos mais remotos os trabalhadores enfrentam condições de trabalho desumanas e degradantes; contudo, só recentemente que os legisladores e estudiosos têm se preocupado de forma mais contundente com a saúde do trabalhador, tanto no aspecto preventivo, quanto no curativo.

Cumprir lembrar que na esfera constitucional, o direito à saúde passou por uma longa trajetória de descaso. As Constituições de 1824 e 1891 omitiram-se no assunto. Já a Constituição de 1934, de cunho mais social, expressou preocupação com a questão do Direito Sanitário, fazendo referência à previsão de medidas legislativas e administrativas alusivas à diminuição da mortalidade infantil, além de higiene social.

Porém, a preocupação do texto constitucional de 1934 não era com a saúde propriamente dita, enquanto direito fundamental, mas sim com o combate às doenças, já que as enfermidades poderiam causar prejuízos aos negócios de exportação do Brasil. A referida constituição também incumbiu a União, os estados e os municípios de adotarem medidas protetivas,

tendentes a impedir a propagação de doenças transmissíveis e a cuidar da higiene mental, incentivando a luta contra os venenos sociais¹¹⁶.

As Constituições posteriores, de 1937 e 1946, por sua vez, voltaram a se omitir sobre a questão, evidenciando o descaso com esta temática. A carta promulgada por Vargas em 1937, instituiu no artigo 16 a competência da União para legislar sobre normas de defesa da saúde, com ênfase na saúde das crianças. Estabeleceu, também, a possibilidade, via delegação, de os estados-membros legislarem sobre a referida matéria. Segundo Vial, é visível a característica de paradoxalidade, bem como de complexidade do Governo Vargas, pois “realizou” o reconhecimento ao direito à saúde, mas, em contrapartida, não fez alusão alguma aos meios de implementação¹¹⁷.

O Texto Constitucional posterior, de 1967, foi um tanto quanto mais “ousado” fazendo menção à saúde por meio dos planos nacionais de educação e saúde, e pela garantia aos trabalhadores à higiene e à segurança no trabalho, bem como à assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva. Essa Constituição foi profundamente emendada em 1969, sendo nela absorvidos instrumentos ditatoriais como o AI-5, de 1968; após essas emendas vivenciou-se uma inovação na área da saúde, a partir da obrigatoriedade dos municípios em aplicar 6% (seis por cento) do valor que lhes era creditado em decorrência do Fundo de Participação dos Municípios nos Programas de Saúde, na atenção local. No entanto, o período continuou marcado por políticas públicas voltadas ao tratamento de doenças e não na promoção da saúde como um todo.

Há de se ter presente ainda, que até a promulgação da atual Constituição, a Saúde Pública não era extensiva a todos os cidadãos, limitando-se àqueles que contribuíssem para a Previdência Social, àqueles com vínculo de emprego formal, ou seja, aos empregados, e não aos trabalhadores. Assim, “o atendimento à saúde da população excluída do mercado formal não configurava um direito dos cidadãos, não constituía uma obrigação do Estado decorrente de exigência Constitucional”¹¹⁸. Todavia, as prestações de serviços que beneficiavam essa parcela da população com vínculo empregatício formal não se davam em reconhecimento à

¹¹⁶ VIAL, Sandra Regina Martini. Saúde e determinantes sociais: uma situação paradoxal. **Revista Comparazione e diritto civile**, v. 1, p. 1-24, 2010.

¹¹⁷ VIAL, Sandra Regina Martini. Saúde e determinantes sociais: uma situação paradoxal. **Revista Comparazione e diritto civile**, v. 1, p. 1-24, 2010.

¹¹⁸ MARQUES, Silvia Badim. **O Princípio Constitucional da Integralidade de Assistência à Saúde e o Projeto de Lei n. 219/2007**: interpretação e aplicabilidade pelo poder judiciário. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rdisan/v10n2/04.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2012. p. 67.

condição de cidadão ou trabalhador, mas sim, à sua situação formalizada e vinculada a uma obrigação contratual de caráter contributivo. Para Silvia Badim Marques¹¹⁹:

Salienta-se que o papel do Estado, em relação à prestação em matéria de saúde, como um direito do trabalhador assalariado, resumia-se à prestação de assistência médica e restringia-se basicamente ao gerenciamento da compra e oferta dos serviços privados de saúde aos beneficiários públicos. Lógica esta presente desde a criação do chamado Instituto Nacional da Previdência Social — INPS, em 1966, que inseriu a prestação sanitária dentre as ofertas públicas decorrentes da contribuição previdenciária.

Portanto, a partir da Constituição de 1988 criou-se no Brasil um novo tempo, quando foram declarados fundamentais vários direitos sociais, entre eles, o direito à saúde. O direito à saúde – o direito à saúde do trabalhador – não nasceu com a Carta de 1988, mas é a partir dela que a sociedade brasileira passou a ter um documento para a luta diária pela efetivação desse direito.

A história do (direito do) trabalho e (do direito à) saúde do trabalhador no Brasil não se distingue da história global. Ressalvadas algumas peculiaridades, a história nos demonstra que o capital se vale da força de trabalho sem grandes atentos às condições de saúde dos trabalhadores. A evolução legislativa brasileira demonstra que até 1988 a preocupação estatal sempre esteve muito mais voltada à promoção e manutenção da geração de riquezas do que à vida e à dignidade dos homens “produtores desta riqueza”. Seja no período escravocrata, no período de industrialização ou no período ditatorial, as políticas públicas geralmente estiveram voltadas a remediar os danos causados pelas más condições de trabalho em vez de privilegiar a prevenção da moléstia.

Pode-se observar que o surgimento da proteção do trabalhador em face dos riscos da perda da capacidade laborativa e, conseqüentemente, de sua subsistência, coincidem com o nascimento do Direito do Trabalho e da Previdência Social. Tanto o Direito do Trabalho como o Direito Previdenciário têm como escopo propiciar aos trabalhadores melhores condições de trabalho e, por consequência, de vida, conferindo-lhes maior dignidade em suas relações com os seus superiores e colegas e com a sociedade em geral. “A doença, o acidente e a morte no trabalho podem vir a ocorrer como efeitos indesejados de um sistema que causa riscos sociais,

¹¹⁹ MARQUES, Silvia Badim. **O Princípio Constitucional da Integralidade de Assistência à Saúde e o Projeto de Lei n. 219/2007**: interpretação e aplicabilidade pelo poder judiciário. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rdisan/v10n2/04.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2012. p. 67.

mas que, todavia, os cobre, garantindo meios de subsistência aos indivíduos por eles atingidos, graças à interferência do Estado neste sentido”.¹²⁰.

Acerca disto, referem Pereira de Castro e Lazzari:

O Direito do Trabalho e o Direito da Seguridade Social ainda têm optado por uma solução bastante tímida e na prática de pouca eficácia na tutela da vida e da saúde dos trabalhadores, preferindo a adoção de um sistema de tarificação por adicionais de insalubridade e periculosidade e por aposentadorias especiais, mercantilizando assim a vida e o corpo dos trabalhadores. Todavia, com o advento de uma nova consciência ambientalista, em plano mundial – em especial a partir do início da década de 70 – as tradicionais concepções de ambiente de trabalho tratadas pelo Direito da Seguridade Social e pelo Direito do Trabalho começaram a ser revistas. No plano do Direito Internacional, os principais pólos de irradiação dessas novas idéias foram a Organização das Nações Unidas, a Organização Internacional do Trabalho e a Organização Mundial da Saúde. No Direito Comunitário, de grande relevância é o conjunto de diretivas e resoluções da União Européia sobre questões atinentes à saúde e à segurança do trabalho. De peculiar importância é a experiência norte-americana no campo da proteção jurídica do ambiente de trabalho, especialmente em decorrência da edição do “Mine Safety and Health Act” (1969), do “Occupational Safety and Health Act” (1970) e do “Toxic Substances Control Act” (1976)¹²¹.

A situação dos direitos sociais, dentre eles o direito à saúde e os direitos trabalhistas e previdenciários foram alçados a um novo patamar a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988. Com a instituição do Estado Democrático brasileiro, a saúde foi alçada a direito fundamental, e novas diretrizes foram adotadas, possibilitando que hoje se fale em Direito Sanitário do Trabalho.

A fim de melhor detalhar o Direito Sanitário do Trabalho, faz-se necessária uma análise mais efetiva do direito à saúde e, principalmente, do direito à saúde do trabalhador no âmbito normativo da Constituição Federal de 1988.

Falar em direito à saúde do trabalhador e, conseqüentemente, de Direito Sanitário do Trabalho, exige uma análise prévia acerca das razões que o alçaram a patamar de fundamentalidade, e dentre elas se encontra a necessária relação entre trabalho e dignidade humana. Este capítulo iniciará, pois, apresentando essa umbilical relação, para posteriormente

¹²⁰ PICARELLI, Márcia Flávia Santini. Direito Sanitário do Trabalho e da Previdência Social. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 226.

¹²¹ PEREIRA DE CASTRO, Carlos Alberto; LAZZARI, João Batista. **Manual de Direito Previdenciário**. São Paulo: LTr, 2001. p. 31-32.

abarcam os assuntos especificamente referentes à constitucionalização do direito à saúde e à saúde do trabalhador.

3 A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: REFLEXOS E PERSPECTIVAS NA SAÚDE DO TRABALHADOR.

A evolução histórica do direito à saúde e à saúde do trabalhador no Brasil demonstra o árduo caminho traçado até o reconhecimento da sua fundamentalidade. Durante séculos o trabalhador foi visto como mero instrumento de produção e manutenção da riqueza das classes dominantes, sendo que o valor atribuído às suas condições de saúde e à sua própria vida eram ínfimos. A evolução social, em âmbito global, e os horrores decorrentes dos processos de industrializações e, posteriormente, das Guerras Mundiais, exigiram uma atuação estatal mais violenta, que no Brasil foi consagrada com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

Com a promulgação da atual Carta Magna brasileira, valores essenciais à sociedade foram consagrados com *status* de fundamentabilidade. O trabalho foi alçado a fundamento da República; a saúde, a direito fundamental de todos os cidadãos; e a dignidade da pessoa humana, a valor supremo da nação. Falar em direito à saúde do trabalhador no cenário atual, pressupõe, pois, o reconhecimento dos valores atribuídos ao trabalho, à dignidade e à saúde. Com o objetivo de mais bem compreender o real significado da saúde do trabalhador, objeto do Direito Sanitário do Trabalho, faz-se necessária uma visitação a estes valores basilares.

Neste capítulo, inicialmente se buscará averiguar conceitos capazes de alumiar tudo o que envolve e que abrange o vocábulo saúde, na contemporaneidade, uma vez que a saúde do trabalhador figura como espécie da saúde genericamente considerada, existindo canais de interação com a saúde individual no enfoque do Direito do Trabalho e do Direito Previdenciário, e com a Saúde Pública, na seara do Direito Sanitário. Posteriormente será apresentada a metateoria do Direito Fraternal como uma possibilidade plausível para se pensar a efetivação do direito à saúde.

Após far-se-á um estudo acerca da necessária dignificação do trabalho e do valor do mesmo na construção da identidade social dos trabalhadores, para, por fim, elucidar o que atualmente significa ter direito à saúde e tudo o que isso comporta, adentrando as questões específicas da saúde do trabalhador e a sua distinção aos institutos da Medicina do Trabalho e da saúde ocupacional.

3.1 DO CONCEITO DE SAÚDE AO DIREITO À SAÚDE

Compreender o alcance do direito ao direito à saúde de forma extensiva a todos os brasileiros na atual sociedade é tarefa que depende de uma avaliação prévia acerca dos aspectos que envolvem a sua própria concepção.

No sentido etimológico, a palavra “saúde” originou-se do latim (*salus-utis*), cujo significado é “estado de são”, “salvação”¹²². Via de regra, os dicionários apresentam o verbete saúde como “bom estado do organismo, cujas funções fisiológicas se vão fazendo regularmente e sem estorvos de qualquer espécie”¹²³.

Este conceito clássico de saúde como “ausência de doenças” perdurou por muito tempo e, diga-se de passagem, ainda hoje se investe muito mais nas doenças do que na saúde propriamente dita. Contudo, em 1947 o documento de constituição da Organização Mundial da Saúde rompeu com esta concepção negativista e definiu a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou de enfermidades.

Vê-se, pois, que o conceito de saúde é extremamente amplo e complexo, uma vez que o completo estado de bem-estar físico, psíquico e social de uma pessoa exige uma série de fatores praticamente indetermináveis. Nesse sentido, a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 – atual Lei Orgânica de Saúde – estabelece em seu art. 3º que: “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”.

Ou seja, a saúde não é um ponto fixo que se alcança, mas a direção em que se empreende a caminhada, uma constante melhoria que deve ser perseguida, sempre¹²⁴.

Já, ao que se refere o direito ao direito à saúde, Sandra Vial destaca:

¹²² OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Proteção Jurídica à saúde do trabalhador**. 2. ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: LTr, 1998. p. 72.

¹²³ MICHAELIS: Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=sa%FAde>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

¹²⁴ OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Proteção Jurídica à saúde do trabalhador**. 2. ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: LTr, 1998. p. 74.

Entender a saúde na perspectiva de direito fundamental envolve luta contínua para a consolidação desse direito como um bem comum, como aquilo que deve perpassar toda a sociedade, fundado na solidariedade, na fraternidade e no compartilhar; significa ver o outro como um outro eu. Só assim, segundo Ferrajoli, poderemos ser cidadãos. A cidadania está intrínseca na possibilidade de compartilhar e concretizar o tão sonhado modelo democrático. O conceito de saúde leva-nos a refletir sobre uma dimensão comunitária.¹²⁵

Acerca da relevância do princípio axiológico da fraternidade para a construção e efetivação do direito à saúde, Fernando Aith refere¹²⁶:

A fraternidade, ou solidariedade se expressa como conjunto de regras voltadas a um escopo comum de um progresso e melhoria da qualidade de vida de todos aqueles que compõem o grupo social, determinando que um dos grandes objetivos do ser humano é possuir uma sociedade que ofereça a todos os seus integrantes a igualdade material. Para tanto é que foram sendo positivados os direitos sociais como direitos humanos, destinados a garantir condições mínimas de existência a todos os seres humanos, em especial os mais fracos e os mais pobres. A saúde encaixa-se, exatamente, nesse grupo de direitos, que necessitam de uma atuação ativa do Estado para a sua proteção.

Ante a complexidade do tema, importante análise é feita por Sueli Dallari. Para a professora, sendo a saúde um dos direitos humanos assegurados ao povo brasileiro, há de se questionar não apenas a sua abrangência, mas, sobretudo, a forma pela qual ele poderá ser garantido a todos. Isto é, para que se garanta o direito à saúde é necessário garantir uma série de outros direitos que lhe são correlatos e que estão intrinsecamente ligados, como é o caso do direito à alimentação, ao descanso e ao lazer, à segurança, ao meio ambiente de trabalho, entre outros. Além disso, é necessária a conscientização dos indivíduos acerca do que envolve a saúde para que, a partir dessa conscientização, todos possam lutar pelos seus direitos e exigir que o Estado atenda às necessidades sanitárias da sociedade.¹²⁷

¹²⁵ VIAL, Sandra Regina Martini. Democracia, direito e saúde: do direito ao direito à saúde. In: CONSTITUIÇÃO, sistemas sociais e hermenêutica. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora; São Leopoldo: UNISINOS, 2010, n.6, p. 188.

¹²⁶ AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria Geral do Direito Sanitário Brasileiro**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006. p. 89-90.

¹²⁷ DALLARI, Sueli Gandolfi. **Rede Brasileira de Educação em Direitos Humanos: direito à saúde**. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/educar/redeedh/bib/dallari3.htm>>. Acesso em: 07 jun. 2012.

Para Dallari¹²⁸:

Observado como direito individual, o direito à saúde privilegia a liberdade em sua mais ampla acepção. As pessoas devem ser livres para escolher o tipo de relação que terão com o meio ambiente, em que cidade e que tipo de vida pretendem viver, suas condições de trabalho e, quando doentes, o recurso médico-sanitário que procurarão, o tipo de tratamento a que se submeterão entre outros. (...) É óbvio, então, que a efetiva liberdade necessária ao direito à saúde enquanto direito subjetivo depende do grau de desenvolvimento do Estado. De fato, unicamente no Estado desenvolvido socioeconômico e culturalmente o indivíduo é livre para procurar um completo bem-estar físico, mental e social e para, adoecendo, participar do estabelecimento do tratamento.

Examinado, por outro lado, em seus aspectos sociais, o direito à saúde privilegia a igualdade. As limitações aos comportamentos humanos são postas exatamente para que todos possam usufruir igualmente as vantagens da vida em sociedade. Assim, para preservar-se a saúde de todos é necessário que ninguém possa impedir outrem de procurar seu bem-estar ou induzi-lo a adoecer.

Em sentido complementar, Sandra Vial refere que:

Para o direito à saúde ser plenamente realizado, não basta apenas a preocupação estatal; é preciso o engajamento de todos (indivíduos, famílias, organismos, empresas); é preciso uma construção coletiva da saúde com participação ativa do Estado, não no sentido de privatizar a saúde, mas de torná-la um *locus* público.¹²⁹

A saúde é direito de todos e dever do Estado; contudo, mostra-se ilusória a ideia de que sem a participação popular poderá esse direito ser efetivado. Cada vez mais se faz imprescindível a atuação dos movimentos sociais, seja no estudo, na implementação ou fiscalização das ações e serviços relativos ao direito à saúde, até porque o completo bem-estar físico, psíquico, social e mesmo espiritual, implica em aspectos íntimos de cada pessoa que não podem ser de responsabilidade única do Estado. Notadamente, a satisfação de um indivíduo depende tanto, ou mais, de suas relações pessoais, quanto da atuação estatal.

As observações de Vial vão ao encontro do relatório final da já referida 8ª Conferência de Saúde, realizada em 1986, no qual restou concluído que “direito à saúde significa a garantia pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços

¹²⁸ DALLARI, Sueli Gandolfi. **Rede Brasileira de Educação em Direitos Humanos**: direito à saúde. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/educar/redeedh/bib/dallari3.htm>>. Acesso em: 07 jun. 2012.

¹²⁹ VIAL, Sandra Regina Martini. Democracia, direito e saúde: do direito ao direito à saúde. In: CONSTITUIÇÃO, sistemas sociais e hermenêutica. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora; São Leopoldo: UNISINOS, 2010, n.6, p. 189.

de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade”¹³⁰.

Em similar sentido se posiciona Germán Bidart Campos, para quem o direito à saúde abrange a proteção e o fomento durante toda a vida de cada homem; que vai desde antes de adoecer – prevenção, perpassa a enfermidade – com o propósito de obter a cura, e vai até depois da enfermidade – para proporcionar a plena reabilitação da pessoa; o que evidencia a amplitude que envolve o conceito¹³¹. De mera ausência de doenças, o direito à saúde se transpôs a outras dimensões que englobam diferentes fatores que lhe são correlatos e que se relacionam diretamente com a concretização do estado de total bem-estar físico, mental e social. Nessa direção, posiciona-se Maria Célia Delduque:

A melhoria da saúde da população apenas é possível quando se vai além da compreensão biológica da doença. Existem outros fatores que levam as pessoas a adoecer e que devem ser abordados como parte do processo saúde-doença, sem o que não será possível contornar os problemas sanitários que assolam a população. E é sob esta nova concepção de saúde que emerge o fundamento que justifica a declaração da saúde como um direito fundamental social. Proteger a saúde, juridicamente, implica resguardar todos os cuidados necessários para se garantir a saúde, o que inclui intervenções não apenas de cunho médico¹³².

Contudo, este aspecto de extensa generalidade do conceito de saúde proposto pela OMS suscita algumas críticas. Segundo Schwartz, o conceito apresentado é “um conceito irreal, que não se adapta à realidade fática, afinal o perfeito bem-estar é um objetivo a ser alcançado, que se alarga ou diminui de acordo com a evolução da sociedade e da tecnologia, ou, em outras palavras, da autopoiese, da autocriação dos sistemas sociais”¹³³.

A saúde é um sistema, nos moldes definidos por Niklas Luhmann, que interage constantemente com os demais sistemas, de forma que “un cambio en ese elemento afecta de

¹³⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatório%20Final.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2012.

¹³¹ CAMPOS, Germán José Bidart. Estudios Nacionales sobre la Constitución y el derecho a la salud – Argentina. In: EL DERECHO a la salud em las Américas. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud, 1989. p. 36.

¹³² DELDUQUE, Maria Célia. Saúde: um direito e um dever de todos. **Boletim da Saúde**: Escola de Saúde Pública, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 97, 2010.

¹³³ SCHWARTZ, Germano André Deoderlein. Direito à saúde: abordagem sistêmica, risco e democracia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 2, n. 1, mar. 2001. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S151641792001000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 09 jul. 2012.

algún modo a todo el sistema. Los cambios pueden ser imperceptibles pero definibles em la secuencia lógica que enlaza uno con otros"¹³⁴.

Para Luhmann¹³⁵, a interface da saúde com os demais sistemas é chamada de comunicação, e esta é a característica principal da sociedade: “a capacidade de repetir as suas operações diferenciando-as de suas observações”¹³⁶. Assim, em a saúde fazendo parte da sociedade, o seu intercâmbio com os demais sistemas é a razão de sua estabilidade. “O interior do sistema-saúde é regulado por uma dinâmica própria (homeostase), que consiste basicamente em uma decisão (com graus de risco) que conduz a uma ação relativa à saúde. As entradas do sistema são os serviços para a população e as influências dos demais sistemas sociais, e as saídas, a saúde em si mesma”¹³⁷.

Torna-se, assim, bastante difícil esmiuçar de forma integral o sistema da saúde, pois este está sempre aberto ao mundo, ao próprio homem e às suas decisões, configurando-se um sistema em contínua construção, sendo "un proceso dinámico, es un fenómeno holístico, por lo tanto no pueden darse definiciones estáticas, permanentes"¹³⁸. Em outras palavras, a saúde é um processo sistêmico e, como tal, é uma meta a se buscar cujo êxito depende sempre de sua própria evolução e da evolução dos demais sistemas com os quais interage.

No mesmo sentido, *Capra*, salienta que,

El concepto de salud y los conceptos de enfermedad relacionados con él no se refieren a entidades bien definidas, sino que son partes integrantes de unos modelos limitados y aproximativos que reflejan la red de relaciones entre los numerosos aspectos de ese fenómeno complejo y fluido que es la vida. El organismo humano es un sistema dinámico con aspectos psicológicos y fisiológicos interdependientes, haciendo parte de sistemas mayores de dimensiones físicas, sociales y culturales con lo que entabla relaciones recíprocas¹³⁹.

Ante as críticas, tanto positivas quanto negativas, suscitadas ao conceito de saúde proposto pela OMS, entende-se que, em verdade, a saúde é, acima de tudo, um objetivo a ser

¹³⁴ MORALES, Hernan Duran. **Aspectos Conceptuales y Operativos del Proceso de Planificación de la Salud**. Santiago de Chile: Publicaciones de las Naciones Unidas, 1989. p. 39.

¹³⁵ LUHMANN, Niklas. **Observaciones de la Modernidad**. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 1997.

¹³⁶ ROCHA, Leonel Severo. Interpretação Jurídica e Racionalidade. **Revista da Faculdade de Direito**: Universidade de Cruz Alta, Cruz Alta, ano 4, n. 4, 1º Semestre, 1999. p. 50.

¹³⁷ SCHWARTZ, Germano André Deoderlein. Direito à saúde: abordagem sistêmica, risco e democracia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 2, n. 1, mar. 2001. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S151641792001000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 09 jul. 2012.

¹³⁸ CAPRA, Fritjpf. **El punto crucial**: ciencia, sociedad y cultura naciente, Buenos Aires: Troquel 1992. p. 423.

¹³⁹ CAPRA, Fritjpf. **El punto crucial**: ciencia, sociedad y cultura naciente, Buenos Aires: Troquel 1992. p. 119.

alcançado, uma “imagem-horizonte” da qual se busca aproximar. É uma busca contínua pelo estado de completo bem-estar¹⁴⁰.

No mais, há de se destacar que sendo o direito à saúde um direito fundamental da sociedade brasileira e indispensável para o desenvolvimento do país, e, sendo as ações e serviços em saúde considerados de relevância pública (CF., art. 197), devem os mesmos estar sujeitos aos mecanismos de controle democráticos.¹⁴¹

Mais do que uma das formas de governo pelas quais o poder político pode ser exercido, a democracia é hoje um Valor Universal a ser perseguido por toda a humanidade.¹⁴² Transcorridos os horrores da 2ª Guerra Mundial, a democracia atingiu *status* de único regime de governo compatível com a concretização dos direitos humanos.

Nessa linha, Comparato refere que, um “traço saliente da Declaração Universal de 1948 é a afirmação da democracia como único regime político compatível com o pleno respeito aos direitos humanos (Arts. XXI e XXIX, alínea 2). O regime democrático já não é, pois, uma política entre muitas outras, mas a única solução legítima para a organização do Estado”¹⁴³.

Desta forma, os governos representativos devem executar políticas que visem à efetivação dos direitos humanos, sob pena de serem consideradas inconstitucionais ou ilegais por contrariarem os interesses dos seres humanos que compõem o Estado. Estes seres humanos são os verdadeiros titulares do Poder Estatal, e se fazem representar, transitoriamente, por um determinado governo. Contudo, a democracia moderna não se limita aos meios tradicionais de representatividade ou participação¹⁴⁴. A saber:

Nas sociedades complexas modernas faz-se necessário ampliar a participação da sociedade, de forma a aproximar o cidadão das questões relacionadas com a

¹⁴⁰ DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 1, 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101988000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul. 2012.

¹⁴¹ AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria Geral do Direito Sanitário Brasileiro**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006. p. 93.

¹⁴² AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria Geral do Direito Sanitário Brasileiro**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

¹⁴³ COMPARATO, Fabio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 1999. p. 209, 215.

¹⁴⁴ AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria Geral do Direito Sanitário Brasileiro**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006. p. 94.

elaboração, planejamento e execução das políticas públicas. De fato, a promoção e proteção dos direitos humanos e demais direitos reconhecidos em um ordenamento jurídico – como segurança, liberdade, saúde, educação, informação, etc. – são realizadas pelo Estado, através da execução de políticas públicas – política de segurança, política judiciária, política de saúde, política de educação, política de democratização dos meios de educação, etc. A elaboração dessas políticas deve estar em consonância com os ditames da Constituição e dos demais instrumentos normativos do ordenamento jurídico, bem como deve sempre ter como finalidade o interesse público e a promoção e proteção de direitos, em especial aqueles reconhecidos expressamente como direitos humanos fundamentais, dentre eles os direitos sociais e, especialmente, o direito à saúde.¹⁴⁵

A troca da maneira de governar setorialmente para a uma forma intersetorial é basicamente uma exigência nesse sentido, já que não é só a complexidade dos problemas na efetivação da saúde que impõe a prática de ações intersetoriais. Trata-se da busca de “uma unidade do fazer e está associada à vinculação, à reciprocidade e complementaridade na ação humana”, e aquilo que caracteriza a intersetorialidade é a possibilidade de síntese, dada pela intersubjetividade e o diálogo¹⁴⁶.

A intersetorialidade da saúde pressupõe a conexão de saberes e experiências diferenciadas no planejamento, realização e avaliação de ações e serviços, com o objetivo de atingir resultados integrados em situações complexas, buscando sempre uma melhor forma de possibilitar o acesso de todos à rede de saúde pública. A intersetorialidade, nesse aspecto, tem como base um planejamento geral, distinto do modelo tradicional, em que o “trabalho é organizado por equipes especializadas para o planejamento, a realização e avaliação de ações e serviços. A estrutura governamental, de acordo com a lógica intersetorial, supõe a articulação de planos e o compartilhamento de informações, e apresenta-se, sobretudo, mais permeável à participação do cidadão, tanto no planejamento quanto na avaliação”¹⁴⁷

A efetivação do direito à saúde pressupõe, pois, a participação dos diversos atores envolvidos nos processos de formulação, execução e fiscalização das políticas de saúde. Esta participação deve ter como objetivo a redução das desigualdades sociais, de modo a inflamar a cultura de participação dos usuários do SUS, ou seja, deve-se buscar a eliminação ou, ao menos, a redução do paradoxo segundo o qual não se consegue maior participação democrática sem a

¹⁴⁵ AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria Geral do Direito Sanitário Brasileiro**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

¹⁴⁶ MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 252.

¹⁴⁷ WESTPHAL, Márcia Faria; MENDES, Rosilda. Cidade Saudável: uma experiência de Interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública – RAP**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 47-61, nov./dez. 2000. p. 54.

eliminação das desigualdades e não se consegue eliminação das desigualdades sem a participação democrática. A questão reside justamente nesse ponto: Só haverá efetivação do direito à saúde com a participação popular, mas só haverá participação popular com o gozo da saúde.

Neste contexto, não basta mais reconhecer o caráter cidadão do direito à saúde. Esse direito não se dá só na forma da lei e nos limites da legalidade, ele extrapola o mundo jurídico para no mundo social adquirir sentido. Por isso, o esforço para a garantia do direito à saúde remete ao próprio processo de *cidadanização*, isto é, o processo de tornar direitos e garantias formais em ações e serviços exercíveis pelos atores sociais nos seus cotidianos. “Não se trata mais de ter o direito, mas de saber exercê-lo. Deve-se fazer com que esse direito seja exercido, lutado e implementado não pelo Estado, mas pelos seus próprios titulares”¹⁴⁸

Para Aith, a plena efetivação do direito à saúde

[...] depende de uma correta interpretação do Direito de suas novas funções na sociedade moderna. E o desempenho desta nova função está diretamente associado à aplicação integral do princípio de participação da comunidade na gestão de políticas públicas de saúde, compreendendo a participação na elaboração, regulamentação normativa, planejamento e execução das políticas públicas.¹⁴⁹

Em outras palavras, o direito à saúde já não pode mais ser visto como um direito individual, de cada pessoa isoladamente, pois ele é um bem da comunidade, conquistado por árduas lutas dos movimentos sociais durante séculos e, no Brasil, especialmente nas últimas décadas. A comunidade, como um todo, pressionou o Estado para que fosse consagrada a universalidade do direito à saúde, e hoje a detém como um direito fundamental, um bem cuja proteção e efetivação dependem da plena participação popular. Quando um único cidadão adoece, a comunidade como um todo é afetada, seja pelo dispêndio de recursos públicos, seja pela incapacitação de uma pessoa ativa, seja pelo risco de contaminação. Assim, a comunidade

¹⁴⁸ ASENI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni; LOBATO, Cristina Danielle Pinto. Democracia participativa e efetivação do direito à saúde: quando os cidadãos vêm à cena. In: DEMOCRACIA Y DERECHOS HUMANOS: desafíos para la emancipación. Disponível em: <http://www.internacionaldelconocimiento.org/documentos/redes_academicas/Democracia_derechos_humanos.pdf#page=163>. Acesso em: 08 set. 2012.

¹⁴⁹ AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria Geral do Direito Sanitário Brasileiro**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006. p. 95-96.

na sua integralidade é responsável, junto com o Estado, pela proteção, manutenção e recuperação da saúde de todos os indivíduos.

Tem-se, desta forma, que a saúde, mais do que um elemento estático e de fácil conceituação, é um objetivo a ser alcançado, um prisma a ser seguido. Direito humano fundamental do povo brasileiro, o direito à saúde tem sua efetivação condicionada não só à esfera estatal, mas também ao engajamento de todos os indivíduos e entidades da sociedade civil. Nesse sentido, a metateoria do Direito Fraternal surge como uma opção possível à efetivação do direito à saúde.

O Direito Fraternal – como modelo de direito que abandona os confins fechados da cidadania e projeta para uma nova forma de cosmopolitismo, para uma nova forma de codivisão de compartilhamento – surge como uma nova proposta para análise do atual direito a ter direito à saúde¹⁵⁰, conforme se verá a seguir.

3.2 DIREITO À SAÚDE: UMA ANÁLISE FUNDADA NA METATEORIA DO DIREITO FRATERNO

Rever clássicas teorias é de suma importância ante a complexidade que atualmente se experimenta no mundo. Segundo Eligio Resta¹⁵¹, a aproximação deste mundo só é possível por meio da solidariedade, pois a solidão vive de separação e distância. “Dessa forma, a construção de um novo mundo inserido neste já existente só é possível se buscarmos outros pilares de sustentação, que devem estar fundados na fraternidade, na solidariedade e na paz. Sem isto, a vida no mundo perde o sentido”¹⁵².

A questão que se impõe, então, é: Como mudar o que está dado? Como efetivar o direito ao direito à saúde? A resposta para estas indagações passa pela necessária releitura da função e dos limites do direito na sociedade atual, como bem refere Stefano Rodotà¹⁵³:

¹⁵⁰ VIAL, Sandra Regina Martini. Direito fraternal na sociedade cosmopolita. **RIPE- Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos**, Bauru, v. 1, n. 46, p.119-134, jul./dez. 2006. p. 124.

¹⁵¹ RESTA, Eligio. **Il Diritto fraternal**. Laterza: [s.n.], 2002.

¹⁵² VIAL, Sandra Regina Martini. Saúde: um direito fundado na fraternidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e direitos humanos**. Fundação Oswaldo Cruz, Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 67.

¹⁵³ RODOTÁ, Stefano. **La vita e le regole**: tra diritto e non diritto. Milano: Feltrinelli, 2006. p. 10.

Viviamo ormai in una law-saturated society, in una società strapiena di diritto, di regole giuridiche dalle provenienze più diverse, imposte da poteri pubblici o da potenze private, con una intensità che fa pensare, più che una necessità, a una inarrestabile deriva. La consapevolezza sociale non è sempre adeguata alla complessità di questo fenomeno, che rivela anche asimmetrie e scompensi fortissimi, vuoti e pieni, con un diritto invadente in troppi settori e tuttavia assente là dove più se ne avverrebbe bisogno. Sostenuto da spinte diverse, e persino contraddittorie¹⁵⁴.

Assim, analisar o direito à saúde através do Direito Fraternal implica numa necessária análise prévia dos pressupostos básicos desta metateoria. Vial¹⁵⁵ classifica o Direito Fraternal como “um direito jurado conjuntamente entre irmãos, no sentido da palavra latina *frater*, ou seja, é um direito que não parte da decisão de um soberano”, sendo sim, “um acordo estabelecido entre partes iguais, é um pacto acordado a partir de regras mínimas de convivência”.

Mais, o Direito Fraternal “encontra-se em um espaço político mais aberto, independente das delimitações políticas e/ou geográficas”¹⁵⁶, assim sendo, “coloca em questionamento a ideia de cidadania, já que esta muitas vezes se apresenta como excludente; por isso, o Direito Fraternal centra suas observações nos direitos humanos, na humanidade como um lugar comum”¹⁵⁷.

O Direito Fraternal é um direito que busca a inclusão sem limites, que busca a ruptura do binômio amigo-inimigo. Nesse sentido, Vial refere que:

¹⁵⁴ Em livre tradução: Vivemos em uma Law-saturated society, em uma sociedade mais que cheia de direitos, de regras jurídicas de origens mais diversas, impostos pelos poderes públicos ou potências privadas com uma intensidade que faz do pensar, mais que uma necessidade, uma inalcançável corrente. A sabedoria social não é sempre adequada à complexidade deste fenômeno, que revela mesmo assimétricas e descompensações fortíssimas, vazias e cheias, com um direito que invade muitos setores e todavia não chega lá onde mais seria necessário. Sustentado por impulsos diferentes e até contraditórios.

¹⁵⁵ VIAL, Sandra Regina Martini. Saúde: um direito fundado na fraternidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e direitos humanos**. Fundação Oswaldo Cruz, Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 68.

¹⁵⁶ VIAL, Sandra Regina Martini. Saúde: um direito fundado na fraternidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e direitos humanos**. Fundação Oswaldo Cruz, Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 69.

¹⁵⁷ VIAL, Sandra Regina Martini. Saúde: um direito fundado na fraternidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e direitos humanos**. Fundação Oswaldo Cruz, Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

É um modelo de direito que abandona os confins fechados da cidadania e projeta para uma nova forma de cosmopolitismo, para uma nova forma de co-divisão, de compartilhamento¹⁵⁸.

Para Alcântara Machado, o conceito de fraternidade converge com a dignidade dos homens: “A ideia de fraternidade que se pretende difundir exprime igualdade de dignidade entre todos os homens, independente de organização em comunidades politicamente institucionalizadas”¹⁵⁹.

Ou seja, por detrás do Estado, existem pessoas. E só no “momento em que as sociedades tratem os indivíduos de forma igualitária, como um verdadeiro irmão, sem critérios de inclusão/exclusão, e quando os indivíduos entenderem que a busca pela concretização dos direitos humanos e sociais deve partir de cada um, praticar-se-á a fraternidade e só então poderá ser concretizado o princípio da dignidade humana”¹⁶⁰. Nesse sentido, explica Aquini¹⁶¹:

A fraternidade, por sua vez, “responsabiliza” cada indivíduo pelo outro e, conseqüentemente, pelo bem da comunidade, e promove a busca de soluções para a aplicação dos direitos humanos que não passam necessariamente, todas, pela autoridade pública, seja ela local, nacional ou internacional.

Desta forma, o Direito Fraternal se apresenta como uma nova proposta para análise do atual direito a ter direito à saúde, fundando-se na concepção de que outro é um “outro-eu”, meu irmão, é alguém com quem faço pactos. Nesta seara, Vial destaca que “para que todos tenham direito à saúde, é necessário efetivar o pacto pela vida, a defesa do sistema único de saúde e a gestão deste mesmo sistema. Ora, sem compartilhar com o outro como um “outro-eu”, é impossível pensar na vida”¹⁶².

¹⁵⁸ VIAL, Sandra Regina Martini. Direito fraternal na sociedade cosmopolita. **RIPE- Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos**, Bauru, v. 1, n. 46, p.119-134, jul./dez. 2006. p. 124.

¹⁵⁹ ALCANTARA MACHADO, Carlos Augusto. A Fraternidade como Categoria Jurídico Constitucional. **Ciclo: Renovando Conhecimento**, 2011. Disponível em: <<http://www.portalciclo.com.br/>>. Acesso em: 14 jun. 2012.

¹⁶⁰ SALEH, Sheila Martignago. **Fraternidade e direito à saúde**: o fornecimento gratuito de medicamentos essenciais para a efetivação material do princípio da dignidade humana. Disponível em: <<http://periodicos.unesc.net/index.php/amicus/article/viewFile/578/565>>. Acesso em: 25 jun. 2012.

¹⁶¹ AQUINI, Marco. **Fraternidade e direitos humanos**. In: BAGGIO, Antonio Maria (Org.). Vargem Grande Paulista-SP: Editora Cidade Nova, 2008. p. 139.

¹⁶² VIAL, Sandra Regina Martini. Saúde: um direito fundado na fraternidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e direitos humanos**. Fundação Oswaldo Cruz, Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 71.

Os ideais de pactuação podem ser verificados no texto do Pacto pela Saúde, aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde, e publicado na Portaria nº 91, de 10 de janeiro de 2007, que privilegia o diálogo entre os mais diversos níveis. Vê-se no texto¹⁶³:

Art. 1º Instituir um único processo de pactuação, unificando o Pacto da Atenção Básica, o pacto de indicadores da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde - PPIVS e os indicadores propostos no Pacto pela Saúde. [...]

Art. 5º As metas pactuadas pelos municípios, os estados, o Distrito Federal e a União deverão passar por aprovação dos respectivos Conselhos de Saúde.

Art. 6º A Secretaria Estadual de Saúde deve pactuar as metas estaduais e municipais na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e encaminhar à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) as metas estaduais para homologação, até 30 de março de cada ano. Parágrafo único. O Distrito Federal encaminhará suas metas à Comissão Intergestores Tripartite para homologação.

Isto é, para que possa haver a efetivação das políticas de saúde necessárias à população, faz-se necessária a participação dos atores envolvidos, desde a gestão até a efetivação. Segundo Vial,

É neste sentido que o direito à saúde pode ser resgatado e efetivado, pois não basta dizer que saúde é um direito do cidadão e um dever do estado, é preciso criar condições para que este direito seja efetivado, e isso se dará somente por meio de políticas públicas que respeitem as diferenças loco-regionais, mas que apresentem uma estrutura global, pois os problemas de saúde não são territorialmente limitados¹⁶⁴.

Há de se entender que a forma de efetivar os direitos em uma sociedade em que o cidadão possui mais direitos do que efetivamente consegue gozar, se dá por meio de políticas sociais inclusivas. E, ver o direito à saúde como direito fundamental implica pactos, acordos, codivisões.

Nesse cenário, a fraternidade desponta como a solução possível para a efetivação do direito à saúde, mas, para tanto, a fraternidade deve caminhar juntamente com a liberdade e a igualdade. Não há respeito à dignidade somente pela concretização da igualdade ou da

¹⁶³ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 91, de 10 de janeiro de 2007**. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 de janeiro de 2007.

¹⁶⁴ VIAL, Sandra Regina Martini. Saúde: um direito fundado na fraternidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e direitos humanos**. Fundação Oswaldo Cruz, Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 73.

liberdade. Desse modo, a solidariedade social é apenas um caminho para se alcançar a fraternidade:

[...] a fraternidade não pode ser reduzida ao conceito de solidariedade, pois esta última não implica a idéia de uma efetiva paridade dos sujeitos que se relacionam, e não considera constitutiva a dimensão da reciprocidade. [...] deve-se observar que a fraternidade tende a ampliar o número de sujeitos “responsáveis”, e por isso estimula que deveres e compromissos sejam assumidos além do que é prescrito, em nível nacional e internacional, pelas autoridades públicas¹⁶⁵.

Outro caminho a ser percorrido é a igualdade. Não a igualdade “na lei” ou “perante a lei”, mas a igualdade entre os homens. Na medida em que se discutem critérios de inclusão social, reforça-se a exclusão. Por esta razão, a fraternidade não aceita a possibilidade de exclusão. Nesse sentido, o direito à saúde mostra-se paradoxal, conforme Vial:

Há um significativo avanço tecnológico na área da saúde (assim como em outras esferas da vida social), com Constituições que garantem o direito à saúde; existem políticas de saúde que pretendem garantir a universalidade dos serviços de saúde, mas, ao mesmo tempo, há crianças morrendo no primeiro ano de vida, mulheres morrendo por abortos mal praticados, cidadãos morrendo nas filas dos serviços de saúde. Todos esses dados são facilmente observados na realidade do dia-a-dia. (...) Neste quadro, observa-se que muitas pessoas têm acesso a determinados bens e serviços, não através de uma efetiva inclusão social, mas através da exclusão. (...)

Uma questão aparece como consenso: o Estado é fundamental, ou seja, é a condição *sine qua non* para a implementação de políticas sociais mais inclusivas. Contudo, é preciso falar de outro tipo de Estado: um estado forte, no sentido social, que seja capaz de enfrentar as estratégias excludentes de uma sociedade complexa e paradoxal como a atual¹⁶⁶.

Vivenciar a fraternidade é, pois, buscar a unidade entre os homens, uma vez que, “A Constituição busca com a dimensão fraternal, uma integração comunitária, uma vida em comunhão. Se vivemos efetivamente em comunidade, estaremos, de fato, numa comum unidade”¹⁶⁷.

¹⁶⁵ AQUINI, Marco. **Fraternidade e direitos humanos**. In: BAGGIO, Antonio Maria (Org.). Vargem Grande Paulista-SP: Editora Cidade Nova, 2008. p. 137-138.

¹⁶⁶ VIAL, Sandra Regina Martini. Direito fraterno na sociedade cosmopolita. **RIPE- Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos**, Bauru, v. 1, n. 46, p.119-134, jul./dez. 2006. p. 132.

¹⁶⁷ ALCANTARA MACHADO, Carlos Augusto. A Fraternidade como Categoria Jurídico Constitucional. **Ciclo: Renovando Conhecimento**, 2011. Disponível em: <<http://www.portalciclo.com.br/>>. Acesso em: 14 jun. 2012.

Se os direitos humanos são universais, somente o resgate da fraternidade para tornar possível sua concretização, pois:

[...] quando se trata de bens comuns da humanidade, deve-se observar as políticas sociais tendo-se presente a forma como estas atuam em uma sociedade, não mais definida geograficamente, mas em uma sociedade de mundo. Nela, é preciso pesquisar o impacto das políticas sociais; no presente caso, o impacto das políticas que pretendem uma inclusão social e a tutela dos direitos fundamentais analisando-se de que modo elas são efetivas e eficazes¹⁶⁸.

Conclui-se, então, que a efetivação do direito à saúde passa necessariamente pela vivência da fraternidade, que pressupõe o respeito aos direitos humanos e à dignidade da pessoa humana, independente de situação geográfica, sexo, idade, raça, classe econômica, grau de instrução, profissão, ou qualquer outro fator.

Visto o significado do direito à saúde na sociedade atual, e apresentada uma nova teoria – metateoria do Direito Fraternal – que surge como possibilidade para análise e para a busca de efetividade deste direito, cabe agora uma abordagem acerca de uma mudança de paradigma que se vem notando nas últimas décadas: trata-se da questão da dignificação do trabalho e do valor atribuído à dignidade humana, aspectos essenciais na busca pela efetivação do direito ao Direito à Saúde.

3.3 TRABALHO E DIGNIDADE HUMANA: UM OLHAR SOBRE OS FUNDAMENTOS DA CARTA CONSTITUCIONAL DE 1988

Para melhor compreender e avaliar o que significa para o trabalhador ter assegurado o direito à saúde, é necessário debruçar-se sobre uma questão prévia, qual seja, a valorização do trabalho como objeto de tutela jurídica¹⁶⁹. Nesse contexto, o desenvolvimento do direito à saúde do trabalhador surge como consequência de um olhar mais dignificante ao trabalho.

Segundo Oliveira,

¹⁶⁸ VIAL, Sandra Regina Martini. Direito fraternal na sociedade cosmopolita. **RIPE- Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos**, Bauru, v. 1, n. 46, p.119-134, jul./dez. 2006. p. 131.

¹⁶⁹ OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Proteção Jurídica à saúde do trabalhador**. 2. ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: LTr, 1998.

O trabalho antes considerado indigno, próprio dos escravos ou dos servos, passa após a Revolução Industrial à mercadoria lucrativa, objeto de exploração dos detentores dos meios de produção. A partir do século XX, no entanto, vem adquirindo feição diferente: de maneira comum está evoluindo para valor dignificante, merecendo crescente proteção do legislador¹⁷⁰.

Esta percepção mais dignificante do trabalho está contida logo no artigo 1º¹⁷¹ da Constituição Federal de 1988, que eleva o trabalho à categoria de fundamento do Estado Brasileiro, em paridade com a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, a livre iniciativa e o pluralismo político.

O trabalho possui um caráter de essencialidade na vida do ser humano, sendo primordial para a construção da identidade social do homem. O trabalho – digno – é mola propulsora para o alcance de uma vida mais digna e mais plena e, por conseguinte, com mais saúde. Segundo Djors, o trabalho, de um lado, pode constituir-se como fonte de realização, satisfação, prazer, estruturando e conformando o processo de identidade dos sujeitos, e, de outro, pode figurar como elemento gerador de sofrimento, processos de adoecimento, tornando-se nocivo à saúde do trabalhador¹⁷².

Na compreensão da identidade social do homem, é indissociável o conceito de trabalho humano, já que o ser social revela-se potencialmente pelo trabalho. “Identificar o homem trabalhador enquanto indivíduo social é garantir-lhe espaço de relação com outros homens que também disponham da força de trabalho. Dessa maneira, é concedida ao homem a possibilidade de formação de sua identidade, pelo trabalho”¹⁷³.

É nesse sentido que Iamamoto¹⁷⁴ descreve o trabalho como a “condição da vida humana, atividade existencial do homem, sua atividade livre e consciente”, justificando:

¹⁷⁰ OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Proteção Jurídica à saúde do trabalhador**. 2. ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: LTr, 1998. p. 115.

¹⁷¹ O texto legal é o seguinte: “Art. 1º - A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático e tem como fundamentos: I- a soberania; II- a cidadania; III – a dignidade da pessoa humana; IV – os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V – o pluralismo político”.

¹⁷² DEJOURS, Christophe. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. In: LANCMAN, Selma; SZNELMAN, Laerte I. (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2004.

¹⁷³ DELGADO, Gabriela Neves. **Direito fundamental ao trabalho digno**. São Paulo: LTR, 2006. p. 134.

¹⁷⁴ IAMAMOTO, Marilda Villela. **Trabalho e indivíduo social: um estudo sobre a condição operária na agroindústria canavieira paulista**. São Paulo: Cortez, 2001. p. 39-40.

[...] o pressuposto é o homem, criatura natural, dotado de uma base orgânica, em que se encontram inscritas infinitas capacidades e possibilidades. Para prover suas necessidades interage com objetos de natureza orgânica e inorgânica. Ainda que parte da natureza, suas atividades vitais diferenciam-se, pelo trabalho, dos demais seres naturais, que se limitam a consumir diretamente os objetos dados no meio natural. Sendo o trabalho a atividade vital específica do homem, ele mediatiza a satisfação de suas necessidades pela transformação prévia da realidade material, modificando a sua forma natural, produzindo os valores de uso. O homem é um agente ativo, capaz de dar respostas prático-conscientes aos seus carecimentos, através da atividade laborativa. Como agente ativo amplia incessantemente o círculo de objetos que podem servir à atividade vital humana, seja para seu consumo direto, seja como meio de trabalho. Vive em um universo humanizado, ele mesmo produto da atividade humana de gerações precedentes: de objetivações de suas experiências, faculdades e necessidades. [grifos nossos].

Em termos mais claros, é característica do trabalho sua capacidade de se revelar como produção objetiva e subjetiva. Objetivamente, o trabalho possibilita processos de criação e transformação da natureza em bens materiais, para que o homem possa sobreviver no habitat artificial por ele mesmo criado. Subjetivamente, o trabalho deve contribuir para o desenvolvimento do próprio homem, aperfeiçoando suas potencialidades, revelando aptidões, e gerando novas necessidades.

Nesse sentido, percebe-se que a identidade social do homem somente será assegurada se o seu trabalho for dignificante, prestado em condições de decência. A explicação deve ser compreendida por meio da contradição existente em nossa sociedade: ao mesmo tempo em que o trabalho possibilita a construção da identidade social do homem, pode também destruir a sua existência, caso não assegure condições mínimas para o seu exercício.

Negar o trabalho decente¹⁷⁵ é negar os Direitos Humanos do trabalhador, e, portanto, ir de encontro aos princípios básicos que os regem, principalmente o maior deles, a dignidade da pessoa humana.

O valor da dignidade humana envolve uma série de fatores que demonstram a necessidade de valores intrínsecos do ser humano. Esses valores, se respeitados, possibilitam

¹⁷⁵ Este estudo utiliza do conceito de trabalho decente proposto pelo Ministério do Trabalho e Emprego que o define como o “trabalho produtivo adequadamente remunerado, exercido em condições de liberdade, equidade e segurança, capaz de garantir uma vida digna”. (BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. **Agenda Nacional de trabalho decente** – ANTD. Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br/antd/>>. Acesso em: 18 set. 2012).

uma existência em harmonia e fraternidade com os demais. Dada a relevância de tal valor e ante a magnitude do tema, cabe uma mais profunda análise.

A consagração do princípio da dignidade humana como valor maior do texto constitucional brasileiro de 1988, não tem sido acompanhada por uma concomitante reflexão sobre seus fundamentos ético-filosóficos. Essa falta de reflexão crítica sobre um tema tão importante tem causado o uso indiscriminado do princípio para tudo abranger e justificar.

Segundo Barreto, “essa pouca elaboração teórica tem a ver com o fato de que a palavra não é um conceito propriamente jurídico. Para que se torne um conceito jurídico, a ideia de dignidade humana, como escreve Edelman, necessita uma história que irá lhe definir o seu próprio espaço”¹⁷⁶.

A ideia de que a pessoa possui uma dignidade que lhe é inerente remonta suas origens na história da filosofia Ocidental. De acordo com Barreto, mesmo antes do texto clássico de Picco de La Mirandola, Discurso sobre a Dignidade do Homem (1486), a questão já era vista nas obras de Aristóteles, Santo Agostinho, Boécio, Alcuino e Santo Tomás, indicando como através dos tempos agregaram-se valores à ideia de pessoa, que culminaram na objetivação da ideia de dignidade humana¹⁷⁷.

Todavia, a dignidade humana no espaço da teoria do Direito é um conceito novo, que se encontra presente em diversos textos internacionais¹⁷⁸, mas que não figurou na Declaração da Independência dos Estados Unidos, nem na Declaração da Revolução Francesa de 1789, e, tampouco, nos textos que as seguiram durante praticamente dois séculos. Contudo, a ideia de dignidade humana sempre esteve presente como princípio, uma referência moral obrigatória¹⁷⁹.

Mesmo que a dignidade pré-exista ao direito, o seu reconhecimento e a sua proteção pela ordem jurídica é o que lhe reveste de legitimidade. E no reconhecimento da dignidade da pessoa humana pelo ordenamento brasileiro, a Constituição de 1988 apresentou uma relevante

¹⁷⁶ BARRETTO, Vicente de Paulo. **O fetiche dos direitos humanos e outros temas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p. 57.

¹⁷⁷ BARRETTO, Vicente de Paulo. **O fetiche dos direitos humanos e outros temas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p. 58.

¹⁷⁸ São os casos, por exemplo, da Declaração Universal dos Direitos do Homem, 1949, art.22; Convenção relativa aos direitos da criança, 1959, art.39; Pacto internacional relativo aos direitos civis e políticos, 1966, art. 10; Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos, 1997, Parte A, art.2.

¹⁷⁹ BARRETTO, Vicente de Paulo. **O fetiche dos direitos humanos e outros temas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p. 58.

inovação ao reconhecê-la como fundamento do Estado. Ocorre que a nova Carta Constitucional, para cumprir também um novo papel, precisava passar de um mero estatuto de Estado para ser, sobretudo, estatuto de uma nova cidadania¹⁸⁰.

Conforme destaca Barretto, para que se possa estabelecer o conceito jurídico de dignidade humana e, conseqüentemente, delimitar o seu espaço jurídico, é necessário distingui-lo de outros conceitos comuns da teoria do direito. Assim, tencionando distinguir a dignidade dos direitos humanos, o autor afirma que “a dignidade humana designaria não o ser homem, o indivíduo, mas a humanidade que se encontra em todos os seres humanos. Enquanto os direitos humanos representaram a defesa da liberdade diante do despotismo, a dignidade humana significou a marca da humanidade diante da barbárie”¹⁸¹.

O conceito de dignidade humana situa-se em um plano epistemológico diverso do conceito de direitos humanos, pois não assinala nem mais nem menos a essência do homem, como ocorre nos direitos humanos, mas atribui um significado diverso a essa essência. Segundo Barretto,

A dignidade humana situa-se no cerne da luta contra o risco da desumanização, conseqüência do desenvolvimento desmesurado da tecnologia e do mercado. O inimigo não é mais unicamente e exclusivamente o poder do Estado, mas também o próprio produto do conhecimento humano e do sistema produtivo¹⁸².

Vê-se assim, que a dignidade humana se refere não ao indivíduo, mas à humanidade. Para se chegar até essa concepção atual de dignidade humana, muitos autores foram decisivos, mas a construção do conceito de dignidade humana na cultura contemporânea deita suas raízes, principalmente, no pensamento de Immanuel Kant. Kant atribuiu o fundamento da dignidade não ao fato de o ser humano ser a imagem e semelhança de Deus, mas sim pela sua capacidade de submeter-se às leis por ele mesmo elaboradas e de formar um projeto de vida consciente. Surge aí a concepção de indivíduo e de sujeito de direito. Kant estabelece a esfera inviolável da consciência humana, essencial à noção de autonomia, que é característica exclusiva do ser

¹⁸⁰ GONÇALVES, Claudia Maria da Costa. **Direitos fundamentais sociais**: releitura de uma constituição dirigente. Curitiba: Juruá, 2006. p. 167.

¹⁸¹ BARRETTO, Vicente de Paulo. **O fetiche dos direitos humanos e outros temas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p. 60

¹⁸² BARRETTO, Vicente de Paulo. **O fetiche dos direitos humanos e outros temas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p. 61.

racional. Para Kant, o homem existe como um fim em si mesmo, não como um meio para o uso da sua vontade ou de outrem. Para ele, o homem não possui valor, está acima de qualquer preço, porque possui dignidade.

Com base nesta premissa, Kant sustenta que:

[...] o Homem, e, duma maneira geral, todo ser racional, existe como um fim em si mesmo, não simplesmente como meio para o uso arbitrário desta ou daquela vontade. Pelo contrário, em todas as suas ações, tanto nas que se dirigem a ele mesmo como nas que se dirigem a outros seres racionais ele tem sempre de ser considerado simultaneamente como um fim. (...) Portanto, o valor de todos os objetos que possamos adquirir pelas nossas ações é sempre condicional. Os seres cuja existência depende, não em verdade da nossa vontade, mas da natureza, têm contudo, se são seres irracionais, apenas um valor relativos como meios e por isso se chamam coisas, ao passo que os seres racionais se chamam pessoas, porque a sua natureza os distingue já como fins em si mesmos, quer dizer, como algo que não pode ser empregado como simples meio e que, por conseguinte, limita nessa medida todo o arbítrio (e é um objeto de respeito).¹⁸³

A concepção Kantiana de valor afasta qualquer coisificação e instrumentalização do ser humano. Porém, não basta que a ação não contradiga a humanidade da pessoa, o próprio homem deve concordar com ela. Deve haver um esforço de cada indivíduo para o alcance dos fins de seus semelhantes¹⁸⁴. Assim, “no reino dos fins”, onde tudo tem um preço ou uma dignidade, os homens não podem ser tarifados, pois são únicos, não possuem equivalentes e, portanto, estão acima de qualquer preço, possuindo dignidade.

Nesse aspecto, vale notar que cotidianamente se vê os doutrinadores da área juslaboral dizerem que o trabalhador não se vende por meio de contrato, porque não é mercadoria, já que é dotado de dignidade. No entanto, força-se a concordar com aqueles que referem que esta assertiva não passa de uma ficção jurídica, já que não é possível, de fato, separar o homem de sua força de trabalho ou atividade. E mais, a realidade das relações trabalhistas parece não se importar com a teoria.

Havendo excesso de mão de obra no mercado de trabalho, há redução salarial, há incremento das práticas discriminatórias na admissão e manutenção do emprego, há

¹⁸³ KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes e outros escritos**. Tradução de Leopoldo Holzbach – São Paulo: Martin Claret, 2004.

¹⁸⁴ GOSDAL, Thereza Cristina. **Dignidade do trabalhador**: um conceito sob o paradigma do trabalho decente e da honra. São Paulo: LTr, 2007. 54.

superexploração do emprego, há descaso com a saúde. A ficção da separação entre a força de trabalho e o trabalhador, a hipótese de o trabalhador vender tão somente a sua força de trabalho e, não a si mesmo, não se apresenta de maneira clara nas relações cotidianas de trabalho. O trabalhador como um todo comparece à empresa para realizar a jornada contratada, todo ele se submete ao poder diretivo do empregador e às condições de trabalho por ele impostas, todo o ser do trabalhador depende da contraprestação salarial, todo ele adoce e todo ele se acidenta.

No mais, há de se notar que em cada pessoa reside a humanidade que exige o respeito de todas as demais pessoas. Mas a dignidade se encontra no respeito que antes de tudo, cada pessoa tem consigo mesma, como pessoa em geral e como homem. Nas palavras de Barreto, “essa valoração de si mesmo representa o caráter sublime da constituição moral do ser humano, sendo que a dignidade humana reside em última análise na preservação pelo homem da dignidade da humanidade¹⁸⁵”.

Por fim, entende-se que o conteúdo do princípio da dignidade humana pode ser desdobrado em duas máximas: não tratar a pessoa humana como simples meio e assegurar suas necessidades vitais. Pode-se verificar que a primeira destas máximas deita suas raízes no imperativo categórico de Kant, que estabelece que a pessoa jamais possa ser utilizada como meio de vontade de outra pessoa, mas sempre, e concomitantemente, como tendo um fim e si mesma¹⁸⁶.

Já, a segunda máxima nos alça a um conceito mais abrangente de dignidade humana, pois dela se extrai que o ser humano não é um espírito puro. A pessoa é um ser corpóreo que possui necessidades, necessidades estas que devem ser atingidas para livrá-la da sujeição e da degradação. Neste contexto, a dignidade da pessoa exige para sua preservação o acesso a um trabalho decente, à moradia e aos cuidados relativos à saúde. Ainda, o princípio da dignidade humana exige também o acesso aos bens espirituais, como a educação e a cultura, e a proteção da integridade física e mental da pessoa, com vistas a coibir a tortura mental, que pode assumir diversas formas¹⁸⁷. Nota-se, nesta segunda máxima o conceito de dignidade humana se

¹⁸⁵ BARRETTO, Vicente de Paulo. **O fetiche dos direitos humanos e outros temas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p. 69.

¹⁸⁶ GOSDAL, Thereza Cristina. **Dignidade do trabalhador**: um conceito sob o paradigma do trabalho decente e da honra. São Paulo: LTr, 2007. p. 76.

¹⁸⁷ GOSDAL, Thereza Cristina. **Dignidade do trabalhador**: um conceito sob o paradigma do trabalho decente e da honra. São Paulo: LTr, 2007. p. 71.

assemelha, e muito, com o conceito de saúde da OMS, o que evidencia a correlação entre dignidade humana e saúde.

É sabido que com a promulgação da CF de 1988, restou garantido e universalizado o direito à saúde a todos os cidadãos, independente de possuírem emprego ou não. Contudo, até a atual Carta, o que se viu foram tentativas de minimizar os danos já causados à saúde dos empregados. Conforme já referido, a maioria das regras que surgiram, até então, não visavam proteger sua saúde, nem, tampouco, dignificar as suas condições de seres humanos e trabalhadores, de forma que não havia uma atenção efetiva com seu bem-estar físico, psíquico e social.

Ademais – e nunca é demais ressaltar – muitas das regras que surgiram anteriormente à CF 88 e, que de alguma forma acabavam por proteger o trabalhador – via de regra, indenizando danos já ocorridos – foram elaboradas por necessidades da própria indústria, que não poderia ficar à mercê das condições de saúde dos obreiros, correndo o risco de ter que interromper a produção. A preocupação, pois, em nada tinha a ver com a dignidade, no seu sentido mais amplo, do trabalhador.

Hoje a situação adquiriu contornos diferentes, e a preocupação com a pessoa do obreiro está no cerne da Saúde do Trabalhador. A Constituição de 1988 igualou o valor do trabalho ao valor da livre iniciativa, equiparando formalmente capital e trabalho. Contudo, esta equiparação formal não se traduz no plano material; mas o ordenamento não ignorou o fato e, a partir da Lei Orgânica da Saúde, privilegiou a saúde do trabalhador.

O trabalho é sem dúvida o polo mais fraco na relação com o capital e, assim, sendo, o trabalhador está sempre vulnerável ao empregador. Garantir a dignidade do trabalhador significa garantir um trabalho decente capaz de assegurar-lhe as condições de sobrevivência e de privilegiar o seu completo bem-estar físico, psíquico e social, o que legalmente já está garantido, mas que efetivamente ainda deixa a desejar.

Defender a saúde do homem trabalhador significa, pois, defender a sua dignidade como um todo. Só a partir do reconhecimento da essencialidade do trabalho na vida do operário é que se consegue visualizar que condições laborais impróprias afetam não só o seu bem-estar físico mas também o seu bem-estar psíquico e moral. Assim, visualizar a formação de um Direito Sanitário do Trabalho reflete o relevo alcançado pelo trabalho na vida do ser humano e da

concepção de dignidade no ordenamento jurídico. Feitas tais considerações, averiguar-se-à a forma como o direito à saúde do trabalhador se apresenta em nossa Constituição Federal. Para tanto, seguir-se-á, no próximo tópico, uma reflexão acerca dos acontecimentos que influenciaram a constitucionalização do direito à saúde do trabalhador no Brasil.

3.4 A CONSTITUCIONALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: A SAÚDE DO TRABALHADOR E SEUS ANTECEDENTES

A fim de melhor compreender a etapa atual de avanço do direito à saúde do trabalhador é necessário repassar os marcos principais de sua trajetória. Para obter segurança e domínio dos compartimentos atuais do edifício do direito fundamental à saúde, é imprescindível conhecer suas fundações e estruturas básicas fincadas no passado¹⁸⁸.

Mundialmente, a história da saúde do trabalhador passou por três etapas progressivas¹⁸⁹. A primeira etapa, da Medicina do Trabalho, teve início por volta de 1830. Caracterizada pela inserção do profissional de saúde no ambiente laboral, representado pelo mero atendimento do trabalhador doente sem influenciar ou mesmo analisar os fatores etiológicos ocupacionais da enfermidade, não se preocupando com as relações com o trabalho desenvolvido. Nessa fase o médico não tinha nenhuma interferência ou compromisso com a investigação científica, atuando apenas como um profissional de inteira confiança do empregador para administrar os agentes agressores e possibilitar o retorno do obreiro o mais rapidamente possível à linha de produção¹⁹⁰.

Consolidou-se, esta etapa, pelas Recomendações das OIT n° 99¹⁹¹, 112¹⁹², de 1955 e 1959, respectivamente. No Brasil, os serviços médicos só passaram a ser obrigatórios a partir

¹⁸⁸ “Conhecer a saga do conhecimento na área em que trabalhamos dá mais sentido ao pedaço da caminhada que nos propomos a fazer hoje. Ajuda-nos, também, a valorizar mais o lugar em que estamos hoje, e a vislumbrar melhor aonde queremos chegar. E não deixa de ser, também, um método profilático contra a tentação de ‘reinventar a roda’ ou de agir como se tudo estivesse começando agora, e conosco...” (MENDES, René. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p. 5).

¹⁸⁹ MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, n. 25, p. 341-349, 1991.

¹⁹⁰ OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Proteção Jurídica à saúde do trabalhador**. 2. ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: LTr, 1998.

¹⁹¹ Recomendação da OIT n° 99, de 25 de junho de 1955, dispõe sobre princípios e métodos de orientação vocacional e treinamento profissional, meios de aumentar oportunidades de emprego para os portadores de deficiência, emprego protegido, disposições especiais para crianças e jovens portadores de deficiência.

¹⁹² A Recomendação n.º 112 da OIT foi, no plano internacional, o primeiro e o único texto a descrever com exatidão os elementos e as condições da medicina no trabalho, quando a define como um serviço organizado no local de trabalho ou na sua proximidade e destinado:

de 1976, por força da Portaria nº 3237/72, conforme o risco e quantidade de empregados. Hoje, está regulamentada na própria NR 4 da Portaria 3214/78, e prevista no artigo 162¹⁹³ da CLT.

A segunda fase, conhecida como período ocupacional, é marcada pela corrente humanitária que inspirou a legislação de vários países no pós-guerra, com alicerce filosófico na Carta das Nações Unidas, cujo propósito era o de preservar o progresso social e dar melhores condições de vida às pessoas.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem, cujo conteúdo, na avaliação de Arnaldo Sussekind, “constitui fonte de máxima hierarquia no mundo do Direito, enunciando princípios que devem iluminar a elaboração e aplicação das normas jurídicas”¹⁹⁴, exaltou além do direito à vida, à liberdade e à dignidade humana, a máxima de que todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família, saúde e bem-estar, conforme dispõe o seu Art. XXIII.

Estes princípios nortearam profundas alterações na Medicina do Trabalho, contribuindo para fomentar o ingresso de profissionais especializados no diagnóstico e prevenção das doenças e acidentes ocupacionais, como por exemplo, os engenheiros, psicólogos, audiologistas, químicos, entre outros, para a elaboração de uma avaliação transdisciplinar do ambiente do trabalho.

O médico, isoladamente, nada podia fazer se a causa da doença estivesse inserida na análise do próprio ambiente de trabalho e exposição do empregado ao contínuo contato com agentes agressivos à saúde. Esta nova concepção chegou ao Brasil somente na década de 1970, com a Portaria 3214/78, tornando obrigatória a participação de médicos, engenheiros e enfermeiros, técnicos de segurança do trabalho e auxiliares de enfermagem, nos Serviços

-
- a) A assegurar a proteção dos trabalhadores contra qualquer dano para a sua saúde que possa resultar do seu trabalho ou das condições em que este se efetua;
 - b) A contribuir para a adaptação física e mental dos trabalhadores, nomeadamente, pela adaptação do trabalho aos trabalhadores e pela afetação dos trabalhadores a trabalhos para os quais sejam aptos;
 - c) A contribuir para o estabelecimento e manutenção do mais elevado grau possível de bem-estar físico e mental dos trabalhadores.

¹⁹³ O texto legal é o seguinte: “Art. 162: As empresas, de acordo com normas a serem expedidas pelo Ministério do trabalho, estarão obrigadas a manter serviços especializados em segurança e em Medicina do Trabalho. Parágrafo único. As normas a que se refere este artigo estabelecerão: a) classificação das empresas segundo o número de empregados e a natureza do risco de suas atividades; b) o número mínimo de profissionais especializados exigido de cada empresa, segundo o grupo em que se classifique, na forma da alínea anterior; c) a qualificação exercida para os profissionais em questão e o seu regime de trabalho; d) as demais características e atribuições dos serviços especializados em segurança e em Medicina do Trabalho, nas empresas.”

¹⁹⁴ SUSSEKIND, Arnaldo. **Convenções da OIT**. São Paulo: LTR, 1994. p. 531.

Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho, SESMT, além de novas normas de ergonomia instituídas pela NR17.

A última e atual fase, denominada de saúde do trabalhador, focalizou o obreiro de modo ativo no processo de combate e prevenção à doença e suas etiologias. O empregado passa de sua posição inerte para, efetivamente, provocar e articular melhores condições de trabalho. Elevou-se ao patamar constitucional, a saúde do trabalhador como direito social.

Por fim, no Brasil, especificamente, no que se refere aos momentos que antecederam a promulgação da Magna Carta de 1988, cumpre ressaltar que a nossa atual Constituição surgiu em um cenário de tentativa de redemocratização, fruto de movimentos sociais e políticos que eclodiram no final dos anos 1970. Portanto, o caráter transformador que pode ser verificado em nossa Constituição se justifica pela tentativa de corrigir as injustiças oriundas de uma ordem social e juridicamente imoral vivenciadas durante o período ditatorial brasileiro.

A década anterior à promulgação da Constituição Federal de 1988 foi marcada por uma série de acontecimentos que influenciaram os rumos e o tratamento que viria a ser dispensado à saúde na nova Carta Constitucional. Entre os anos de 1981 e 1985, foram aprovadas as convenções nºs 155¹⁹⁵ e 161¹⁹⁶ da OIT, as quais estabeleceram notáveis avanços no que se refere à fixação de um conceito amplo de saúde, obrigatoriedade de uma política nacional de saúde, adaptação dos processos de produção às capacidades físicas e mentais dos trabalhadores, direito do empregado de interromper uma situação de trabalho quando ela envolva perigo eminente e grave para a sua vida, inclusão das questões de segurança, higiene e meio ambiente de trabalho em todos os níveis, entre outros¹⁹⁷.

¹⁹⁵ Convenção 155 da OIT: Adotada na 67ª Conferência Internacional do Trabalho, realizada em Genebra, no ano de 1981, foi aprovada, no Brasil, pelo Decreto Legislativo nº2/1992 e ratificada em 18/05/1992, tendo entrado em vigor um ano depois, em 18/05/1993. Sua promulgação ocorreu através do Decreto nº 1.254/94. Sua importância diz respeito ao fato de estabelecer normas e princípios acerca da segurança e da saúde dos trabalhadores, bem como por tratar do tema referente ao meio ambiente do trabalho, estimulando os países signatários a adotarem políticas efetivas acerca desse tema.

¹⁹⁶ Convenção 161 da OIT: Adotada na 71ª Conferência Internacional do Trabalho realizada em Genebra, no ano de 1985, foi aprovada, no Brasil, pelo Decreto Legislativo nº 86/1989 e ratificada em 18/05/1990, tendo entrado em vigor um ano depois, em 18/05/1991. Sua promulgação ocorreu através do Decreto nº 127/1991. Através desta convenção também se tratou da segurança e saúde dos trabalhadores, contudo, o foco de abrangência centrou-se na regulamentação dos serviços de saúde no local de trabalho.

¹⁹⁷ OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Proteção Jurídica à saúde do trabalhador**. 2. ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: LTr, 1998. p. 68.

E como restou evidenciado através do retrospecto histórico traçado, a situação vivida pelos trabalhadores no Brasil não fora nada agradável, estando sujeitos às mais diversas agressões produzidas no ambiente de trabalho ou em decorrência deste.

Neste sentido, refere Sebastião Oliveira:

A preocupação dos organismos internacionais com a humanização do trabalho acabou por refletir também no Brasil, especialmente pela quantidade acentuada de acidentes de trabalho, que levou o País a obter, no início da década de 1970, o incômodo título de campeão mundial de acidentes.¹⁹⁸

A situação de trabalho no Brasil fez com que os trabalhadores sentissem a necessidade de começar a discutir mais seriamente as suas relações de trabalho e as condições de saúde dentro do ambiente do trabalho.

Conforme refere Eligio Resta:

O direito nasce quando um grupo começa a observar-se em termos de estabilidade e regula a sua convivência em função de um tempo menos próximo: para sobreviver a si mesmo, deve transformar aquela violência em uma força conservadora e estabilizante. Essa é a condição psicológica que explica a passagem, também aqui hobbesiana, da violência ao direito.¹⁹⁹

Conforme já visto anteriormente, em 1986 a 8ª Conferência Nacional da Saúde abordou o assunto e despertou de maneira mais profunda o debate acerca do Direito à Saúde.

Já no ano de 1987, o DIESAT – Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho - reuniu diversos sindicatos para discutirem questões atinentes à Saúde no Trabalho. Nesse evento, concluiu-se pela necessidade de eliminação dos riscos de acidentes, definindo que as entidades representativas dos trabalhadores deveriam ter

¹⁹⁸ OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Proteção Jurídica à saúde do trabalhador**. 2. ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: LTr, 1998. p. 68.

¹⁹⁹ RESTA, Eligio. **O direito fraterno**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2004. p. 59.

como meta a incorporação da questão da saúde e das melhorias das condições de trabalho em suas campanhas e acordos coletivos²⁰⁰.

Todos esses acontecimentos influenciaram e propulsionaram o surgimento do texto Constitucional de 1988, o qual tem seu alicerce não apenas na garantia de liberdade e de não discriminação, mas, sobretudo, em valores sociais e princípios que visam à defesa da dignidade da pessoa humana.

Legal e burocraticamente, o Brasil pratica hoje a etapa da Saúde do Trabalhador. Mas o que isso significa? Quais são as mudanças que daí decorrem e, sobretudo, tal etapa é vivenciada na prática? As respostas para essas indagações, de vital importância, serão apresentadas nos próximos tópicos deste capítulo.

3.5 O DIREITO À SAÚDE: REFLEXOS NA SAÚDE DO TRABALHADOR

Ao longo da história brasileira, as garantias à saúde foram sendo construídas gradualmente, sendo que tão somente com o advento da CF de 1988 o direito à saúde passou a ser visto e reconhecido como um direito social e humano fundamental, sendo garantia constitucional assegurada no art. 6º do referido diploma legal.

Contudo, muito embora a saúde esteja entre os direitos fundamentais consagrados na CF, é sabido que isto não significa a sua efetividade. Conforme aduz Ferrajoli:

La definizione di diritto fondamentali é non meno árdua e problemática di quella di diritto soggettivo... Definirò dunque diritto fondamentali tutti quei diritti che spettano universalmente a tutti o in quanto persone naturali, o in quanto cittadini, o in quanto persone naturali capaci d'agire o in quanto cittadini capaci d'agire.²⁰¹

Nos termos do art. 196 da Constituição Federal, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de

²⁰⁰ REBOUÇAS, Antônio José Arruda et. al. **Insalubridade; morte lenta no trabalho**. São Paulo: Oboré, 1989. p. 218-220.

²⁰¹ Em tradução livre: A definição de direito fundamental não é menos árdua e problemática do que aquela de direito subjetivo...Definirei, então, direito fundamental todos aqueles direitos que são universalmente de todos ou como pessoa natural, ou como cidadãos, ou como pessoas naturais com capacidade de agir ou como cidadãos capazes de agir. (FERRAJOLI, 2007, p. 725-726)

doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

Acerca da positivação do direito à saúde, Silvia Badim Marques²⁰² pondera:

Reconhece-se, pela primeira vez no Brasil, a igualdade, a liberdade e a cidadania como princípios emancipatórios da vida social. (...) As diretrizes constitucionais, portanto, balizam a construção da política pública de saúde no Brasil, que por seu arcabouço jurídico sólido, alicerçado na mais alta norma da estrutura escalonada de produção do direito, configura-se como política de Estado, que deve ser observada por todos os governantes, parlamentares e administradores públicos. O direito social à saúde tem raízes jurídicas fortes, capazes de obrigar os governantes à prestação ordenada e sistêmica do mais alto cuidado com a saúde de todos, com respeito às diversidades e à dignidade de cada um, seguindo a diretriz de integralidade de assistência.

No que se refere aos direitos fundamentais, Jesús Maria Casal Hernández destaca que estes direitos, quando tratados no âmbito constitucional, são assim denominados por se tratarem de “direitos inerentes à pessoa, reconhecidos, explícita ou implicitamente pela Constituição”²⁰³.

Há de se ter presente que a partir do momento em que o direito à saúde passou a ser considerado como um direito humano universal, sua exigência foi atribuída a todos, ou seja, o direito à saúde “deixa de ser somente o direito da pessoa e passa a ser um bem da comunidade, um direito reconhecido para todos”²⁰⁴.

Dentre as várias questões que emergem quando o assunto é a efetivação do direito à saúde, uma parece apresentar uma resposta consensual. A responsabilidade pela efetivação de políticas públicas que assegurem o direito à saúde é de todos, tanto do Estado quanto da sociedade, de modo que todos os cidadãos são, ao mesmo tempo, titulares do direito à saúde e responsáveis pela sua concretização. Mas, se é verdade que o direito à saúde deve ser garantido a todos, também é verdade que algumas “classes de cidadãos” necessitam de políticas públicas

²⁰² MARQUES, Silvia Badim. **Judicialização do direito à saúde**. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S151641792008000200005&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 10 set. 2012. p. 72.

²⁰³ HERNÁNDEZ, Jesús Maria Casal. Condiciones para la implantación o restricción de Derechos Fundamentales. **Revista de derecho de la Universidad Católica del Uruguay**, v.3, p. 112, 2002.

²⁰⁴ VIAL, Sandra Regina Martini. Democracia, direito e saúde: do direito ao direito à saúde. In: **CONSTITUIÇÃO, sistemas sociais e hermenêutica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora; São Leopoldo: UNISINOS, 2010, n.6, p. 166-197. p. 194.

de saúde específicas. É o caso, por exemplo, das gestantes, dos infantes e, ao que nos interessa, dos trabalhadores.

Nesse sentido, na Constituição Federal de 1988, o art. 200²⁰⁵ incisos II e VIII estabelecem que o SUS – Sistema Único de Saúde – tem por dever executar ações de vigilância sanitária e epidemiológicas, bem como as de saúde do trabalhador. No inciso VIII, resta expressamente estabelecido o dever de colaborar com a proteção do meio ambiente, estando nele compreendido o meio ambiente do trabalho.

No que diz respeito aos direitos dos trabalhadores, o art. 7^o²⁰⁶, XXII da Constituição, prevê a necessidade de “redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança”, ao passo que o inciso XXVIII estabelece o direito dos empregados a terem “seguro contra acidentes de trabalho, a cargo do empregador, sem excluir a indenização a que está obrigado quando incorrer em dolo ou culpa”.

Ambos os artigos embasam um núcleo de regras jurídicas, políticas públicas específicas e conhecimentos científicos que visam proteger a saúde dos trabalhadores. Este núcleo, que se denomina Saúde do Trabalhador, compreende o conjunto de conhecimentos oriundos de diversas disciplinas, como Medicina Social, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Clínica Médica, Medicina do Trabalho, Sociologia, Epidemiologia Social, Engenharia, Psicologia, dentre tantas outras, que – aliado ao saber do trabalhador sobre seu ambiente de trabalho e suas vivências das situações de desgaste e reprodução – estabelece uma nova forma de compreensão das relações entre saúde e trabalho e propõe uma nova prática de atenção à saúde dos trabalhadores e intervenção nos ambientes de trabalho.²⁰⁷

Segundo refere Nardi²⁰⁸,

²⁰⁵ O texto legal é o seguinte: “Art. 200: Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: II-executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador. VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”.

²⁰⁶ O texto legal é o seguinte: “Art.7º: São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria da sua condição social: XXII – redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança. XXVIII – seguro contra acidentes de trabalho, a cargo do empregador, sem excluir a indenização a que está obrigado, quando incorrer em dolo ou culpa”.

²⁰⁷ NARDI, Henrique Caetano. Saúde do Trabalhador. In: CATTANI, A. D. (Org.). **Trabalho e tecnologia, dicionário crítico**. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 219-224. Disponível em: <http://webensino.unicamp.br/disciplinas/FN700-292964/apoio/9/Nardi_07.doc>. Acesso em: 25 jun. 2012.

²⁰⁸ NARDI, Henrique Caetano. Saúde do Trabalhador. In: CATTANI, A. D. (Org.). **Trabalho e tecnologia, dicionário crítico**. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 219-224. Disponível em: <http://webensino.unicamp.br/disciplinas/FN700-292964/apoio/9/Nardi_07.doc>. Acesso em: 25 jun. 2012.

Esse conceito situa-se no quadro geral das relações entre saúde e trabalho e apresenta-se como um modelo teórico de orientação às ações na área da atenção à saúde dos trabalhadores, no seu sentido mais amplo, desde a promoção, prevenção, cura e reabilitação, incluídas, aí, as ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Esse modelo vai orientar a aplicação do conhecimento técnico oriundo das disciplinas que se atêm a este campo e que foram exemplificadas anteriormente. O estudo dos modos de desgaste e reprodução da força de trabalho apresenta uma influência fundamental do materialismo histórico. A metodologia que orienta esse estudo estabelece a análise dos impactos dos ambientes e das formas de organização e gestão do trabalho na vida dos trabalhadores a partir da determinação histórica e social dos processos de saúde e doença.

O termo surgiu no Brasil no bojo do Movimento pela Reforma Sanitária, que se intensificou no país a partir da década de 1980, como já visto, e teve, na Reforma Sanitária Italiana, seu exemplo inspirador.²⁰⁹ Resultado da comunhão de esforços de técnicos de saúde ligados às universidades e ao Ministério da Saúde com os trabalhadores, dentro da emergência do Novo Sindicalismo, a saúde do trabalhador nasceu como contraponto aos modelos hegemônicos das práticas de intervenção e regulação das relações saúde-trabalho da Medicina do Trabalho, Engenharia de Segurança e Saúde Ocupacional, e consolidou-se como conceito dentro dos textos legais da Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) de 1990²¹⁰. Tem-se a seguinte definição legal no artigo VI da lei 8.080: “conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”.

A principal característica que diferencia a Saúde do Trabalhador, em seu modelo teórico, é a afirmação do trabalhador como sujeito ativo do processo de saúde-doença (incluindo aí a participação efetiva nas ações de saúde), e não meramente como objeto da atenção à saúde, tal como é tomado pela Saúde Ocupacional e pela Medicina do Trabalho. Além disso, trata-se da construção de um saber e de práticas transdisciplinares que se diferenciem de uma ação centrada no conhecimento médico e nos saberes divididos em compartimentos (Engenharia, Psicologia, Medicina, Enfermagem, Serviço Social, etc.) na forma de uma equipe de técnicos das várias

²⁰⁹ TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989.

²¹⁰ NARDI, Henrique Caetano. Saúde do Trabalhador. In: CATTANI, A. D. (Org.). **Trabalho e tecnologia, dicionário crítico**. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 219-224. Disponível em: <http://webensino.unicamp.br/disciplinas/FN700-292964/apoio/9/Nardi_07.doc>. Acesso em: 25 jun. 2012.

profissões que não estabelecem uma interlocução, como tradicionalmente tem-se dado na Medicina do Trabalho e na Saúde Ocupacional, respectivamente²¹¹.

O desenvolvimento do campo da Saúde do Trabalhador como uma reivindicação dos movimentos sindicais e os dos técnicos de saúde ligados à reforma sanitária, manifestou uma profunda discordância com o modelo da prática da Medicina do Trabalho, dado o intenso envolvimento dos médicos do trabalho com o capital. Segundo essa nova concepção, as condutas profissionais que vinham sendo praticadas poderiam ser classificadas como antiéticas²¹² por assumirem, os médicos, posturas de defesa do capital em detrimentos da saúde dos trabalhadores. Assim, o “surgimento do termo Saúde do Trabalhador passa a colocar a saúde dos trabalhadores como principal objetivo da prática nesse campo, ao invés do julgamento da aptidão para o trabalho”²¹³.

Muito embora tenha sido definida e normatizada em textos legais, a efetivação dos moldes propostos para a saúde do trabalhador – em que devem surgir os princípios da universalidade, equidade e integralidade, tendo como perspectiva o controle social das políticas e dos serviços de atenção à saúde dentro do (SUS) – enfrentou a resistência dos setores hegemônicos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Esses segmentos que já estavam, e em muitos casos ainda estão, enraizados nos serviços médicos das empresas e nas associações profissionais, assim como dentro de setores do Ministério do Trabalho²¹⁴, opunham-se ao novo modelo proposto por considerarem excessiva a influência das Ciências Sociais, e por representar uma proposta estatizante e socializante para a prática da Medicina²¹⁵.

Nas palavras de Nardi, além desses fatos,

²¹¹ NARDI, Henrique Caetano. Saúde do Trabalhador. In: CATTANI, A. D. (Org.). **Trabalho e tecnologia, dicionário crítico**. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 219-224. Disponível em: <http://webensino.unicamp.br/disciplinas/FN700-292964/apoio/9/Nardi_07.doc>. Acesso em: 25 jun. 2012.

²¹² AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. A situação do profissional de saúde ocupacional. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO, 5., 1987. Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ANMT, 1987. p. 125.

²¹³ NARDI, Henrique Caetano. Saúde do Trabalhador. In: CATTANI, A. D. (Org.). **Trabalho e tecnologia, dicionário crítico**. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 219-224. Disponível em: <http://webensino.unicamp.br/disciplinas/FN700-292964/apoio/9/Nardi_07.doc>. Acesso em: 25 jun. 2012.

²¹⁴ VASCONCELLOS, Luis Carlos Fadel de. **A municipalização como estratégia de consolidação da saúde do trabalhador no setor saúde**. 1994. (Dissertação de Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1994.

²¹⁵ FERREIRA JÚNIOR, C. Sessão solene de encerramento. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO, 5., 1987, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ANMT, 1987.

[...] existem todas as dificuldades de implantação do SUS propriamente dito. Trata-se do enfrentamento vivido por todos os setores que dependem de uma intervenção direta do Estado. Tal confronto é característico desse momento de uma política de liberalismo econômico e, portanto, de um Estado Mínimo. O Brasil, de certa forma, chegou atrasado na História ao propor uma política de welfare state (bem-estar social), dentro do modelo social-democrático adotado no pós-guerra na Europa, pois o fez em um momento em que o mundo está sendo varrido pela onda neoliberal²¹⁶.

Assim, sem ter ainda se enraizado efetivamente dentro do sistema público de atenção à saúde, a Saúde do Trabalhador enfrenta as correntes da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, que se beneficiam de uma intervenção estatal mínima, ficando a relação capital-trabalho no campo da saúde sem a mediação direta e suficiente do Estado.

Para melhor compreendermos as causas e as consequências da Constitucionalização da Saúde do Trabalhador e a consequente (tentativa de) ruptura com as etapas da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, cabe uma análise mais aprofundada sobre o tema.

3.5.1 Demarcação do espaço político das relações institucionais da Medicina do Trabalho e da Saúde do Trabalhador

A Medicina do Trabalho é uma especialidade bastante distinta das demais especialidades médicas, uma vez que é exercida no centro do conflito capital/trabalho. O Estado – verdadeiro mediador deste conflito – é o patrocinador desta especialidade no Brasil, regulando-a, determinando seu exercício. Essa especialidade médica foi regulada no país durante o período da ditadura militar, e ainda hoje carrega heranças autoritárias e de vinculação com o capital, já que no momento do seu nascimento “tomar como ponto de partida para o exercício profissional a existência de um conflito entre capital e trabalho que poderia ter consequências nefastas para a saúde dos trabalhadores, era considerado ato subversivo e um atentado contra a segurança nacional.²¹⁷”.

²¹⁶ NARDI, Henrique Caetano. Saúde do Trabalhador. In: CATTANI, A. D. (Org.). **Trabalho e tecnologia, dicionário crítico**. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 219-224. Disponível em: <http://webensino.unicamp.br/disciplinas/FN700-292964/apoio/9/Nardi_07.doc>. Acesso em: 25 jun. 2012.

²¹⁷ NARDI, Henrique Caetano. **Saúde, trabalho e discurso médico**: relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho. São Leopoldo: Ed. da UNISINOS, 1999. p. 17.

Iniciado o movimento pela abertura política brasileira, desenvolveu-se o Novo Sindicalismo²¹⁸, e, com ele, as questões de saúde começaram a ser vistas de um modo oposto àquele de traços clientelistas e assistencialistas praticados desde a Era Vargas até a Ditadura Militar. Essa nova concepção, conforme já vista, foi respaldada por uma gama de estudiosos ligados às Universidades, bem como de técnicos ligados ao próprio aparelho do Estado nas suas diversas instituições, mas principalmente no Ministério da Saúde e nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. A partir daí, consolidou-se um corpo de conhecimento que alcançou respaldo legal para iniciar sua implementação em serviços do Estado e em sindicatos de trabalhadores. Surge, aí, o que se denomina de Saúde do Trabalhador²¹⁹.

A Saúde do Trabalhador foi consolidada no Texto Constitucional de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde de 1990, como é sabido, mas isso não significa – ao menos não indiscutivelmente – que ela imponha uma ordem ou uma determinada forma de conduzir as relações sociais, pois, como bem lembra Campilongo²²⁰, há uma grande diferença entre o que se denomina “law in the book” e “law in action” – lei no livro e lei na ação.

A questão da saúde dos obreiros é, indubitavelmente, uma questão de Saúde Pública. Contudo, tradicionalmente, esteve sob responsabilidade do Ministério do Trabalho e do Ministério da Previdência Social, e não do Ministério da Saúde. Segundo Nardi,

Supõe-se que a hegemonia dos Ministérios da Previdência Social e do Trabalho, no que se refere à regulação das doenças e acidentes do trabalho, a partir de 1930, se deva à origem das doenças e acidentes de trabalho, que se encontra no ambiente em que se efetua a produção econômica do país e, portanto, com uma origem vinculada ao privado²²¹.

Essa realidade foi alterada tão somente na década de 1980, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 e da atual Lei Orgânica da Saúde, sendo que atualmente, as

²¹⁸ O Novo Sindicalismo é o nome dado às novas práticas sindicais que têm como marco as greves nas indústrias metalúrgicas de São Bernardo do Campo/SP, no ano de 1978. O Novo Sindicalismo tinha como característica a luta pela autonomia dos sindicatos em relação ao Estado, propondo negociação direta entre empresários e trabalhadores e buscando retirar o caráter assistencialista dos sindicatos. (ROCHA, Liz E.; NUNES, Everaldo D. Saúde e trabalho no Brasil. In: BUSCHINELLI, José T. P.; ROCHA, Liz E.; RIGOTTO, Raquel M. **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1993. p. 128).

²¹⁹ DIAS, Elizabeth Costa. **Atenção à Saúde dos trabalhadores no Setor Saúde no Brasil (SUS): realidade, utopia ou fantasia?** Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1994. p. 335.

²²⁰ CAMPILONGO, Celso Fernandes. **Trabalhador e o Direito à Saúde: A Eficácia das Normas Jurídicas de Proteção à Saúde do Trabalhador.** Washington, D.C., 1992.

²²¹ NARDI, Henrique Caetano. **Saúde, trabalho e discurso médico: relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho.** São Leopoldo: Ed. da UNISINOS, 1999. p. 19.

diretrizes da política de Saúde do Trabalhador estão sob o jugo do Ministério da Saúde – em parceria com os trabalhadores – sem, contudo, eximir as funções do Ministério do Trabalho e da Previdência Social, acentuando uma sobreposição de funções e explicitando diferenças teórico-ideológicas no campo da saúde. Nesse sentido, valem as palavras de Nardi, para quem,

Os técnicos de saúde, mais especificamente os médicos, estão presentes e são sujeitos privilegiados nessa disputa. As políticas de saúde têm como um de seus momentos de efetividade a atenção à saúde, que se realiza pelo contato do médico do trabalho (assim como outros profissionais de saúde) com o trabalhador doente. (...) Essa relação médico-paciente sofre (...) as consequências das disputas no campo da saúde relacionada ao trabalho²²².

Nessa mesma linha, Lurie, referindo-se à experiência Norte-Americana, debate os conflitos éticos que rodeiam os médicos do trabalho pertencentes aos quadros funcionais das empresas e que, constantemente são colocados sob suspeita de privilegiar o interesse dos empregadores em detrimento da saúde dos operários²²³.

Essa questão também se apresenta no Brasil, e necessita ser averiguada a partir dos discursos que se apresentam como regimes de verdade. No país, as duas grandes correntes de pensamento racionalmente distintas são as formações discursivas²²⁴ da Medicina do Trabalho e da Saúde do Trabalhador.

A ideia de formação discursiva aqui utilizada é tomada de Foucault, e possibilita uma interpretação da realidade que facilita o entendimento de como o conhecimento está imbricado nas relações de poder em certos momentos históricos. Isto é, facilita a compreensão de como a *arqueologia do saber* vai desvelar a *genealogia do poder*, implicando em certos *cuidados de si*²²⁵. Desta forma, torna-se compreensível o jogo de sentido, a forma como certas situações da

²²² NARDI, Henrique Caetano. **Saúde, trabalho e discurso médico**: relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho. São Leopoldo: Ed. da UNISINOS, 1999. p. 20.

²²³ LURIE. Ethical Dilemmas and Professional Roles in Occupational Medicine. **Social Science & Medicine**. v. 38, n.10, p. 1367-1374, 1994. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8023186>>. Acesso em: 16 jun. 2012.

²²⁴ Para Foucault, “sempre que se puder descrever, entre um certo número de enunciados, semelhantes sistemas de dispersão e se puder definir uma regularidade (uma ordem, correlações, posições, funcionamentos, transformações) entre os objetos, os tipos de enunciação, os conceitos, as escolhas temáticas, teremos uma formação discursiva”. (FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do Saber**. Petrópolis: Vozes; Lisboa: Centro do Livro Brasileiro, 1972. p. 43).

²²⁵ Nas palavras do próprio autor: “Ocupar-se de si - o que de uma forma ou de outra está presente em toda ética desde a falência da ética coesiva - não é uma preparação para a vida; é uma forma de vida. (...) Não há outro

relação saúde e trabalho são passíveis de interpretação e são materializadas em situações distintas.

Importa, nesse sentido referir alguns conceitos básicos. Segundo Foucault, a arqueologia do saber se constitui em um método para a descrição de campos de conhecimento, considerando o discurso não sob o ponto de vista estrito da epistemologia, que privilegia os requisitos de cientificidade, mas em nível mais amplo dos saberes que independem do rótulo de ciência. Refere o autor²²⁶:

Os territórios arqueológicos podem atravessar textos ‘literários’ ou ‘filosóficos’, bem como textos científicos. O saber não está investido somente em demonstrações, pode estar também em ficções, reflexões, narrativas, regulamentos institucionais, decisões políticas [...]. A prática discursiva não coincide com a elaboração científica a que pode dar lugar; o saber que ela forma não é nem o esboço rigoroso nem o subproduto cotidiano de uma ciência constituída. As ciências – pouco importa no momento a diferença entre os discursos que têm uma presunção ou um estatuto de cientificidade e os que não apresentam realmente seus critérios formais – aparecem no elemento de uma formação discursiva e tendo o saber como fundo.

Ainda, a construção da genealogia do poder, por Foucault, de forma sucessiva e inovadora, deriva da orientação epistemológica pela qual interessa fazer não a história do passado para ver como se configura o presente, mas a história do passado a partir do presente, dos embates atuais. Nas palavras do autor²²⁷:

[...] o problema não é de constituir uma teoria do poder que teria como função refazer o que um Boulainvilliers ou Rousseau queriam fazer. Todos os dois partem de um estágio originário em que todos os homens são iguais, e depois o que acontece? Invasão histórica para um, acontecimento mítico para outro, mas sempre aparece a idéia de que, a partir de um momento, as pessoas não tiveram mais direitos, e surgiu o poder. Se o objetivo for construir uma teoria do poder, haverá sempre a necessidade de considerá-lo como algo que surgiu em um determinado momento, de que se deveria fazer a gênese e depois a dedução. Mas se o poder na realidade é um feixe aberto, mais ou menos coordenado (e sem dúvida mal coordenado) de relações, então o único problema é munir-se de princípios de análise que permitam uma analítica do poder.

fim nem outro termo além do propósito de estabelecer-se junto a si, ‘residir em si mesmo’, fazer aí sua morada” (FOUCAULT, Michel. **Dits et écrits -1954-1988**. Paris: Gallimard, 1994. v. IV. p.356).

²²⁶ FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1972. p.222.

²²⁷ FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do Saber**. Petrópolis: Vozes; Lisboa: Centro do Livro Brasileiro, 1972. p. 154.

Por fim e, para melhor elucidar a maneira como determinadas situações do envolvimento entre saúde e trabalho são suscetíveis à interpretação e são concretizadas em situações distintas, importa referir a ideia de *cuidar de si* defendida por Foucault. A ideia é esclarecida por Wendhausen²²⁸:

Sendo o poder um conjunto de ações sobre ações possíveis, ele opera no campo das possibilidades, onde se inscreve o comportamento de pessoas ativas, por isso é menos da ordem do afrontamento e mais da ordem do governo. Governar, neste sentido é estruturar o campo de ação dos outros, para o que se faz necessário seu consentimento. Esta noção de poder, enquanto governo dos homens uns pelos outros, só é possível entre ‘sujeitos livres’, ou seja, sujeitos individuais ou coletivos que têm diante de si um campo de possibilidades, onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer. Portanto, poder e liberdade coexistem, são inseparáveis, a liberdade, ou pelo menos uma certa liberdade, é necessária para que o poder se exerça. (...) O problema da liberdade concerne ao que somos, ao que fazemos e a como nos percebemos; tem a ver diretamente com nossos comportamentos e sentimentos. Tem a ver com o modo como exercemos o poder e de como este gera poder e vice-versa. Constituir-se em sujeito que governa implica que alguém se haja constituído em sujeito que se ocupa de si, que cuida de si.

A discussão acerca da distinção entre essas duas correntes adquire especial relevância na medida em a relação médico-paciente é compreendida como uma ordem negociada²²⁹, na qual estão inclusas as visões de mundo, ou seja, representações sobre os papéis distintos entre médicos e pacientes, entre saúde e doença, entre os efeitos e causas de ser/estar doente ou saudável. Essas representações sofrem constantes variações de acordo a inserção e origem cultural, da posição de classe e das histórias singulares de cada sujeito. “No caso do adoecer/acidentar-se relacionado ao trabalho, por ter sua origem vinculada ao momento da produção, vai necessariamente implicar também nas representações do trabalho em si, das relações capital/trabalho e do papel da medicina e do Estado como mediadores das relações no que se refere à saúde dos trabalhadores”²³⁰.

As diferentes racionalidades envolvidas na relação entre o médico e o paciente são influenciadas pelos discursos defendidos nas instituições, e acabam determinando as políticas de saúde. O adoecer no – em decorrência do – trabalho resulta numa complexa rede de enunciados, chocando distintas formações discursivas que legitimam um aparato burocrático,

²²⁸ WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira; RIVERA, Soledad. O cuidado de si como princípio ético do trabalho em enfermagem. **Texto contexto - Enferm.** v. 14, n. 1, p. 111-119, 2005.

²²⁹ SPINK, Mary Jane Paris. A Relação Médico-Paciente como uma “Ordem Negociada”. **Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia.** São Paulo, v. 4, n. 2, p.104-111, 1992.

²³⁰ NARDI, Henrique Caetano. **Saúde, trabalho e discurso médico:** relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho. São Leopoldo: Ed. da UNISINOS, 1999. p. 25.

legal, institucional e científico. Nessa seara, há de se ter presente que as formações discursivas envolvidas na relação entre saúde e trabalho no que se refere às políticas públicas de saúde, se inserem no que Foucault conceituou como a especialização terciária, isto é, “o conjunto de gestos pelos quais a doença, em uma sociedade, é envolvida, medicamente investida, isolada, repartida em regiões privilegiadas e fechadas, ou distribuídas pelos meios de cura, organizados para serem favoráveis”²³¹.

Vê-se do conceito apresentado por Foucault que existe uma complexidade social da doença decorrente da maneira com que as sociedades se organizam e determinam quais os lugares a serem ocupados por determinadas doenças em determinadas épocas. Segundo Nardi, com a expansão contínua do capitalismo,

Vemos a sociedade regulamentada por um corpo de leis que incorpora um determinado saber técnico sobre as possíveis implicações do trabalho na saúde e sobre as formas de controle dos possíveis danos à saúde dos trabalhadores(...) esse controle surge e se afirma sob a tutela do Capital, que também se apropria da mão de obra. É dentro desses parâmetros institucionais-estruturais que se constrói a formação discursiva referente à Medicina do Trabalho.²³²

Interessante observar o pensamento de Schüller Sobrinho que no “Livro Básico de Medicina do Trabalho” de Vieira, descreve os objetivos da Medicina do Trabalho como adstritos aos objetivos de lucro das empresas. A partir dessa lógica, o objetivo do exame médico passa a ser a seleção dos mais aptos para que a produção seja mais eficiente. Refere o autor²³³:

As empresas têm seus objetivos que são alcançados através da participação de todos os elementos administrativos que, necessariamente, fazem a sua parte, contribuindo para a existência e o desenvolvimento da mesma. O serviço médico faz parte deste processo e deve ter uma função ligada aos objetivos da empresa. Os objetivos da empresa estão ligados à produção, quer de bens ou de serviços, que resulta do trabalho de sua mão de obra. Essa por sua vez, será mais eficiente quanto maior for a produtividade. A manutenção da higidez da força de trabalho é função do serviço médico, e é onde ele encontra a razão de sua existência, a luz dos objetivos da empresa. (...) O objetivo do exame médico admissional é selecionar para a empresa um contingente de mão de obra o mais sadio possível.

²³¹ FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1972. p. 16.

²³² NARDI, Henrique Caetano. **Saúde, trabalho e discurso médico**: relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho. São Leopoldo: Ed. da UNISINOS, 1999. p.28-29.

²³³ SCHÜLLER SOBRINHO, Otacilio. Temas de Ciências Sociais. In: VIEIRA, Sebastião Ivone. **Medicina Básica do Trabalho**. Curitiba: [s.n.], 1995. v. 4, p. 524, 537.

O contraponto a esse clássico modelo brasileiro – e mundial – foi, justamente, a aliança dos trabalhadores organizados com o movimento de Reforma Sanitária, que propôs, no plano legal, um corpo de regulamentação que tem por princípio a participação dos trabalhadores em conjunto com técnicos de saúde no controle dos ambientes de trabalho e nos cuidados à saúde dos trabalhadores sob a coordenação do Ministério da Saúde. Esta vertente, além de privilegiar a participação democrática nas políticas de Saúde Pública, coaduna-se com os preceitos instituídos pela metateoria do Direito Fraternal, responsabilizando a massa de trabalhadores pela atenção e promoção da saúde de cada um deles.

Segundo classificação de Hanna Arendt²³⁴, a atividade com o objetivo de sobrevivência, imposta, não é trabalho, mas sim labor. Este se distingue do verdadeiro trabalho por que este permite a superação e a transcendência, possibilitando a ocupação do espaço público e dotando o homem da capacidade de liberdade e ação política. E só o sujeito que ocupa o espaço público é que de fato é cidadão, um *homo faber* – o território de conflito é o chão da fábrica e a lógica é da disputa entre o capital e o trabalho, sendo a burocracia da Seguridade Social a legitimadora das relações de produção.

As premissas contidas na hipótese de Arendt possibilitam concluir que a evolução dos sistemas de atenção à saúde dos trabalhadores no Brasil está abalizada pelo desenvolvimento da correlação de forças entre o capital e o trabalho, em que as formações discursivas – Medicina do Trabalho e Saúde do Trabalhador – ajustam as experiências e os modos de compreensão da realidade social, seja por parte dos trabalhadores, seja por parte dos profissionais da saúde, no que se refere às vivências do adoecer/acidentar-se no trabalho. Segundo Nardi,

Encontra-se – dentro da disputa pela hegemonia do saber a respeito das relações saúde-trabalho – uma divisão que situa os técnicos de saúde ligados ao Sistema Único de Saúde e aos sindicatos mais vinculados à Saúde do trabalhador e os técnicos das empresas e da Previdência Social, mais vinculados à Medicina do Trabalho. Como decorrência, impõe-se a tensão do modelo tradicional de saúde dos trabalhadores, atrelado à legislação trabalhista-previdenciária, que se caracteriza como a formação discursiva da Medicina do Trabalho e que se encontra ligada, historicamente a uma tradição de regulação contraditória da relação Capital/Trabalho, identificada com o ponto de vista do Capital no sentido da harmonização com o trabalho²³⁵.

²³⁴ ARENDT, Hannah. **A Condição Humana**. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

²³⁵ NARDI, Henrique Caetano. **Saúde, trabalho e discurso médico**: relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho. São Leopoldo: Ed. da UNISINOS, 1999. p. 36.

A tensão referida pelo autor tem origem com as demandas populares que acabaram por culminar na promulgação da Constituição Federal de 1988 que decretou a universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde e, na regulamentação legal – Lei 8080 de 1990 – do controle social do SUS. Os princípios constitucionais da saúde no Brasil dão conta do que se entende por Saúde do Trabalhador nessa nova proposta de atenção à saúde.

Segundo Dias²³⁶, as competências do SUS no que se refere à saúde dos trabalhadores, não foram isentas de críticas por parte dos defensores do modelo clássico de atenção à saúde dos trabalhadores no Brasil. A autora elenca as competências da seguinte forma:

- a) assistência adequada ao trabalhador vítima de acidente do trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho. Essa competência foi severamente criticada uma vez que antes do SUS o trabalhador detinha um status “privilegiado” e, segundo os críticos, passaria a ser jogado “na vala comum do SUS”, com piora no atendimento e demora na resolução dos problemas de saúde, parelhando os que têm trabalho e que, portanto, contribuem como crescimento do país, com os “doentes comuns”²³⁷;
- b) realização de estudos, pesquisas, avaliação e controle de riscos e agravos potenciais à saúde, existentes nos ambientes de trabalho;
- c) a normatização, no âmbito de abrangência do SUS, da fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substância, produtos máquinas e equipamentos que apresentam risco à saúde dos trabalhadores.

Mais uma vez recaíram críticas ao SUS, pois se entendeu que havia uma invasão na competência do Ministério do Trabalho que detinha a exclusividade na fiscalização dos ambientes de trabalho. Sobre as críticas aventadas a este ponto, importam os relatos de Nardi:

A Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (FIRJAN) vai se lançar na defesa do Ministério do Trabalho e questionar esta atribuição legal do SUS. O Ministério do Trabalho (1994) consultado, através de um ofício protocolar da FIRJAN, vai responder oficialmente que, no seu entender, o SUS não tem atribuição legal nem tampouco os dirigentes sindicais devem acompanhar as fiscalizações,

²³⁶ DIAS, Elizabeth Costa. Aspectos Atuais da Saúde no Brasil. In: BUSCHINELLI, José T. P.; ROCHA, Liz E.; RIGOTTO, Raquel M. **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1993. p. 151.

²³⁷ NARDI, Henrique Caetano. **Saúde, trabalho e discurso médico:** relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho. São Leopoldo: Ed. da UNISINOS, 1999. p. 52.

prática esta afirmada na vigilância preconizada pela Saúde do Trabalhador. Este documento é rapidamente divulgado pela Federação das Indústrias de São Paulo (FIESP, 1995), evento esse que marca bem a aliança do Ministério do Trabalho com o Capital. O SUS, através do Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador, na pessoa de seu presidente, o secretário de Saúde do Rio de Janeiro (1995), vai rebater estas críticas, realizando a compilação da legislação federal e estadual que garante suas atribuições legais para realizar a vigilância dos ambientes de trabalho²³⁸.

- d) a avaliação dos impactos da introdução de novas tecnologias na saúde;
- e) a informação dos trabalhadores e empregados sobre os riscos para a saúde presentes nos processos de trabalho, incluindo a divulgação dos resultados de estudo, avaliações e fiscalizações realizadas em locais de trabalho.

A Saúde do Trabalhador busca a vigilância e a intervenção nos ambientes de trabalho, seguindo uma racionalidade de determinação histórica e social no processo saúde-doença. Assim, busca a criação de espaços de reintegração dos trabalhadores enfermos por meio de uma atenção à saúde distinta e intervenção nos ambientes de trabalho. Estas práticas emergentes transformam e são transformadas por “[...] um conjunto de enunciados e por um aparato técnico – institucional que lhes dá suporte e que é a garantia de sua consolidação”²³⁹.

A Saúde do Trabalhador vê no trabalhador o sujeito ativo do processo saúde-doença, incluindo neste aspecto a participação ativa nas ações de Saúde, e não meramente como objeto da atenção à saúde. No mais, a Saúde do Trabalhador efetiva a construção de um campo de saber transdisciplinar que se diferencia de uma ação centrada no conhecimento médico ou nos saberes divididos em compartimentos.

Há de se referir que não se crê na Saúde Ocupacional como uma formação discursiva distinta da Medicina do Trabalho, uma vez que não introduz rupturas fundamentais e estruturais na sua concepção e produção de conhecimento²⁴⁰; ou seja, a produção do conhecimento

²³⁸ NARDI, Henrique Caetano. **Saúde, trabalho e discurso médico**: relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho. São Leopoldo: Ed. da UNISINOS, 1999. p. 53.

²³⁹ NARDI, Henrique Caetano. **Saúde, trabalho e discurso médico**: relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho. São Leopoldo: Ed. da UNISINOS, 1999. p. 37.

²⁴⁰ Para melhor justificar a opção adotada, vale ver o porquê da saúde ocupacional não conseguiu atingir relevância no processo saúde x trabalho: 1 - a saúde ocupacional manteve o referencial da medicina do trabalho firmado no mecanismo; 2 - não concretizou o apelo à transdisciplinaridade: as atividades apenas se justapõem de maneira desarticulada e são dificultadas pelas lutas corporativas; 3- a capacitação de recursos humanos, a produção de conhecimento e de tecnologia de intervenção não acompanham o ritmo da transformação dos processos de trabalho; 3- o modelo, apesar de focar a questão no coletivo dos trabalhadores, continua a

mantém-se como uma atribuição técnico-científica, ignorando a participação e o saber dos trabalhadores²⁴¹. Isto é, o modelo de Saúde Ocupacional foi, e continua sendo, um modelo que mesmo guardando certa especificidade do campo das relações entre trabalho e saúde, tem suas vertentes e desenvolvimento marcados por cenários políticos e sociais mais amplos e complexos. Ademais, embora tenha traços comuns que lhe conferem certa universalidade, a Saúde Ocupacional possui ritmo e natureza próprios, espelhando a diversidade dos mundos políticos e sociais, e as diferentes maneiras dos sistemas da Saúde e do Trabalho se organizarem²⁴².

Tem-se assim, que a Saúde do Trabalhador surgida no contexto pró-democracia brasileira e consolidada na Constituição de 1988, caracteriza-se como uma rede enunciativa que coloca em cheque a legitimidade do exercício da medicina em benefício do capital. Por meio de uma conformação de saberes transdisciplinares – assim como transdisciplinar também é a própria saúde – que centraliza a valorização dos trabalhadores sobre seu trabalho e os efeitos deste na saúde, a normatização e evolutiva efetivação da Saúde do Trabalhador tem permitido vislumbrar o dia em que os cuidados com a condição de saúde do obreiro serão acatados e concretizados, respeitando-se, assim, o princípio máximo da dignidade da pessoa humana.

Para que isso ocorra, um difícil caminho ainda está pela frente, mas a atual legislação representa um imensurável avanço e possibilita a concretização deste objetivo. Ver-se-á, assim, a questão da normatização da Saúde do Trabalhador no Brasil, discutindo-se os seus limites e as suas possibilidades.

3.6 A SAÚDE NO ATUAL ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO: LIMITES E POSSIBILIDADES DA SAÚDE DO TRABALHADOR

A saúde é hoje um direito fundamental de todo o povo brasileiro que deve ser prestado, indiscriminadamente, de forma integral, universal e gratuita pelo Estado. Nesse cenário, o

abordá-lo como objeto das ações de saúde. (MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, n. 25, p. 341-349, 1991. p. 344.)

²⁴¹ NARDI, Henrique Caetano. **Saúde, trabalho e discurso médico**: relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho. São Leopoldo: Ed. da UNISINOS, 1999. p. 68.

²⁴² MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, n. 25, p. 341-349, 1991. p. 344.

Sistema Único de Saúde – SUS – adquire especial relevância, pois, são por meio das políticas e das práticas para (e desse) órgão, que o Estado busca a efetivação deste direito.

Segundo Vial,

No estágio atual, no qual a saúde é reconhecida – apesar das dificuldades – como um direito fundamental, ainda cabe questionar como se tutela este bem fundamental, se realmente é possível termos um sistema único, equitativo, universal. O nosso Sistema Único de Saúde (SUS) é criado em 1990, pela lei 8.080, e essa, por sua vez, está estruturada em três princípios constitucionais e em três organizativos. O primeiro grupo garante a universalização da assistência – permite a todos o acesso – a integralidade da atenção – todas as ações necessárias à promoção, à prevenção, ao tratamento e à reabilitação – e a equidade – serviços e bens segundo as necessidades²⁴³.

O SUS é regulamentado pela Lei 8080/90, a qual dispõe sobre condições, promoção, proteção e recuperação da saúde, estabelecendo as diretrizes para o funcionamento e organização dos serviços correspondentes. O art. 4º²⁴⁴ da referida lei estabelece e define que o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público constituem o Sistema. Ainda, conforme dispõe o parágrafo 2º do mesmo artigo, a iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar.

Vê-se, pois, que os princípios organizativos do Sistema são a descentralização da gestão com a participação das esferas federal, estadual e municipal, a regionalização e hierarquização das redes de serviços com a participação da comunidade na gestão do sistema. Sem dúvidas, estes são princípios que deveriam orientar os administradores e gestores do sistema de saúde, mas nem sempre isto ocorre, como se verifica frequentemente através das notícias e relatos de pessoas que não conseguem atendimento médico ou, que se obrigam a enfrentar quilômetros de estrada para conseguirem atendimento em cidades distintas das suas.

²⁴³ VIAL, Sandra Regina Martini. Saúde e determinantes sociais: uma situação paradoxal. **Revista Comparazione e diritto civile**, v. 1, p. 1-24, 2010.

²⁴⁴ O texto legal é o seguinte: “Art. 4º - O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde-SUS. § 1º - Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para a saúde. § 2º - A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde-SUS, em caráter complementar”.

Já no que se refere aos objetivos e atribuições do SUS, os mesmos estão dispostos nos arts. 5º e 6º da Lei 8080/90, dentre os quais se destacam a identificação e a divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de políticas de saúde destinadas a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no §1º do art. 2º²⁴⁵ da lei; a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

No art. 6º estão incluídas as ações que fazem parte do campo de atuação do SUS, dentre as quais se pode citar as ações de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de saúde do trabalhador e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

Através da análise dos preceitos constituídos na Lei Orgânica da Saúde, pode-se dizer que o ordenamento atual inverteu a lógica tradicional estipulando programas e metas para a saúde, caracterizando-a como um estado que se garante a todos, “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”²⁴⁶. Nesse sentido, nos termos de TOJAL²⁴⁷, o Estado obrigou-se juridicamente a exercer ações e serviços de saúde visando à construção de uma nova ordem social, cujos objetivos são o bem-estar e a justiça social.

Por outro lado, não se pode falar em direito à saúde do trabalhador sem mencionar os regimentos inerentes à Seguridade Social. Quanto a este organismo, o sistema normativo brasileiro é regulado atualmente pelas Leis 8.212/91 e 8.213/91, as quais abrangem as questões de custeio e de benefícios, respectivamente, sendo o cerne do sistema previdenciário brasileiro.

²⁴⁵ O texto legal é o seguinte: “Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º -O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

²⁴⁶ O texto legal é o seguinte; “Art. 196 CF: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

²⁴⁷ TOJAL, Sebastião Botto de Barros; ARANHA, Márcio Iorio (Org.). **Curso de especialização à distância em Direito Sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal**: programa de apoio ao fortalecimento do combate social no SUS. Brasília, DF: Universidade de Brasília; Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2003. p. 38.

O art. 1º²⁴⁸ da Lei 8.212/91 reproduz o disposto no art. 194²⁴⁹ da CF, conceituando e definindo os princípios que compreendem a Previdência Social, entre eles, o de promover e assegurar os direitos à saúde, à previdência e à assistência social a todos. Para tanto, o governo conta com ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade que visem assegurar esses direitos.

Sabe-se que o direito à saúde é um direito complexo, cuja efetivação e disponibilidade são igualmente complexas, conforme destaca Ferrajoli²⁵⁰:

Il vero problema dei diritti sociali – sicuramente il più grave e difficile- è che le loro garanzie primarie positive richiedono comunque una legislazione di attuazione, cioè l'introduzione, appunto, delle istituzioni e delle funzioni di garanzia deputate alla loro soddisfazione: il sistema scolastico, il servizio sanitario, gli apparati deputati all'assistenza e alla previdenza sociale.

Ante essa complexidade e essencialidade que este direito representa na vida de todas as pessoas, indistintamente, não parece despropositado referir que a responsabilidade por sua concretização cabe a todos. Isto é, o dever de zelar pela promoção e manutenção da saúde é tanto dos governos, quanto dos cidadãos.

Essa premissa implica na necessidade de uma comunicação transdisciplinar entre diferentes meios e focos de atuação, como é o caso da estrutura médico-hospitalar, do desenvolvimento de programas de Saúde Pública, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, educação popular, etc. Nesse sentido cumpre lembrar a importância da efetivação da Saúde do Trabalhador, modelo de proteção formado por um conjunto de saberes diversos que se complementam. Crê-se que somente quando o ordenamento vigente privilegiar a Saúde do

²⁴⁸ O texto legal é o seguinte: “Art. 1º - A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar o direito relativo à saúde, à previdência e à assistência social. Parágrafo único. A Seguridade Social obedecerá aos seguintes princípios e diretrizes: a) universalidade da cobertura e do atendimento; b) uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; c) seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; d) irredutibilidade do valor dos benefícios; e) equidade na forma de participação no custeio; f) diversidade da base de financiamento; g) caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados”.

²⁴⁹ A redação legal do art. 194 da CF é a mesma já transcrita no art. 1º da Lei 8.212/91. Acresce-se apenas o fato de que através da Emenda Constitucional nº 20 de 1998, restou estabelecido no inciso VII do art. 194 da CF a contribuição quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo nos órgãos colegiados.

²⁵⁰ FERRAJOLI, Luigi. *Principia iuris*. In: *TEORIA del diritto e della democrazia: Teoria della democrazia*. Roma: Editori Laterza, 2007. v. 2, p. 400.

Trabalhador integralmente, em detrimento dos modelos da Saúde Ocupacional e da Medicina do Trabalho, o país poderá vislumbrar a efetivação do direito à saúde dos obreiros.

Assim, conforme referem Sandra Vial e Gabrielle Kolling,

É necessária uma integração de saberes, ou seja, uma integração entre o direito e o Direito Sanitário, a bioética, a biomedicina, a medicina, enfim, uma verdadeira integração entre as ciências “humanistas” e as biológicas. Esse próprio caráter transdisciplinar pode ser concebido como fruto de uma leitura constitucional responsável, pois se a saúde é um direito fundamental e a própria Constituição faz alusão ao Sistema Único de Saúde como sendo a grande política pública de saúde, há que se impelir todos os esforços para que essa política seja realmente eficaz²⁵¹.

Nesse cenário, importante valor deve ser atribuído à análise dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS). “Os DSS são fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”.

Para Buss e Pellegrini Filho:

O principal desafio dos estudos sobre determinantes e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de caráter social, econômico, políticos e as mediações através das quais esses fatores influenciam a situação de saúde de grupos e pessoas, uma vez que a relação de determinação não é uma simples relação de causa-efeito.

Isso demonstra que “[...] para se atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o ambiente natural, político e social.”²⁵². Asa Cristina Laurell, por sua vez, afirma que “[...] a melhor forma de comprovar empiricamente o caráter histórico da

²⁵¹ VIAL, Sandra Regina Martini; KOLLING, Gabrielle. As dificuldades e os avanços na efetivação do direito à saúde: um estudo da decisão Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul x Município de Giruá. In.: RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Escola de Saúde Pública. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre, v. 24, n. 2, 2010. p. 15.

²⁵² VIAL, Sandra Regina Martini; KOLLING, Gabrielle. As dificuldades e os avanços na efetivação do direito à saúde: um estudo da decisão Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul x Município de Giruá. In.: RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Escola de Saúde Pública. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre, v. 24, n. 2, 2010.

doença não é conferida pelo estudo das suas características nos indivíduos, mas sim quanto ao processo que ocorre na coletividade humana.”²⁵³.

Já para Vial, “ao verificarmos os determinantes sociais da saúde e, portanto, o direito a ter direito a uma saúde digna, observamos que a efetivação deste direito fundamental só pode se dar na nossa sociedade através dela própria, ou seja, por mecanismos capazes de implementá-lo como o direito à informação, ainda que não possam se limitar a ele”²⁵⁴..

A maturação das ações de saúde dos trabalhadores pelo SUS tem permitido repensar a atuação dos serviços de saúde, especialmente com respeito à clássica dicotomia prevenção e cura. “A saúde do trabalhador tende, nos serviços ou redes de saúde onde vem sendo desenvolvida, a resgatar a atuação da Saúde Pública sobre os fatores determinantes e condicionantes de saúde com a novidade de estar associada à assistência médica”²⁵⁵. Desta forma, tem-se visto nos programas de saúde do trabalhador o desenvolvimento de ações de controle sobre um ambiente de trabalho a partir do diagnóstico de um caso de doença profissional feito pelo atendimento ambulatorial.

Isso tem acontecido porque as políticas públicas têm espelhado o entendimento de que de nada adiantará o SUS atender os acidentados do trabalho e portadores de doenças profissionais se não estiver atuando na prevenção de novos eventos, buscando modificar os fatores causais, através da correção dos ambientes e das condições de trabalho.

As doenças e acidentes sofridos pelos trabalhadores denunciam as precárias condições de trabalho a que estão submetidos milhões de brasileiros, exigindo que o sistema de saúde entre nas fábricas, nas construções, nas lavouras, intervindo em um campo no qual até recentemente não atuava, com o objetivo de proteger a vida daqueles que efetivamente produzem a riqueza da nação. “Atuar nos ambientes de trabalho não é um mero formalismo legal, mas uma atitude de defesa da vida”²⁵⁶.

²⁵³ LAURELL, Asa Cristina. **A saúde-doença como processo social**. Disponível em: <<http://xa.yimg.com/kq/groups/23089490/574657784/name/sausedoenca.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2012.

²⁵⁴ VIAL, Sandra Regina Martini. Saúde e determinantes sociais: uma situação paradoxal. **Revista Comparazione e diritto civile**, v. 1, p. 1-24, 2010.

²⁵⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. **O Ministério da Saúde na II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006000799.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2012.

²⁵⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. **O Ministério da Saúde na II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006000799.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2012.

Nesse sentido, importante contribuição foi dada pela legislação previdenciária que traz na alínea “b” do art. 1º da Lei 8.212/91, a “uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais”. O texto evidencia a intenção legislativa de não perpetuar nenhuma distinção outrora existentes entre trabalhadores urbanos e rurais.

Já, o inciso II²⁵⁷ da art. 22 da Lei 8.212/91 estabelece que a contribuição a cargo da empresa seja cobrada considerando o nível de risco de acidente de trabalho em que a empresa estiver enquadrada, variando de 1% (um por cento) sobre a folha salarial para empresas cujo risco for considerado leve, 2% (dois por cento) para riscos considerados médios e 3% (três por cento) para riscos graves de acidentes. Esta disposição de percentuais distintos para empresas que oferecem riscos distintos estimula a adoção, pelos privados, de medidas preventivas para conter e diminuir os índices dos riscos. Num cenário em que o fator econômico ainda comanda quase que a totalidade das ações que norteiam as empresas, a adoção da presente medida pode servir como inibidor ou filtro para contenção dos riscos.

Conforme disposto no §3º²⁵⁸ do art. 22 da referida lei, caberá ao Ministério do Trabalho e à Previdência Social (*sic*)²⁵⁹, com base nas estatísticas de acidentes de trabalho apuradas através de inspeção, o enquadramento das empresas para fins de contribuição. Isso terá por finalidade, sobretudo, estimular investimentos em prevenção de acidentes.

Do montante arrecadado com as contribuições patronais, 2% (dois por cento) serão repassados para a Fundacentro – Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho – nos termos do art. 62²⁶⁰ da Lei 8.212/91. A Fundacentro, por sua vez, tem dentre as suas finalidades a realização de estudos e pesquisas pertinentes aos problemas de segurança,

²⁵⁷ O texto legal é o seguinte: “Art. 22. A contribuição a cargo da empresa, destinada à Seguridade Social, além do disposto no art. 23, é de: II - para o financiamento do benefício previsto nos arts. 57 e 58 da Lei no 8.213, de 24 de julho de 1991, e daqueles concedidos em razão do grau de incidência de incapacidade laborativa decorrente dos riscos ambientais do trabalho, sobre o total das remunerações pagas ou creditadas, no decorrer do mês, aos segurados empregados e trabalhadores avulsos: a) 1% (um por cento) para as empresas em cuja atividade preponderante o risco de acidentes do trabalho seja considerado leve; b) 2% (dois por cento) para as empresas em cuja atividade preponderante esse risco seja considerado médio; c) 3% (três por cento) para as empresas em cuja atividade preponderante esse risco seja considerado grave”.

²⁵⁸ O texto legal é o seguinte: “§3º - O Ministério do Trabalho e da Previdência Social poderá alterar, com base nas estatísticas de acidente de trabalho, apuradas em inspeção, o enquadramento de empresas para efeito da contribuição a que se refere o inciso II deste artigo, a fim de estimular investimentos em prevenção de acidentes.”

²⁵⁹ O Ministério do Trabalho e Emprego e o Ministério da Previdência Social são dois órgãos autônomos e distintos do Governo Federal.

²⁶⁰ O texto legal é o seguinte: “Art. 62 - A contribuição estabelecida na Lei nº 5.161, de 21 de outubro de 1966, em favor da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho-FUNDACENTRO, será de 2% (dois por cento) da receita proveniente da contribuição a cargo da empresa, a título de financiamento da complementação das prestações por acidente do trabalho, estabelecida no inciso II do art. 22.”

higiene, meio ambiente e Medicina do Trabalho, buscando identificar as causas dos acidentes e das doenças ocupacionais, conforme previsão contida no art. 2º²⁶¹ de seu estatuto.

Há de se destacar que para que sejam efetivados, os programas de saúde dos trabalhadores não podem se restringir a analisar e atuar sobre as condições de trabalho, devendo, sim, verificar o quanto as condições de vida da classe trabalhadora têm provocado doenças e mortes. Esta questão está claramente expressa na Lei do SUS quando define que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais”, concluindo que “os níveis de saúde da população expressam a organização econômica e social do país”.

A Saúde do Trabalhador, ao desenvolver-se no SUS evidentemente estrutura-se segundo os princípios e diretrizes fixados na Constituição Federal e na Lei 8080/90. Dessa forma, “todos os trabalhadores (urbanos e rurais, das metrópoles e das pequenas cidades, do setor formal ou informal e até mesmo os desempregados) deverão ter acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde do trabalhador, compreendendo, promoção, proteção e recuperação”²⁶².

Esse aspecto é de grande valia, uma vez que a história demonstra que tradicionalmente as ações do setor do trabalho e da Previdência Social restringiam-se aos trabalhadores formais, especialmente os urbanos. O atendimento pelo setor da saúde, para atingir a totalidade dos trabalhadores, deve pautar-se pelas diretrizes definidas no Art. 198 da CF, que determina:

²⁶¹ A FUNDACENTRO tem por finalidade a realização de estudos e pesquisas pertinentes aos problemas de segurança, higiene, meio ambiente e Medicina do Trabalho e, especialmente: I - pesquisar e analisar o meio ambiente do trabalho e do trabalhador, para a identificação das causas dos acidentes e das doenças no trabalho; II - realizar estudos, testes e pesquisas relacionados com a avaliação e o controle de medidas, métodos e de equipamentos de proteção coletiva e individual do trabalhador; III - desenvolver e executar programas de formação, aperfeiçoamento e especialização de mão-de-obra profissional, relacionados com as condições de trabalho nos aspectos de saúde, segurança, higiene e meio ambiente do trabalho e do trabalhador; IV - promover atividades relacionadas com o treinamento e a capacitação profissional de trabalhadores e empregadores; V - prestar apoio técnico aos órgãos responsáveis pela política nacional de segurança, higiene e Medicina do Trabalho, bem como a orientação a órgãos públicos, entidades privadas e sindicais, tendo em vista o estabelecimento e a implantação de medidas preventivas e corretivas de segurança, higiene e Medicina do Trabalho; VI - promover estudos que visem ao estabelecimento de padrões de eficiência e qualidade referentes às condições de saúde, segurança, higiene e meio ambiente do trabalho e do trabalhador; VII - exercer outras atividades técnicas e administrativas que lhe forem delegadas pelo Ministro de Estado do Trabalho e Emprego. (Decreto 4.663, de 2 de abril de 2003).

²⁶² BRASIL. Ministério da Saúde. **O Ministério da Saúde na II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006000799.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2012.

Art. 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

No que se refere à descentralização, há de se dizer que não há como oferecer saúde a todos os trabalhadores sem descentralização político-administrativa, compreendendo planejamento e avaliação e não somente a execução, com ênfase no papel do município. O Ministério da Saúde atribuiu ao SUS a competência para coordenar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, mas não excluiu a participação dos estados e dos municípios. Ao contrário: determinou que as ações de saúde do trabalho devem ser executadas por estes entes, obedecendo às prioridades e características regionais e locais; às diferenças das mais variadas ordens (econômica, social, física, etc.) impedem um modelo único de organização dos serviços.

Já, a integralidade do atendimento é um aspecto que tem desencadeado diversas interpretações. Segue-se o entendimento do Ministério da Saúde²⁶³, para quem “o atendimento não pode restringir-se aos serviços assistenciais (recuperação), mas deve incluir, prioritariamente a prevenção através de ações de promoção e proteção da Saúde”. Tão somente os programas de saúde do trabalhador que têm observado esta questão da integralidade têm obtido êxito, e prosperado.

Ainda, segundo o Ministério da Saúde, “o atendimento deve considerar o trabalhador como um ser complexo e completo, um ser integral – corpo e mente – que sofre agressões físicas, químicas e psicológicas do ambiente”²⁶⁴. Ou seja, não é o braço que fratura, a voz que se perde, o pulmão que infecciona ou qualquer outro órgão ou sistema isolado, é o trabalhador que adocece. É um homem ou uma mulher que tem a sua saúde e a sua qualidade de vida condicionada pelas condições de trabalho.

No que se refere à participação da comunidade, há de se dizer que a participação dos operários, principalmente por meio das entidades sindicais, tem sido o fator fundamental de

²⁶³ BRASIL. Ministério da Saúde. **O Ministério da Saúde na II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006000799.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2012.

²⁶⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. **O Ministério da Saúde na II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006000799.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2012.

sucesso de alguns programas de Saúde do Trabalhador. Também é a partir da participação dos trabalhadores que são questionadas e revistas a grande maioria dos programas que não contemplam seus objetivos, sendo que, segundo o próprio Ministério da Saúde²⁶⁵, nesses casos a participação popular tem sido muito mais ampla e efetiva do que nas demais ações de saúde.

Viu-se neste capítulo a concepção de saúde do trabalhador, os seus limites e as suas possibilidades, e a ideia de saúde e de direito à saúde do trabalhador, reforçando o papel atribuído ao trabalho na formação da identidade social do homem trabalhador; enfatizando-se, por fim, a importância da participação dos próprios trabalhadores na efetivação do direito à saúde, sempre em consonância com as diretrizes da metateoria do Direito Fraternal.

Esta visão possibilita que se fale em um novo Direito: o Direito Sanitário do Trabalho. Como já referido, esse é um Direito que busca a proteção da saúde do trabalhador, tendo como objeto a regulamentação das normas e princípios que regulam a relação jurídica que se estabelece no local de trabalho entre as partes e as relações que se dão entre o Estado e o indivíduo quando da sua incapacidade laboral, primando pelas normas que estabelecem a proteção da saúde do agente da atividade produtiva.

O próximo capítulo apresentará este Direito nascedouro, ramo jurídico que, como se verá, está florescendo e que necessita de um melhor aprofundamento. O direito à saúde sagrou-se como direito fundamental do Estado brasileiro após a Constituição de 1988. No mesmo momento solidificou-se o trabalho como fundamento da República. Contudo, mesmo se considerando o elevado valor atribuído a ambos, pouco se estuda acerca do tema.

É sabido, e reforçar-se-á esta ideia no próximo ponto, de que os trabalhadores são uma categoria que desperta atenção diferenciada no Sistema de Saúde brasileiro, sendo necessária uma maior atenção à classe. A incorporação de políticas de saúde distintas aos trabalhadores dentro do universo do Sistema Único de Saúde não significa, de forma alguma, que estes sejam os únicos detentores desse direito. Ao contrário, significa o reconhecimento de que o trabalho pode tanto ser causa de satisfação, como de aviltamento e adoecimento. Assim, o Direito à saúde é um direito universal, garantido a todos os cidadãos indistintamente, mas que comporta diferenciações dentro da sua própria estrutura, reconhecendo a maior vulnerabilidade de alguns no processo saúde/doença.

²⁶⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. **O Ministério da Saúde na II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006000799.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2012.

Acontece que o direito à saúde passou de algo despercebido e renegado pelo Estado a algo fundamental a todos os cidadãos. Com isso, surgiu e consolidou-se o Direito Sanitário como disciplina autônoma com vistas a regular as ações e serviços de interesse à saúde. Contudo, a evolução social vem exigindo, desse Direito, alguns desdobramentos, e, dentre eles, evidencia-se o Direito Sanitário da Saúde e da Previdência Social, como se verá a seguir.

4 O DIREITO SANITÁRIO DO TRABALHO: UMA NOVA PERSPECTIVA

Este estudo buscou evidenciar até aqui a forma pela qual se deu a construção de um direito diferenciado no sistema brasileiro: o direito à saúde do trabalhador. Esse direito é fruto das intensas lutas sociais contrárias ao descaso Estatal para com as condições de vida “daqueles que trabalham”.

Viu-se que o direito à saúde só foi alçado à condição de direito fundamental com a Constituição de 1988, momento no qual foi assegurado a todo e qualquer cidadão independentemente de qualquer requisito como renda, inserção no mercado de trabalho, raça, gênero, etc. Nesse cenário solidificou-se um ramo autônomo do Direito, qual seja: o Direito Sanitário. Esse Direito, voltado a regular as ações e serviços destinados à saúde, acompanha a evolução social – como todo o Direito em si – e busca adequar-se aos valores sociais preponderantes.

Assim, atribuído valor máximo ao trabalho na vida do cidadão, e alçada a dignidade da pessoa humana a valor inequívoco do Estado brasileiro, cabe ao Direito Sanitário uma atenção mais aprofundada a esse ramo que busca emergir e cuja importância é latente: o Direito Sanitário do Trabalho.

4.1 ESTADO DA ARTE DO DIREITO SANITÁRIO DO TRABALHO

O problema central deste ponto consiste em apresentar as bases transdisciplinares²⁶⁶ que fundamentam uma disciplina em estado gestacional: o Direito Sanitário do Trabalho.

Na doutrina nacional, começam a ganhar corpo aqueles que defendem a autonomia de um “Direito Sanitário do Trabalho e da Previdência Social”. É o caso, por exemplo, de Márcia Picarelli, que, em publicação oficial do Ministério da Saúde, propôs:

²⁶⁶ Segue-se neste estudo a ideia de transdisciplinaridade defendida por Nicolescu. Para o autor, como o próprio prefixo trans indica, a transdisciplinaridade refere-se àquilo que está ao mesmo tempo entre as disciplinas, através das diferentes disciplinas e além de qualquer disciplina, sendo o seu objetivo a compreensão do mundo presente e como um dos imperativos a unidade do conhecimento. Assim, a transdisciplinaridade não é uma “nova disciplina”, já que se nutre da pesquisa disciplinar que é, por sua vez, retroalimentada de forma diferenciada e criativa pelo conhecimento transdisciplinar. Deste modo, as pesquisas disciplinares e transdisciplinares não são antagônicas, mas complementares. (NICOLESCU, Basarab. **O manifesto da transdisciplinaridade**. São Paulo: Triom, 1999).

(...) está-se diante de uma nova disciplina jurídica: o “**Direito Sanitário do Trabalho e da Previdência Social**”, que tem o trabalhador como o sujeito de direito, eis que o seu objeto é a regulamentação das normas e princípios que regem a relação jurídica que se estabelece no local de trabalho entre as partes, com vistas à maior proteção da saúde do agente da atividade laboral. Na construção desta disciplina, há a convergência de três campos do conhecimento jurídico, a saber: o Direito Ambiental, o Direito do Trabalho e o Direito Previdenciário, atualmente melhor denominado como Direito da Seguridade Social, uma vez que a Previdência Social nada mais é do que uma das espécies do gênero Seguridade Social (art. 194, caput da CF)²⁶⁷. (Grifo da autora).

Na mesma linha, dentre outros²⁶⁸, encontram-se Arthur Weintraub e Juliano Barra, que abalizam e transcrevem o ideário de Picarelli, discordando apenas da “afirmação de que o Direito Previdenciário seja atualmente melhor denominado como Direito da Seguridade Social”²⁶⁹.

Atento a essas vozes que apregoam a este “Direito Sanitário do Trabalho e da Previdência Social”²⁷⁰ autonomia, este estudo se propõe a auxiliar na compreensão do arsenal normativo existente no país para que o direito à saúde do trabalhador seja concretizado. Muito embora a saúde tenha sido considerada como um direito fundamental pela Constituição Federal de 1988, e o trabalho alçado a fundamento da República, pouquíssimos estudiosos se propõem a pesquisar sobre o tema, cuja relevância é latente.

E esta é uma das razões pelas quais este estudo ainda não considera o Direito Sanitário do Trabalho uma disciplina plenamente autônoma. Segundo Alfredo Rocco²⁷¹, para caracterizar a autonomia de uma ciência, é fundamental que: (a) ela seja vasta a ponto de merecer um estudo conjunto, adequado e particular – sem dúvidas este quesito é contemplado, haja vista a imensidade de normas jurídicas que disciplinam a matéria; (b) ela contenha doutrinas homogêneas dominadas por conceitos gerais comuns que informam outras disciplinas – esse

²⁶⁷ PICARELLI, Márcia Flávia Santini. Direito Sanitário do Trabalho e da Previdência Social. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 226.

²⁶⁸ Na mesma linha, exemplificativamente: SILVA, Nara Eloy Machado da. **Trabalho docente e saúde em uma instituição de ensino superior da Bahia**. Disponível em: <http://www.fae.ufmg.br/estrado/cd_viseminario/trabalhos/eixo_tematico_2/trab_docente_e_saude.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2012.

²⁶⁹ WEINTRAUB, Arthur Bragança de Vasconcellos; BARRA, Juliano Sarmento. **Direito Sanitário Previdenciário e Trabalhista**. São Paulo: Quartier Latin, 2006.

²⁷⁰ Este estudo não se valerá da expressão Direito Sanitário do Trabalho e da Previdência Social, por entender que no sistema jurídico brasileiro saúde, previdência social e assistência social, são partes de um todo maior: a seguridade social. Assim, opta-se pela utilização da nomenclatura Direito Sanitário do Trabalho.

²⁷¹ ROCCO, Alfredo. **Principi di diritto commerciale**. Turim: Utet, 1928.

pressuposto ainda é falho, pois, muito embora haja homogeneidade nos conceitos propostos, ainda não há um referencial teórico, ou obras de “fôlego” acerca do tema; (c) possua método próprio, empregando processos especiais para o reconhecimento das verdades que constituem objeto de suas investigações – esse requisito encontra-se prejudicado, pois, em verdade, não existe método próprio de uma única disciplina, sendo os métodos compartilhados por todos os ramos do Direito²⁷².

Vê-se, assim, que a falta de “preocupação” por parte dos pesquisadores para com o Direito Sanitário do Trabalho ainda se faz entrave ao seu reconhecimento como disciplina pronta, delineada e estabelecida em todos os seus contornos. O Direito Sanitário do Trabalho deve ser compreendido como sistema normativo de tutela à promoção, manutenção e recuperação da saúde dos trabalhadores, caracterizando-se como disciplina jurídica em “estado gestacional”, cujo desenvolvimento teórico ainda exige muita pesquisa e atenção.

Mas o futuro deste campo teórico tende a ser bastante promissor, e é neste sentido que este estudo ganha relevância. Viu-se até aqui o difícil caminho traçado pelos mais diversos atores sociais até o reconhecimento da saúde como um direito fundamental, e o do trabalho como fundamento da república. Contudo, como se poderá ver, ainda são enormes as dificuldades a serem transpostas até a efetivação plena do direito à saúde do trabalhador. E, dentre todos esses entraves, a falta de preocupação acadêmica com a questão, sem dúvidas, merece destaque.

Assim, as questões levantadas são: “De que maneira é possível analisar a inserção da saúde do trabalhador no âmbito da saúde coletiva?”, e “Como se dá essa inserção na seara acadêmica?”. Segundo Porto e Almeida²⁷³:

[...] a saúde coletiva pode ser considerada um campo por articular dimensões teóricas e operacionais em torno de problemas de saúde das populações, tendo objetivos e axiomáticas gerais comuns resultantes da trajetória da medicina social latino-americana e da reforma sanitária brasileira. A saúde do trabalhador caminha nessa direção, por conjugar espaços acadêmicos e operacionais em sua evolução.

²⁷² MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito do trabalho**. 21. ed. São Paulo: Atlas, 2005. p. 54.

²⁷³ PORTO, Marcelo Firpo de S.; ALMEIDA, Glúcia E. S. de. **Significados e limites das estratégias de integração disciplinar**: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v7n2/10252.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2012.

Contudo, este estudo considera que a saúde do trabalhador se configura de forma orgânica como espaço institucional e operacional do SUS, merecendo a atenção de uma área conceitual diferenciada, a qual, vertendo do Direito Sanitário pode dar conta de elucidar os seus preceitos, sistematizar as ações e serviços que lhe são inerentes, e propor alternativas para questões ainda não reguladas.

A emergência e o desaparecimento de uma disciplina legal significam que algo de fundamental está se transformando na sociedade. Com efeito, o surgimento de um novo modelo indica a possibilidade de caminhos e abordagens diferenciados de tutela jurídica. Em vista disto, a antiga ordem e seus significados tendem a ser gradualmente substituídos. Partindo-se de um entendimento sistêmico, adota-se a autopoiese²⁷⁴ do sistema jurídico²⁷⁵ como um de seus motes centrais. Segundo Luhmann, o sistema legal é ao mesmo tempo fechado e aberto. O Direito é um sistema fechado na medida em que regula sua própria gênese, reprodução e mutação e faz isso por conta própria, podendo ser alterado somente com a observância das formas legais existentes. Por outro lado, o Direito constitui-se em um sistema aberto cognitivamente, sendo possível estabelecer a referência do sistema jurídico com o ambiente e com outros sistemas e a troca de informações existente entre estes diferentes sistemas²⁷⁶.

Entendendo que o nascimento de um novo Direito ocorre dentro da possibilidade do sistema legal ser também um sistema aberto cognitivamente, obtém-se uma visão de pluralismo jurídico a contrassenso do "velho" monismo que admite apenas um sistema legal, o estatal²⁷⁷. Pode-se falar então em interjuridicidade, ou seja, não há apenas uma ordem normativa como aquela produzida pelo aparelho estatal, sendo várias as formas de Direito a depender do campo

²⁷⁴ Segundo Luhmann: “el concepto de producción (o más bien de poiesis) siempre designa sólo una parte de las causas que un observador puede identificar como necesarias; a saber, aquella parte que puede obtenerse mediante el entrelazamiento interno de operaciones del sistema, aquella parte con la cual el sistema determina su propio estado. Luego, reproducción significa – en el antiguo sentido de este concepto – producción a partir de productos, determinación de estados del sistema como punto de partida de toda determinación posterior de estados del sistema. Y dado que esta producción/reproducción exige distinguir entre condiciones internas y externas, con ello el sistema también efectúa la permanente reproducción de sus límites, es decir, la reproducción de su unidad. Em este sentido, autopoiesis significa: producción del sistema por sí mismo”. (LUHMANN, Niklas. **La Sociedad de la Sociedad**. México: Ed. Herder/Universidad Iberoamericana, 2007. p. 69-70).

²⁷⁵ No que tange a autopoiese do Direito, importa situar que em Luhmann, “el sentido se produce exclusivamente como sentido de las operaciones que lo utilizan; se produce por tanto sólo en el momento en que las operaciones lo determinan, ni antes, ni después”. (LUHMANN, Niklas. **La Sociedad de la Sociedad**. México: Ed. Herder/Universidad Iberoamericana, 2007. p. 27).

²⁷⁶ ROCHA, Júlio César de Sá da. **Direito Ambiental e Meio Ambiente do Trabalho**: dano, prevenção e proteção jurídica. São Paulo: Ltr, 1997. p. 51.

²⁷⁷ FERREIRA, Gisele Rodrigues. **Direito Ambiental do Trabalho**. Disponível em: <<http://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/texto.asp?id=54>>. Acesso em: 23 maio 2011.

social ²⁷⁸. Na sociedade complexa em que as oportunidades são infinitas e os sistemas para sobreviverem devem reduzir a complexidade, surge o sistema normativo do Direito Sanitário do Trabalho, como uma racionalidade baseada na prevenção, manutenção e recuperação da saúde do homem trabalhador, recebendo tratamento doutrinário e legislativo tanto do campo do Direito Sanitário, quanto do Direito do Trabalho e do Direito Previdenciário.

A verificação da existência do liame entre as disciplinas através do objeto comum – tutela jurídica da saúde do trabalhador – e o aparecimento de doutrina e legislação acerca da matéria, revelam a necessidade de sistematização teórica acerca do tema. É indispensável que as disciplinas matrizes conservem suas características e peculiaridades, mas forneçam elementos basilares para entendimento desta nova abordagem jurídica.

Falar em Direito Sanitário do Trabalho só é possível ao considerar-se as novas características que se foram incorporando ao direito moderno, até torná-lo essencialmente distinto daquilo que havia sido definido no final do século XVIII. Isto é, se nas sociedades mais simples das eras antigas, as palavras contidas nas leis escritas “eram geralmente capazes de induzir um único comportamento, que seria tido por todos os operadores do direito como aquele juridicamente válido” ²⁷⁹, tomando-se o direito pela Lei. Nas sociedades complexas da era atual “tendo que considerar situações cada vez mais específicas, que abrigam valores muitas vezes contraditórios, as palavras da Lei foram se afastando da realidade concreta”²⁸⁰.

As novas situações advindas da complexidade²⁸¹ e da contingência²⁸², características da sociedade atual, têm forçado o Direito Sanitário do Trabalho a desenvolver mecanismos e até mesmo princípios para a sua operacionalização, que – acredita-se – irão se irradiar para a filosofia e a teoria do direito. Com efeito, o caráter protetivo inerente a este campo implica a elaboração de mecanismos legais e científicos para o enfrentamento dos riscos que ameaçam a vida e a saúde dos trabalhadores e desempregados.

²⁷⁸ ROCHA, Júlio César de Sá da. **Direito Ambiental e Meio Ambiente do Trabalho**: dano, prevenção e proteção jurídica. São Paulo: Ltr, 1997.p. 98.

²⁷⁹ DALLARI, Sueli Grandolfi. Prefácio. In.: WEINTRAUB, Arthur Bragança de Vasconcellos; BARRA, Juliano Sarmento. **Direito Sanitário Previdenciário e Trabalhista**. São Paulo: Quartier Latin, 2006. p. 11.

²⁸⁰ DALLARI, Sueli Grandolfi. Prefácio. In.: WEINTRAUB, Arthur Bragança de Vasconcellos; BARRA, Juliano Sarmento. **Direito Sanitário Previdenciário e Trabalhista**. São Paulo: Quartier Latin, 2006. p. 11.

²⁸¹ Por complexidade entende-se a contínua existência de mais possibilidades do que pode ser realizado. (CARVALHO, Délton Winter de. **O Direito como um Sistema Social Autopoiético**: Auto-Referência, Circularidade e Paradoxos da Teoria e Prática do Direito. Disponível em:<http://simaocc.home.sapo.pt/e-biblioteca/pdf/ebc_delton.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2012.)

²⁸² Contingência é o “perigo de desapontamento e necessidade de assumir riscos”. (LUHMANN, Niklas. **Sociologia do Direito**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1983. v. 1, p. 46).

Nesse sentido, há de se dizer que a fonte primária da legislação social, como se conhece hoje, advém do contexto dos acidentes e das moléstias profissionais. Assim, o Direito do Trabalho e o Direito Previdenciário são áreas irmãs, por conta de um passado histórico comum, que agora, obrigatoriamente, têm de se ligar ao Direito Sanitário para garantirem proteção efetiva à saúde do trabalhador.

O liame que une o Direito do Trabalho ao Direito Previdenciário é o mesmo que os unem ao Direito Sanitário. Todos esses Direitos advêm de lutas históricas vivenciadas especialmente pelas classes trabalhadoras. Condições de trabalho dignas e salários compatíveis e condizentes com um padrão de vida mínimo, garantia de subsistência quando da perda da capacidade laboral – seja por questões de idade ou de saúde – e proteção à saúde foram pautas de diversas reivindicações sociais encabeçadas pela classe trabalhadora nos últimos séculos.

Contudo, o pensamento clássico de proteção laboral tem sido objeto de constantes ponderações e revisões. Concepções tradicionais e isoladas do Direito do Trabalho e do Direito Previdenciário já não dão conta de promover a saúde do trabalhador. Nesse sentido, ganha propósito e relevância a formulação de um Direito Sanitário do Trabalho e da Previdência, cuja dimensão só tende a crescer.

Sob um prisma transdisciplinar, o entendimento atual do direito fundamental à saúde – e à saúde do trabalhador – permeia aspectos biológicos, físicos, ambientais, psicológicos e sociais das pessoas. “Um indivíduo pode estar saudável num momento efêmero. Sendo sua qualidade de vida sofrível, fatalmente há consequências quanto à salubridade de sua existência”²⁸³. Assim, há de se reconhecer o caráter de interligação, ou interdependência, entre o Direito do Trabalho, o Direito Previdenciário e o Direito Sanitário que, juntos, constituem o Direito Sanitário do Trabalho – regimento jurídico e disciplina em nascedouro que tem no trabalhador o sujeito de direito e cujo objeto é a regulamentação das normas e princípios que regem a relação jurídica que se estabelece no local de trabalho entre as partes, visando uma maior proteção da saúde do agente da atividade laboral²⁸⁴.

²⁸³ WEINTRAUB, Arthur Bragança de Vasconcellos; BARRA, Juliano Sarmiento. **Direito Sanitário Previdenciário e Trabalhista**. São Paulo: Quartier Latin, 2006. p. 16.

²⁸⁴ PICARELLI, Márcia Flávia Santini. Direito Sanitário do Trabalho e da Previdência Social. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 226.

4.2 DIREITO SANITÁRIO DO TRABALHO E SUA INTERFACE COM O DIREITO SANITÁRIO

Como lembra Reale, a Ciência do Direito estuda o fenômeno jurídico em todas as suas manifestações e momentos, não se restringindo somente à experiência já aperfeiçoada e formalizada em leis, mas também, analisando seu desenvolvimento contínuo na sociedade e, conseqüentemente, nas relações de convivência²⁸⁵.

O Direito é uma ciência dinâmica, na medida em que caminha *pari passu* com a sociedade, melhor dizendo, as reivindicações e necessidades da sociedade acabam por incitar o aparecimento de novos corpos ou sistemas de normas destinados a disciplinar, de maneira própria, determinadas situações jurídicas. Desta forma, ao lado dos já tradicionais ramos do Direito – as disciplinas fundamentais – surgem ramificações que visam à especialização buscando preencher as lacunas que vão sendo criadas pelas novas relações jurídicas. Trata-se das disciplinas complementares ou auxiliares que geralmente se mesclam com outras ciências, e cuja proeminência evidencia-se no enriquecimento do saber jurídico trazendo-lhe novos horizontes e contribuições originais²⁸⁶. E aqui se enquadra o Direito Sanitário do Trabalho.

O Direito Sanitário do Trabalho é, pois, parte integrante de um sistema maior – o Direito Sanitário – configurando-se como o ramo responsável pela regulação das ações e serviços de interesse à saúde do trabalhador, desenvolvidos no seio da sociedade. Desta forma, para que se possa melhor compreender esse direito, faz-se necessária uma análise acerca das suas vertentes, cuja principal, sem dúvidas, é o Direito Sanitário.

Na sociedade atual não restam dúvidas de que a saúde é um direito humano, e que, como tal, exige o envolvimento do Estado, seja para garantir as liberdades fundamentais, seja para implementar políticas públicas que assegurem os direitos sociais. Assim, tendo o Estado assumindo a prestação de cuidados de saúde como prestação de um serviço público, uma gama de textos legais foi editada para reger a execução desse serviço, e isso porque toda atividade administrativa do Estado moderno é realizada sob a lei²⁸⁷. Segundo Dallari:

²⁸⁵ REALE, Miguel. **Lições Preliminares de Direito**. 24. ed. São Paulo: Saraiva, 1998. p. 323.

²⁸⁶ PINTO, Marcio Morena. **O Direito da Internet: o nascimento de um novo ramo jurídico**. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/2245/o-direito-da-internet-o-nascimento-de-um-novo-ramo-juridico>>. Acesso em: 23 maio 2012.

²⁸⁷ DALLARI, Sueli Gandolfi. **Direito sanitário**. Disponível em: <<http://gesan.ndsr.org/docmanual/especializacao03DireitoSanitario.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2012.

Com efeito, sendo a administração pública nesse Estado limitada pelos princípios da supremacia do interesse público sobre o privado e pela indisponibilidade dos interesses públicos e sendo o interesse público definido pela própria sociedade, o administrador não pode trabalhar senão com o conhecimento do interesse público que ele deve realizar. Ora, o interesse público no moderno Estado de Direito, porque sob leis, é definido pela sociedade em forma de textos legislativos que representam a vontade geral dessa sociedade. Assim, o administrador público deve agir guiado por uma série de leis orientadas para o perfazimento do interesse público que, no que respeita aos cuidados sanitários, delimitam os objetivos da atuação do Estado na área da saúde e os meios a serem empregados para atingi-los²⁸⁸.

O “Direito da Saúde Pública”²⁸⁹ encontra-se sob o domínio do Direito Administrativo. Diz-se que faz parte deste segmento do direito, porque “refere sempre atuações estatais orientadas, o mais exaustivamente possível, pela própria sociedade, por meio do aparelho legislativo do Estado”²⁹⁰. Ou seja, o Direito da Saúde se caracteriza pela preeminência dos princípios básicos supremacia do interesse público sobre o particular e da indisponibilidade do interesse público²⁹¹.

Contudo, o enquadramento do Direito da Saúde Pública ao Direito Administrativo não basta, haja vista a forma peculiar como ele é praticado, sendo por vezes manifestado na forma de poder de polícia, às vezes na forma de serviços públicos ou até mesmo numa forma imbricada de ambas. E, neste contexto, ganha relevância o Direito Sanitário. Para Dallari,

O Direito Sanitário se interessa tanto pelo direito à saúde, enquanto reivindicação de um direito humano, quanto pelo direito da Saúde Pública: um conjunto de normas jurídicas que têm por objeto a promoção, prevenção e recuperação da saúde de todos os indivíduos que compõem o povo de determinado Estado, compreendendo, portanto, ambos os ramos tradicionais em que se convencionou dividir o direito: o público e o privado. Tem, também, abarcado a sistematização da preocupação ética voltada para os temas que interessam à saúde e, especialmente, o direito internacional sanitário, que sistematiza o estudo da atuação de organismos internacionais que são fonte de normas sanitárias e dos diversos órgãos supra-nacionais destinados à implementação dos direitos humanos²⁹².

²⁸⁸ DALLARI, Sueli Gandolfi. **Direito sanitário**. Disponível em: <<http://gesan.ndsr.org/docmanual/especializacao03DireitoSanitario.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2012.

²⁸⁹ DALLARI, Sueli Gandolfi. **Direito sanitário**. Disponível em: <<http://gesan.ndsr.org/docmanual/especializacao03DireitoSanitario.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2012.

²⁹⁰ DALLARI, Sueli Gandolfi. **Direito sanitário**. Disponível em: <<http://gesan.ndsr.org/docmanual/especializacao03DireitoSanitario.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2012.

²⁹¹ BANDEIRA DE MELLO, Celso Antonio. **Elementos de Direito Administrativo**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1980. p. 5.

²⁹² DALLARI, Sueli Gandolfi. **Direito sanitário**. Disponível em: <<http://gesan.ndsr.org/docmanuales/especializacao03DireitoSanitario.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2012.

Pode-se dizer que o Direito Sanitário reflete a dinâmica de tradução dos riscos sanitários para o mundo jurídico, como um canal de interação social que serve para a regulação das ações e serviços de interesse à Saúde Pública. O reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, exigiu uma amplitude na regulação estatal sobre as políticas públicas de interesse à saúde, originando um complexo normativo específico sobre o tema. Desta forma, para cada questão referente à saúde – epidemias, vacinações, medicamentos, saneamento básico, etc. – Estado e sociedade obrigam-se a adotar medidas transdisciplinares, cabendo ao Direito um papel essencial²⁹³.

Desta forma, tem-se inicialmente, que o Direito Sanitário “[...] é o ramo do Direito que disciplina as ações e serviços públicos e privados de interesse à saúde. Ele é formado pelo conjunto de normas jurídicas (regras e princípios) que visa à efetivação do Direito à saúde e possui um regime jurídico específico.”²⁹⁴.

Ocorre que a concretização do direito à saúde pressupõe o acesso de todos os cidadãos às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tais ações e serviços são desenvolvidos no âmbito da sociedade tanto pelo Estado quanto pela iniciativa privada, podendo adquirir as mais variadas formas, como ações de prevenção, de vigilância epidemiológica, serviços de atendimento hospitalar ambulatorial e de urgência, etc., e sujeitam-se à regulação imposta pelo Direito Sanitário. Isto é, o Direito Sanitário é a área do Direito responsável por definir quais as ações e serviços de interesse à saúde serão objeto de regulação e a forma pela qual o Estado as implementará, além de regular a prestação dos serviços de saúde pela rede privada.

Tratando da questão da atuação Estatal na efetivação da questão direito à saúde, Fernando Aith refere de forma bastante elucidativa que:

No campo da Saúde Pública o Estado é obrigado adotar as medidas para que os meios-ambientes onde vivem as pessoas sejam limpos, arejados, higiênicos, dotados de saneamento básico, rede de coleta de lixo e esgoto etc. Trata-se do campo abrangido pelo Direito à saúde coletiva, pública. No entanto, o que quer dizer o Direito à saúde

²⁹³ AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria Geral do Direito Sanitário Brasileiro**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006. p. 68.

²⁹⁴ AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria Geral do Direito Sanitário Brasileiro**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006. p. 115.

para um indivíduo? Pode-se afirmar que o Direito à saúde é também um Direito individual? Certamente que sim. Mas qual seria a obrigação estatal na proteção do Direito individual à saúde? Seria a obrigação de tornar todos os cidadãos saudáveis. Certamente não é esse o sentido do Direito à saúde para o indivíduo, uma vez que a morte é inevitável. Nesse caso, mais apropriado seria falar em Direito de acesso do indivíduo às ações e serviços públicos de saúde²⁹⁵.

Isto é, cabe ao Estado ofertar a todos as ações e serviços capazes de sanar as doenças que exponham a risco ou debilitam a saúde dos indivíduos, contudo, não sendo possível a cura, cumpre ao mesmo ofertar os meios para minimizar a dor da pessoa até a sua morte, pois direito à saúde quando referente à saúde individual traz consigo o direito de acesso aos meios necessários para melhorar ao máximo o estado de saúde, desde o momento da concepção até a morte.

Desta forma, há de se ter presente que, no que se refere ao direito à saúde, existem dois tipos distintos de obrigação estatal. Uma obrigação relaciona-se à Saúde Pública, e a outra, à saúde individual de cada cidadão. No que se refere à Saúde Pública, cabe ao Estado adotar previamente todas as medidas necessárias para a promoção, prevenção e recuperação da saúde da população, tratando-se de medidas preventivas, ativas, obrigações expressas do Estado, passíveis de serem planejadas, identificadas e exigidas. Já no que se refere à saúde individual, não é crível que o Estado seja obrigado a “dar” saúde a todos os cidadãos, cabendo-lhe sim, a garantia do acesso universal às ações e serviço de Saúde Pública. Ou seja, quando um indivíduo adoecer deve ser-lhe assegurado o acesso aos serviços necessários para a sua recuperação; contudo, quando a moléstia for irreversível “caberá ao Estado disponibilizar ao doente todos os serviços cabíveis para que ele continue com sua vida da maneira mais digna possível; porém, mostra-se lógico, nesse caso, que o direito à saúde assume uma conotação de direito de acesso aos cuidados médicos e sanitários cabíveis”²⁹⁶.

Assim sendo, é possível um alargamento do conceito inicialmente proposto, qualificando-se o Direito Sanitário como “o ramo do Direito que disciplina as ações e serviços de interesse à saúde e é formado pelo conjunto de normas jurídicas – regras e princípios – que tem como objetivos a redução de riscos de doenças e de outros agravos (sic) à saúde e o

²⁹⁵ AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria Geral do Direito Sanitário Brasileiro**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006. p. 106-107.

²⁹⁶ AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria Geral do Direito Sanitário Brasileiro**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006. p. 108.

estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde”²⁹⁷.

Enfatiza-se que nessa complexa rede de ações e serviços que disciplinam o direito à saúde, algumas apresentam como sujeitos de direitos cidadãos específicos que demandam uma atenção diferenciada pelo sistema, sendo o caso, por exemplo, dos idosos, das gestantes, dos infantes e dos trabalhadores, cuja preocupação é o foco central deste estudo.

O campo da saúde do trabalhador é definido, no artigo 6º, § 3º da Lei nº 8.080/90, como um “conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”, cujas atribuições pertencem ao SUS.

A organização das ações de saúde do trabalhador na rede de serviços de saúde do SUS constitui um processo sociopolítico e técnico em construção, iniciado nos anos oitenta, a partir de alianças solidárias entre sindicatos de trabalhadores e técnicos dos serviços públicos de saúde, de hospitais universitários, da fiscalização do Trabalho e da Previdência Social, conformando os Programas de Saúde do Trabalhador (PST). Entretanto, apesar da prescrição constitucional, regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde, estabelecer a responsabilidade do SUS de prover atenção integral à saúde dos trabalhadores há mais de vinte anos, pode-se dizer que o SUS ainda não incorporou, de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações, o lugar que o “trabalho” ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço socioambiental²⁹⁸.

As ações de saúde do trabalhador têm as suas raízes no processo histórico das lutas sociais deflagradas no Brasil a partir da década de 1970, mas ações inusitadas começaram a ganhar corpo apenas na década de 1980, nos governos municipais de ênfase política democrática.

²⁹⁷ AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria Geral do Direito Sanitário Brasileiro**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006. p. 116.

²⁹⁸ DIAS, Elizabeth Costa et al. **Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios**. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n6/13.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2012.

De acordo com Lacaz, a década de 1980 representa um marco histórico para a saúde do trabalhador, pois este passa a ser reconhecido como sujeito possuidor de saber, e não mero consumidor de serviços de saúde. O campo Saúde do Trabalhador, segundo o autor, tem como pressuposto a participação dos trabalhadores no processo de avaliação e controle dos acidentes de trabalho e não se restringe à concepção de riscos profissionais e agentes causadores (físicos, biológicos, químicos, mecânicos e ergonômicos), reconhecendo, outrossim, determinações diversas para os sofrimentos físico e mental, relacionando-as com o processo produtivo²⁹⁹.

Nesse sentido a promulgação da Constituição Federal de 1988 constitui-se um “divisor de águas”, estabelecendo parâmetros legais para a constituição do campo saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Seu artigo 200 estabelece a ampliação do atendimento do SUS para além da intervenção no corpo ou suas partes, evoluindo para a intervenção nas causas e, inclusive, nos ambientes de trabalho, como verificado no inciso II “executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador” e no inciso VIII “colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o trabalho”.

A partir da promulgação da atual Constituição, inúmeras portarias e leis foram criadas com o objetivo de garantir os princípios básicos e a efetivação do SUS, sendo que no final de 1999, em cumprimento a Lei Orgânica da Saúde que delega ao Sistema Único a revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, foi editada, pela primeira vez, a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho³⁰⁰. Ao estabelecer a relação entre doenças e trabalho num conceito mais amplo e prever a sua revisão anualmente com vistas à inclusão de novas doenças, esta listagem propiciou um avanço para novas práticas e políticas no campo saúde do trabalhador. Além disso, a listagem passou a ser adotada também pelo Ministério da Previdência e Assistência Social que, para fins de benefícios, equiparou as doenças relacionadas ao trabalho aos acidentes de trabalho³⁰¹.

Discorrendo acerca da saúde do trabalhador na esfera do SUS, Lourenço e Bertani destacam o relevante papel desempenhado pelos próprios trabalhadores. Segundo as autoras,

²⁹⁹ LACAZ, Francisco Antônio de Castro. **Saúde do trabalhador**: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. 1996. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

³⁰⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Federal nº 1.339/GM**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

³⁰¹ LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; BERTANI, Íris Fenner. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 32, n. 115, p. 121-134, enero-junio, 2007.

A participação política de trabalhadores e demais atores sociais é responsável pelas definições dos elementos de incentivo, tanto econômicos como ideológicos, do Ministério da Saúde (MS) para implantação concreta dessa área do conhecimento e de intervenção, a qual passa a ter condições concretas de ser efetivada a partir da publicação da Portaria 1679/2002 (BRASIL, 2002), que normatiza a “habilitação” e o convênio entre os municípios, o Estado e o MS para a implantação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) em âmbito regional³⁰².

A incorporação da saúde do trabalhador pelo SUS perfilha, nos ambientes e processos de trabalho, as condições para os agravos à saúde “de quem trabalha” na perspectiva epidemiológica, não se limitando a atender o lesionado individualmente, mas buscando quantificar o número de pessoas expostas à insegurança e qualificar essas condições para posteriores mudanças³⁰³. Mas qual a razão de se adotar políticas e ações diferenciadas entre os trabalhadores e a população em geral?

Esta pergunta está longe de ter uma resposta única, sendo que a legitimidade da proposta de emergência e solidificação de uma saúde diferenciada aos trabalhadores no SUS se constitui por meio de vários pressupostos, dentre os quais, o de que os serviços de saúde já prestam atendimentos aos agravos, sendo necessário buscar as suas causas e nelas intervir, ou seja, transcender as ações curativas para as de prevenção, promoção e vigilância em saúde do trabalhador. Outro fator de extrema relevância diz respeito à questão da democracia e da epidemiologia, que tem materializado avanços para as ações de saúde. Isto é, o fortalecimento de políticas diferenciadas dentro do Sistema Único de Saúde possibilita a redução do “vácuo” existente entre o indivíduo que é acometido de uma doença ocupacional, ou que sofre um acidente de trabalho e as condições em que o trabalho se realiza, deixando de ser “uma ‘susceptibilidade’ individual para ser situado como uma questão de saúde coletiva, fruto das condições e da organização do trabalho”³⁰⁴.

As ações e políticas de saúde do trabalhador adquirem destaque por serem socializadas e integradas por aqueles que detêm o maior interesse: os próprios trabalhadores. Importantes auxiliares no envolvimento da sociedade nas discussões acerca do adoecimento em razão do

³⁰² LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; BERTANI, Íris Fenner. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 32, n. 115, p. 121-134, enero-junio, 2007. p. 123.

³⁰³ LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; BERTANI, Íris Fenner. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 32, n. 115, p. 121-134, enero-junio, 2007. p. 123.

³⁰⁴ LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; BERTANI, Íris Fenner. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 32, n. 115, p. 121-134, enero-junio, 2007.

trabalho têm sido os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST, cuja gestão envolve a participação de entidades sindicais patronais e dos trabalhadores.

Além da atuação ativa dos trabalhadores, o campo de saúde do trabalho também se destaca pelo seu caráter transdisciplinar. A análise e o enfrentamento cotidiano da complexidade dos processos de trabalho para a saúde passaram a contar com novas categorias profissionais, o que representa um avanço, à medida que se distancia do diagnóstico/ação restrito à engenharia e à medicina³⁰⁵. Acerca deste caráter transdisciplinar das ações e políticas da saúde do trabalhador, Lourenço e Bertani referem que:

[...] a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), por meio dos CRST, tem implantado uma nova lógica de trabalho nos vários municípios brasileiros baseada na construção de ações intersetoriais entre os serviços de saúde, como a rede básica e as vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária, e prevê ações coordenadas com os órgãos de atuação nos ambientes de trabalho (Posto de Atendimento ao Trabalhador (PAT), Delegacia Regional do Trabalho (DRT), Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro), Ministério Público (MP), Instituto Nacional de Previdência Social (INSS) e outros)³⁰⁶.

Não obstante, assim como a saúde como um todo, as ações e políticas de saúde do trabalhador ainda apresentam uma enorme discrepância entre a prática e a teoria. No campo prático, ainda ocorre uma dificuldade de entendimento sobre “de quem é a responsabilidade de fiscalizar, inspecionar, conter e prevenir os acidentes de trabalho, o que resulta em visível omissão de ação”³⁰⁷.

Evidentemente que a institucionalização das ações de saúde do trabalhador no âmbito do SUS representa um grande avanço, porém, ainda há um longo caminho a ser trilhado até efetivá-las por completo, principalmente no que se refere ao atendimento primário destas demandas. Ocorre que, às dificuldades culturais, ideológicas e políticas no estabelecimento de ações eficazes no campo da saúde do trabalhador, somam-se as mudanças do mundo do trabalho

³⁰⁵ LACAZ, Francisco Antônio de Castro. **Saúde do trabalhador**: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. 1996. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

³⁰⁶ LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; BERTANI, Íris Fenner. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 32, n. 115, p. 121-134, enero-junio, 2007. p. 123.

³⁰⁷ LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; BERTANI, Íris Fenner. Saúde do trabalhador: de quem é essa responsabilidade? Desafios para o Sistema Único de Saúde. In: OLIVEIRA, C. A. H; BERTANI, I. F. **Interdisciplinaridade**: integração entre saberes e práticas. Franca: Unesp, 2006. p. 50.

e a opção do Estado pelo projeto neoliberal de governo, que tem precarizado cada vez mais as relações de trabalho³⁰⁸.

A precariedade das condições de trabalho despontada na flexibilização dos direitos trabalhistas, na insegurança da manutenção do posto de trabalho, na aceleração do ritmo da produção e no descaso com o ambiente laboral, não interfere tão somente na saúde dos trabalhadores; interfere na “subjetividade da classe trabalhadora”³⁰⁹. Nesta senda, os avanços contidos na Constituição Federal de 1988 e nas legislações subsequentes, que garantem a saúde e a segurança no trabalho, chocam-se com as mudanças do mundo do trabalho, ampliadas a partir da década de 1990, que repercutem, entre outras coisas, em agravos à saúde humana.

Assim sendo, não é possível efetivar o campo saúde do trabalhador com atendimentos centrados apenas no caráter das esferas biológica e individual. Há de se intensificar a análise do processo de trabalho como um todo e as relações por ele estabelecidas na qualidade de vida e na saúde dos trabalhadores.

4.3 O DIREITO SANITÁRIO DO TRABALHO COMO EXPRESSÃO DE UM DIREITO FUNDADO NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

A atual Constituição Federal brasileira é, indubitavelmente, uma “Constituição que não se contenta em definir um estatuto de poder, atuando como “instrumento de governo”, indo além e cuidando de estipular programas e metas a serem realizadas pelo Estado e pela sociedade”³¹⁰, impactando o processo de transformação do Direito moderno.

Desde o momento em que se consolidou o modelo de Estado Social³¹¹, o Direito adotou uma postura de fator implementador das transformações sociais, veiculando inclusive

³⁰⁸ LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; BERTANI, Íris Fenner. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 32, n. 115, p. 121-134, enero-junio, 2007. p. 124.

³⁰⁹ ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 6. ed. São Paulo: Cortez; Campinas: Unicamp, 1999. p. 15.

³¹⁰ TOJAL, Sebastião Botto de Barros. A Constituição Dirigente e o Direito Regulatório do Estado Social: o Direito Sanitário. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 22-39.

³¹¹ O Estado social, no plano do direito, “é todo aquele que tem incluída na Constituição a regulação da ordem econômica e social. Além da limitação ao poder político, limita-se o poder econômico e projeta-se para além dos indivíduos a tutela dos direitos, incluindo o trabalho, a educação, a cultura, a saúde, a seguridade social, o

prestações públicas. Por consequência, operou-se uma rematerialização da racionalidade legal, isto é, o caráter dirigente das constituições tem influenciado todo o direito. Gunther Teubner observa que:

[...] comparado com o clássico Direito formal, o direito material próprio da moderna era industrial assume desde logo uma nova função social. Tal direito não se limita a satisfazer os imperativos de resolução dos conflitos impostos pelo funcionamento de uma sociedade de mercado, mas serve também os imperativos políticos de intervenção e de direção próprios do moderno Estado-Social: quer dizer, o direito é instrumentalizado em função dos objetivos e finalidades do sistema político, que agora assume a responsabilidade pela condução de certos processos sociais, e nomeadamente, na definição dos objetivos a alcançar, na escolha dos instrumentos normativos, no processo de formulação e de implementação de normas.³¹²

Parafraseando, o Direito contemporâneo exige uma postura diferente dos legisladores e dos seus operadores. Principalmente no campo da saúde, é fundamental reconhecer que a sua proteção e efetivação se dá a partir da compreensão de que as normas típicas do já consolidado Direito Sanitário não se limitam aos moldes clássicos de um Direito concebido à luz de paradigmas estatutários, “informados por princípios como certeza e segurança jurídicas, já que é inerente a esse processo de rematerialização da racionalidade legal o particularismo, a legitimidade determinada pela observância de critérios fundados numa ética de convicção, a partir da qual os fins acabam definindo os meios necessários para a sua consecução”³¹³, tudo em total consonância com os desígnios constitucionais.

Ainda segundo Teubner,

[...] juridificação não significa apenas crescimento do Direito, mas designa antes um processo no qual o Estado Social intervencionista cria um novo tipo de Direito, o direito regulatório. Apenas quando ambos estes elementos – materialização e finalismo político-intervencionista – são tomados em atenção conjuntamente, poderemos entender a verdadeira e específica natureza do contemporâneo fenómeno da juridificação. Em suma, o direito regulatório – que “especifica coercitivamente a conduta social em ordem à consecução de determinados fins materiais” – caracteriza-se pelo primado da racionalidade material relativamente à racionalidade formal e pode

meio ambiente”. (LÔBO, Paulo Luiz Netto. **Constitucionalização do direito civil**. Disponível em: <<http://www.direitofmc.xpg.com.br/TGDC/texto01.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2012).

³¹² TEUBNER, Gunther. Juridificação: noções, características, limites, soluções. **Revista de Direito e Economia**, Coimbra, p. 39, 1988.

³¹³ TOJAL, Sebastião Botto de Barros. A Constituição Dirigente e o Direito Regulatório do Estado Social: o Direito Sanitário. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.p. 30.

ser definido de acordo com os seguintes aspectos: no plano de sua função, é um direito associado às exigências de direção e conformação social, próprias do Estado Social; no de sua legitimação, é um direito onde assumem fundamental relevo os efeitos sociais despoletados pelas suas próprias regulações conformadoras e compensadoras; finalmente, no plano de sua estrutura, o direito regulatório afigura-se como um direito “particularístico”, finalisticamente orientado e tributários das ciências sociais.³¹⁴

Assim são as normas que tratam da saúde do trabalhador; afirmar o contrário é subestimar os objetivos últimos que justificaram a sua sistematização. A discussão acerca da caracterização do Direito Sanitário do Trabalho como uma disciplina jurídica nascedoura traz consigo uma dimensão que não é meramente formal; pelo contrário, ela carrega consigo implicações fundamentais uma vez que tratam de tornar efetivos os mandamentos constitucionais da nova ordem econômica e social instituídas pelo Estado de Direito brasileiro. É preciso pensar e operar o Direito Sanitário do Trabalho no sentido de concretizar a Constituição Federal e, para isso, ou bem se renovam as categorias, ou se frustrarão os objetivos constitucionais.

4.4 O DIREITO SANITÁRIO DO TRABALHO E AS MUDANÇAS NO ENTENDIMENTO JURISPRUDENCIAL

O desenvolvimento de uma disciplina cujo objeto é a regulamentação das normas e princípios que regem a relação jurídica que se estabelece no local de trabalho entre as partes, e do indivíduo com o Estado, com vistas à maior proteção da saúde do agente da atividade laboral, adquire ainda mais relevância diante de significativas mudanças que vêm ocorrendo na esfera judicial.

A saúde é direito de todos e dever do Estado; quanto a isso não restam dúvidas. A dúvida que tem permeado o sistema judiciário, atualmente, diz respeito à responsabilização exclusiva do Estado pela promoção, manutenção e recuperação da saúde dos trabalhadores.

Como visto, o Estado é responsável por uma gama de ações e serviços que visam à proteção da saúde da classe trabalhadora. Contudo, quando estas medidas não atingem os fins desejados, os cidadãos têm acionado o Judiciário na busca de soluções para as suas demandas,

³¹⁴ TEUBNER, Gunther. Juridificação: noções, características, limites, soluções. **Revista de Direito e Economia**, Coimbra, p. 49, 1988.

ocasionando um fenômeno cada vez mais crescente no Brasil, denominado de Judicialização da Saúde.

Para Silvia Badim³¹⁵:

O exercício do direito à saúde, positivado em nosso ordenamento jurídico com a Constituição Federal de 1988, vem ganhando contornos nunca vistos, compelindo magistrados, promotores de justiça, procuradores públicos, advogados, entre outros operadores do Direito, a lidarem com temas oriundos do Direito Sanitário e da política pública de saúde, nos três níveis de governo. E, também, compelindo gestores públicos de saúde a lidarem com a garantia efetiva deste direito social, em cada caso individual apresentado, através de uma determinação oriunda do Poder Judiciário que, muitas vezes, contrasta com a política estabelecida em matéria de assistência à saúde e com a própria lógica de funcionamento do sistema político.

O Poder Judiciário trabalha voltado à justiça comutativa ou à microjustiça do caso concreto, tendo como desafio a incorporação da política pública de saúde em seus julgados, num mecanismo de profunda importância para a formação da jurisprudência. A conciliação da justiça comutativa com a justiça distributiva se dá no interior de cada processo e se evidencia pela “decisão coletiva formulada e formalizada por meio dos diversos atos normativos que compõem a política de assistência à saúde, emanados dos Poderes Legislativo e Executivo do Estado”³¹⁶.

A judicialização da saúde é um fato que não passa incólume às demandas da saúde do trabalhador e, cada vez mais os entes federativos têm sido condenados judicialmente a fornecerem tratamento às moléstias decorrentes da relação de trabalho, conforme se pode ver do Acórdão exarado pela Quarta Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul:

APELAÇÃO CÍVEL. CONSTITUCIONAL, ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. SAÚDE PÚBLICA. PARAPLEGIA EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRABALHO. MEDICAMENTOS: BACLOFEN 10MG, RETEMIC 5MG, MINILAX SUPOSITÓIO, SONDA VESICAL Nº 12 E XYLOCAÍNA GEL. AÇÃO ORDINÁRIA C/C TUTELA ANTECIPADA. DEFERIMENTO NA ORIGEM. PROCEDÊNCIA NA ORIGEM. GARANTIA CONSTITUCIONAL NA FORMA DO ART. 196 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. VALOR EXCESSIVO. NECESSIDADE DE REDUÇÃO. RECURSO A QUE SE DÁ PROVIMENTO.

³¹⁵ MARQUES, Silvia Badim. **Judicialização do direito à saúde**. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S151641792008000200005&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 10 set. 2012.

³¹⁶ MARQUES, Silvia Badim. **Judicialização do direito à saúde**. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S151641792008000200005&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 10 set. 2012.

1. A sentença fixou a verba honorária em quantum excessivo se levado em conta os preceitos dos §§ 3.º e 4.º, do art. 20, do CPC, bem como o posicionamento reiterado deste Órgão Colegiado para os processos de Saúde Pública envolvendo fornecimento de medicamentos ou prestação de serviços de saúde. Redução que se impõe.

2. APELAÇÃO PROVIDA. (APELAÇÃO CÍVEL Nº 70013119458, DES. WELLINGTON PACHECO BARROS, Relator.)

Mas, sendo o Estado o responsável direto pela proteção da saúde dos trabalhadores, qual a responsabilidade atribuída ao empregador ou tomador de serviços? É certo que por força da Norma Regulamentadora nº6 os empregadores ficam obrigados a fornecer os EPI's – Equipamento de proteção individual – bem como instruir e orientar os empregados quanto ao seu uso, e cobrar a efetiva utilização. Contudo, nem sempre os EPI's dão conta de elidir os acidentes e as doenças ocupacionais, restando, assim, uma inquietação quanto à responsabilização dos empregadores.

A definição de acidente de trabalho típico está inserida no artigo 19 da Lei 8.213/91, o qual dispõe:

Art. 19. Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

Vê-se, pois, que a caracterização do acidente de trabalho se dá pela necessária relação havida entre o evento danoso e a atividade laboral. Aos efeitos jurídicos dos acidentes de trabalho equiparam-se os efeitos das doenças ocupacionais, gênero que comporta as espécies de doença profissional e doença do trabalho, cuja definição se dá pelo art. 20 da mesma lei, que assim dispõe:

Art. 20. Consideram-se acidente do trabalho, nos termos do artigo anterior, as seguintes entidades mórbidas:

I - doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social;

II - doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso I.

Através da leitura do texto legal verifica-se que, por doença profissional, é entendida aquela peculiar à determinada atividade ou profissão, sendo também conhecida como “doença profissional típica, tecnopatía ou ergopatía”³¹⁷. Nesse caso, o nexo de causalidade é presumido e advém do próprio exercício de atividades determinadas. Em outras palavras, a doença profissional é aquela que surge em decorrência do exercício de determinada atividade profissional, e que está prevista na relação elaborada pelo Ministério do Trabalho, antes referida. Estas doenças fazem parte do anexo II do Decreto n. 3048/99, que indica uma série de compostos e agentes patogênicos existentes em determinadas atividades e as relaciona com as atividades que podem sofrer a influência destes agentes, vindo a causar infortúnio laboral.

Já as doenças do trabalho, também denominadas de mesopatía ou doenças atípicas, embora decorram da atividade laboral, não guardam com esta uma relação direta. Isto é, elas decorrem da forma na qual o trabalho é realizado, “ou das condições específicas do ambiente de trabalho”³¹⁸. Estas doenças não apresentam relação direta com determinadas profissões, sendo que “as condições excepcionais ou especiais do trabalho determinam a quebra da resistência orgânica com a consequente eclosão ou a exacerbação do quadro mórbido, e até mesmo o seu agravamento”³¹⁹. Assim, enquanto as doenças profissionais têm presunção de nexo de causalidade, as doenças do trabalho necessitam de prova quanto à relação do dano com a atividade.

O art. 21³²⁰ da Lei 8.213/91 arrola ainda uma série de acontecimentos que são equiparados ao acidente de trabalho, dentre os quais aqueles que, embora não sejam a causa

³¹⁷ OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Proteção Jurídica à saúde do trabalhador**. 2. ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: LTr, 1998. p. 225.

³¹⁸ OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Proteção Jurídica à saúde do trabalhador**. 2. ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: LTr, 1998.

³¹⁹ OLIVEIRA, José. **Acidente do trabalho: teoria, prática, jurisprudência**. 3. ed. São Paulo: 2007. p. 02.

³²⁰ O texto legal é o seguinte: Art. 21. Equiparam-se também ao acidente do trabalho, para efeitos desta Lei: I - o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação; II - o acidente sofrido pelo segurado no local e no horário do trabalho, em conseqüência de: a) ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho; b) ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao trabalho; c) ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro ou de companheiro de trabalho; d) ato de pessoa privada do uso da razão; e) desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior; III - a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade; IV - o acidente sofrido pelo segurado ainda que fora do local e horário de trabalho: a) na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa; b) na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito; c) em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo quando financiada por esta dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado; d) no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado. § 1º Nos períodos destinados a refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação

exclusiva, contribuam diretamente para a morte ou redução da capacidade laborativa do trabalhador, ou ainda, aqueles que tenham produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação. Dentre as possibilidades elencadas neste artigo como passíveis de serem equiparadas a acidente de trabalho, encontram-se aquelas situações nas quais o empregado esteja agindo em nome da empresa, ou atuando por ordem desta, independentemente de estar no local de trabalho ou no horário regular do mesmo. Também estão elencados neste dispositivo, atos de agressão, sabotagem ou ofensa física que possam ser praticados por terceiros ou por companheiros de trabalho, o que reforça o dever e responsabilidade da empresa na fiscalização e manutenção do ambiente de trabalho saudável.

Independentemente de tecnicismos e de distinções formais trazidas ou adotadas pela doutrina ou pela legislação, em havendo relação de causa e efeito entre um dano sofrido pelo trabalhador e a atividade exercida, deve haver o tratamento e a busca pela total recuperação das condições laborais e de vida. Deste modo, havendo danos de qualquer espécie à saúde do trabalhador, faz-se necessário que se propiciem as condições para o restabelecimento de suas condições de saúde, já que a saúde e a integridade física e psíquica do trabalhador são os bens maiores a serem preservados.

Por muito tempo acreditou-se que não sendo possível o reestabelecimento da saúde, deveria ser assegurado aos trabalhadores o ressarcimento pelo dano sofrido através de indenização material e/ou moral, dependendo do caso. Isto é, por muito tempo perdurou em nossos tribunais a ideia de que havendo o dano, caberia ao Estado, através das políticas de saúde do SUS, o tratamento das moléstias bem como a concessão de benefícios previdenciários que possibilitassem a manutenção de um padrão de vida digno, ficando o empregador responsável pelo pagamento de indenizações de cunho moral e/ou material, que englobavam um pensionamento no caso de perda ou redução da capacidade laborativa e o ressarcimento dos gastos arcados pelo trabalhador com medicamentos, internações, cirurgias, etc.

Mas esse entendimento começa a mudar. A primeira discussão na seara jurídica referente a este tema diz respeito à possibilidade de o Estado reaver os valores gastos na esfera previdenciária com os benefícios concedidos em decorrência dos acidentes do trabalho e das doenças ocupacionais.

de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este, o empregado é considerado no exercício do trabalho. § 2º Não é considerada agravação ou complicação de acidente do trabalho a lesão que, resultante de acidente de outra origem, se associe ou se superponha às conseqüências do anterior.

Verifica-se que o Instituto Nacional da Seguridade Social – INSS – tem adotado uma postura bastante inovadora, e ajuizado ações regressivas contra empregadores, com vistas ao ressarcimento de despesas efetuadas, ou a serem efetuadas, com o pagamento de benefícios previdenciários (aposentadoria por invalidez, auxílio-doença, auxílio-acidente ou pensão por morte) ou decorrentes da prestação de serviços de reabilitação profissional. A ação regressiva é o instrumento jurídico por meio do qual aquele que suportou eventual ônus financeiro, para o qual não contribuiu com culpa ou dolo, poderá exercer o seu direito ressarcitório em face do verdadeiro responsável pelo dano. Ou seja, o INSS tem exigido dos empregadores, em ação de regresso, o ressarcimento dos valores pagos a títulos de benefícios previdenciários advindos de acidentes ou doenças ocupacionais causados pela inobservância das normas de segurança e higiene do trabalho. Nesses casos, basta ao INSS a comprovação do dano, representado pelo custeio do benefício previdenciário em questão, a negligência praticada pelo empregador, e o nexo causal entre a negligência praticada e o evento causador do dano³²¹.

Este direito de regresso está previsto de forma expressa nos arts. 120 e 121 da Lei nº 8.213/91, que assim determinam:

Art. 120. Nos casos de negligência quanto às normas padrão de segurança e higiene do trabalho indicados para a proteção individual e coletiva, a Previdência Social proporá ação regressiva contra os responsáveis.

Art. 121. O pagamento, pela Previdência Social, das prestações por acidente de trabalho não exclui a responsabilidade civil da empresa ou de outrem.

Isto é, quando da ação ou omissão do empregador – e aqui se destacam as omissões na adoção e uso das medidas coletivas e individuais de proteção e segurança da saúde do trabalho – ocorrer dano à saúde dos trabalhadores vinculados ao INSS, poderá o mesmo buscar regressivamente a indenização para recompor os cofres públicos das despesas despendidas com benefícios e programas de reabilitação profissional.

Sabe-se que a fonte de custeio para a cobertura de eventos advindos dos riscos ambientais do trabalho – acidentes e doenças ocupacionais, assim como as aposentadorias especiais – está baseada na contribuição previdenciária das empresas denominada Seguro

³²¹ PRETTI, Josiane. **Ação regressiva do INSS nos casos de acidente do trabalho por negligência das empresas em relação às normas de segurança e higiene do trabalho.** Disponível em: <http://www.phmp.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=149:acao-regressiva-do-inss-nos-casos-de-acidente-do-trabalho-por-negligencia-das-empresas-em-relacao-as-normas-de-seguranca-e-higiene-do-trabalho&catid=41:artigos&Itemid=173>. Acesso em: 27 jun. 2012.

Acidente de Trabalho (SAT) ou Risco Acidente de Trabalho (RAT), segundo o enquadramento das atividades preponderantes, estabelecido conforme a subclasse da Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE³²².

A contribuição ao SAT/RAT está prevista no artigo 22 da Lei nº 8.212/91, a partir das alíquotas de 1% (risco leve), 2% (risco médio) e 3% (risco grave), calculadas sobre o total das remunerações pagas aos segurados empregados e trabalhadores avulsos. Estes percentuais podem variar, sendo reduzidos ou majorados de acordo com o enquadramento da empresa no Fator Acidentário de Prevenção – FAP, que nada mais é do que um multiplicador variável a ser aplicado às alíquotas do SAT/RAT por subclasse econômica, incidente sobre a folha de salários das empresas para custear aposentadorias especiais e benefícios decorrentes de acidentes de trabalho. Ou seja, o enquadramento do FAT na empresa é reavaliado a cada ano, podendo ser alterado com base nos registros de acidentalidade e doenças profissionais dos últimos dois anos³²³.

A variação da alíquota de contribuição dependerá do cálculo de frequência, gravidade e custo dos acidentes de cada empresa se comparada à da sua subclasse econômica. A periodicidade de cálculo do coeficiente é anual para fins do FAP, e bienal para fins de reenquadramento das empresas no grau de risco, sendo que as alíquotas poderão ser reduzidas em até 50%, ou majoradas em até 100%. Nesse sentido, percebe-se que a nova metodologia aprovada pelo Conselho Nacional de Previdência Social (CNPS), através das Resoluções 1308/09 e 1309/09, objetiva bonificar as empresas que tenham apresentado melhorias nos ambientes de trabalho e, ao mesmo tempo, tarifar aquelas empresas que tenham apresentado índices de acidentalidade e de doenças acima média de seu setor³²⁴.

³²² PRETTI, Josiane. **Ação regressiva do INSS nos casos de acidente do trabalho por negligência das empresas em relação às normas de segurança e higiene do trabalho.** Disponível em: <http://www.phmp.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=149:acao-regressiva-do-inss-nos-casos-de-acidente-do-trabalho-por-negligencia-das-empresas-em-relacao-as-normas-de-seguranca-e-higiene-do-trabalho&catid=41:artigos&Itemid=173>. Acesso em: 27 jun. 2012.

³²³ PRETTI, Josiane. **Ação regressiva do INSS nos casos de acidente do trabalho por negligência das empresas em relação às normas de segurança e higiene do trabalho.** Disponível em: <http://www.phmp.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=149:acao-regressiva-do-inss-nos-casos-de-acidente-do-trabalho-por-negligencia-das-empresas-em-relacao-as-normas-de-seguranca-e-higiene-do-trabalho&catid=41:artigos&Itemid=173>. Acesso em: 27 jun. 2012.

³²⁴ PRETTI, Josiane. **Ação regressiva do INSS nos casos de acidente do trabalho por negligência das empresas em relação às normas de segurança e higiene do trabalho.** Disponível em: <http://www.phmp.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=149:acao-regressiva-do-inss-nos-casos-de-acidente-do-trabalho-por-negligencia-das-empresas-em-relacao-as-normas-de-seguranca-e-higiene-do-trabalho&catid=41:artigos&Itemid=173>. Acesso em: 27 jun. 2012.

Contudo, o pagamento do SAT não exime, de forma alguma, o empregador de atentar-se para a segurança e a salubridade do trabalhador, continuando o mesmo responsável por todas as questões pertinentes ao meio ambiente do trabalho e, conseqüentemente, pela saúde dos que nele trabalham. Assim, a Ação de Regresso que o INSS passa a propor, visa não só reaver o que efetivamente se despende, mas também forçar as empresas a adotarem as medidas necessárias de higiene e segurança do trabalho. E as pretensões da entidade autárquica têm alcançado sucesso na esfera judicial, como se pode ver dos julgados abaixo:

ACIDENTE DO TRABALHO. MORTE. SEGURADO. NEGLIGÊNCIA. NORMAS DE SEGURANÇA. AÇÃO REGRESSIVA DO INSS. (...) Das provas coligidas aos autos, em especial a prova oral, outra não é a conclusão senão pela existência de culpa recíproca no acidente que vitimou o ex-trabalhador da apelada. Deve a ré arcar apenas com a metade dos valores despendidos pelo INSS com mencionada pensão por morte. Conforme precedente deste Tribunal, "O fato das empresas contribuírem para o custeio do regime geral de Previdência Social, mediante o recolhimento de tributos e contribuições sociais, dentre estas aquela destinada ao seguro de acidente do trabalho - SAT, não exclui a responsabilidade nos casos de acidente de trabalho decorrentes de culpa sua, por inobservância das normas de segurança e higiene do trabalho." (Rel. Des. Federal Maria Lúcia Luz Leiria, julg. em 18/08/2009, AC 2006.72.06.003780-2/TRF).

Tem-se assim, que o pagamento de tributos e contribuições sociais não exime o empregador da responsabilidade de ressarcir o INSS nos casos de acidentes e/ou doenças ocupacionais decorridos de culpa sua, e não se trata de onerar duas vezes uma mesma empresa, mas somente obter o ressarcimento dos valores pagos pelo INSS em relação a prestações decorrentes de acidente de trabalho e que não podem ser associadas pela fonte de custeio do SAT.

Ou seja, a concessão de um benefício depende de uma prévia fonte de custeio, conforme o disposto no artigo 195, §5º, da Constituição Federal. Desta forma, para os riscos ordinários do trabalho, há a expressa previsão do SAT. Como os riscos extraordinários decorrentes de negligência da empresa não são abrangidos pelo SAT ou por outras fontes de custeio do sistema previdenciário, determina-se o ressarcimento do INSS, inclusive com o objetivo de propiciar o equilíbrio atuarial do regime. Neste outro julgado, a discussão se dá em torno do cabimento da ação, conforme se vê:

PROCESSO CIVIL. RESPONSABILIDADE CIVIL. ACIDENTE DO TRABALHO. ART. 120 DA LEI Nº 8.213/91. CULPA DO EMPREGADOR. AÇÃO REGRESSIVA. POSSIBILIDADE. PRESCRIÇÃO QUINQUENAL.

1. O fato de as empresas contribuírem para o custeio do regime geral de previdência social, mediante o recolhimento de tributos e contribuições sociais, dentre estas aquela destinada ao seguro de acidente do trabalho - SAT, não exclui a responsabilidade nos casos de acidente de trabalho decorrentes de culpa sua, por inobservância das normas de segurança e higiene do trabalho.
2. É dever da empresa fiscalizar o cumprimento das determinações e procedimentos de segurança, não lhe sendo dado eximir-se da responsabilidade pelas conseqüências quando tais normas não são cumpridas, ou o são de forma inadequada, afirmando de modo simplista que cumpriu com seu dever apenas estabelecendo referidas normas.
3. Demonstrada a negligência da empregadora quanto à fiscalização das medidas de segurança do trabalhador, tem o INSS direito à ação regressiva prevista no art. 120 da Lei nº 8.213/91.
4. Os fundos da previdência social, desfalcados por acidente havido hipoteticamente por culpa do empregador, são compostos por recursos de diversas fontes, tendo todas elas natureza tributária. Se sua natureza é de recursos públicos, as normas regentes da matéria devem ser as de direito público, porque o INSS busca recompor-se de perdas decorrentes de fato alheio decorrente de culpa de outrem.
5. Quando o INSS pretende ressarcir-se dos valores pagos a título de pensão por morte, a prescrição aplicada não é a prevista no Código Civil, trienal, mas, sim, a quinquenal, prevista no Decreto nº 20.910, de 6 de janeiro de 1932.
6. Não procede o pedido de constituição de capital em relação às parcelas vincendas do benefício, pois a aplicação do artigo 475-Q do Código de Processo Civil destina-se à garantia de subsistência de pensionista. Como o embargado não está sendo condenado a um pensionamento e sim a um ressarcimento das despesas relativas ao pagamento do benefício de pensão por morte, a beneficiária não corre risco de ficar sem a verba alimentar, cujo pagamento é de responsabilidade do INSS.
7. Apelação provida. (TRF4, APELREEX 5003231-59.2010.404.7110, Terceira Turma, Relator p/ Acórdão Carlos Eduardo Thompson Flores Lenz, D.E. 27/09/2012).

Ademais, há de se dizer que a responsabilidade patronal para com a saúde e a vida dos trabalhadores não se limita ao fornecimento dos EPIs e ao cuidado para com o ambiente de trabalho. Essa responsabilidade ultrapassa os limites do individual e atinge a coletividade dos obreiros envolvidos no processo de trabalho. Neste próximo julgado, por exemplo, a empregadora foi condenada a indenizar regressivamente o INSS pelos valores despendidos com o pagamento do benefício, ante a ausência de sistema de proteção coletiva. Conforme se vê:

EMENTA: PROCESSUAL CIVIL E CIVIL. RESPONSABILIDADE CIVIL. ACIDENTE DE TRABALHO. NEGLIGÊNCIA DO EMPREGADOR. AÇÃO REGRESSIVA. PROCEDÊNCIA. CONSTITUIÇÃO DE CAPITAL. NÃO CABIMENTO. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. PERCENTUAL SOBRE O VALOR DA CONDENAÇÃO. 1. "Nos casos de negligência quanto às normas padrão de segurança e higiene do trabalho indicados para a proteção individual e coletiva, a Previdência Social proporá ação regressiva contra os responsáveis" (art. 120, L. 8.213/91). (...) 4. O fornecimento de EPI - Equipamentos de Proteção Individual (capacete) associado ao treinamento e à experiência profissional do trabalhador não exime a empresa de adotar sistema de proteção coletiva, notadamente quando se trata de atividade consideravelmente perigosa e aquelas medidas não se mostram suficientes para prevenir acidentes graves. (...) 8. A contribuição para o financiamento de benefícios decorrentes de acidente de trabalho possui natureza tributária, não se tratando de seguro privado e não afastando a responsabilidade da empresa pela adoção das medidas individuais e coletivas de prevenção de acidentes. 9. Tendo o acidente decorrido de negligência da empresa quanto às normas de segurança do trabalho indicadas para a proteção coletiva de seus trabalhadores, deve ela indenizar regressivamente o INSS pelos valores despendidos com o pagamento de benefícios previdenciários aos dependentes do falecido. (...) (AC 200001000696420 AC -

APELAÇÃO CIVEL – 200001000696420 Relator(a) JUIZ FEDERAL MARCELO ALBERNAZ (CONV.) Sigla do órgão TRF1 Órgão julgador QUINTA TURMA Fonte DJ DATA:16/10/2006 PAGINA:95). (Grifo nosso).

No próximo julgado fica claro o posicionamento dos Tribunais Federais acerca da matéria, bem como dos pressupostos para o regresso:

CIVIL, PROCESSUAL CIVIL E PREVIDENCIÁRIO. CERCEAMENTO DE DEFESA. INEXISTÊNCIA. ACIDENTE DE TRABALHO. LEGITIMIDADE PASSIVA DA EMPRESA TOMADORA DE SERVIÇOS. INOBSERVÂNCIA DAS REGRAS DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA DO TRABALHADOR. PAGAMENTO DE PENSÃO POR MORTE DECORRENTE DO ACIDENTE. AÇÃO REGRESSIVA DO INSS. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.

(...)

4. Consoante art. 120 da Lei nº 8.213/91, é assegurado o direito de regresso da Previdência Social contra os responsáveis em casos de negligência quanto às normas padrão de segurança e higiene do trabalho. Para a caracterização da obrigação de indenizar, exige-se a presença de certos elementos. São eles: (a) o fato lesivo; (b) o nexo de causalidade entre o *eventus damni* e o comportamento positivo (ação) ou negativo (omissão) do agente e (c) o dano.

5. Na hipótese dos autos, todos os elementos necessários a configurar a responsabilidade da parte ré estão presentes.

6. As rés foram negligentes ao permitir que o falecido trabalhasse nas bordas de um fosso, lugar perigoso e escuro, sem a utilização de dispositivo de proteção fundamental contra quedas (guarda-corpo), omitindo-se, portanto, na tomada de medidas de proteção individual e coletiva no ambiente laboral.

7. Ressalte-se que o só fato de o de cujus estar utilizando equipamentos de proteção no momento do acidente não tem o condão de afastar a responsabilidade das rés, sobretudo porque restou constatado nos autos que foram diversas outras causas, de maior relevância, que contribuíram para a fatalidade.

8. Também restou demonstrado o nexo causal entre a conduta das promovidas e o prejuízo causado ao INSS, haja vista que em decorrência da morte do trabalhador, os beneficiários dele requereram pensão por morte, benefício este que vem sendo pago pela autarquia desde outubro/2004.

9. Comprovados a negligência da parte ré, o resultado lesivo para o INSS e o nexo causal entre a ação e o dano, deve-se condenar as promovidas a pagar ao INSS, regressivamente, os valores das parcelas vencidas e vincendas, a título de pensão por morte devida aos dependentes do segurado, enquanto perdurar aquela obrigação.

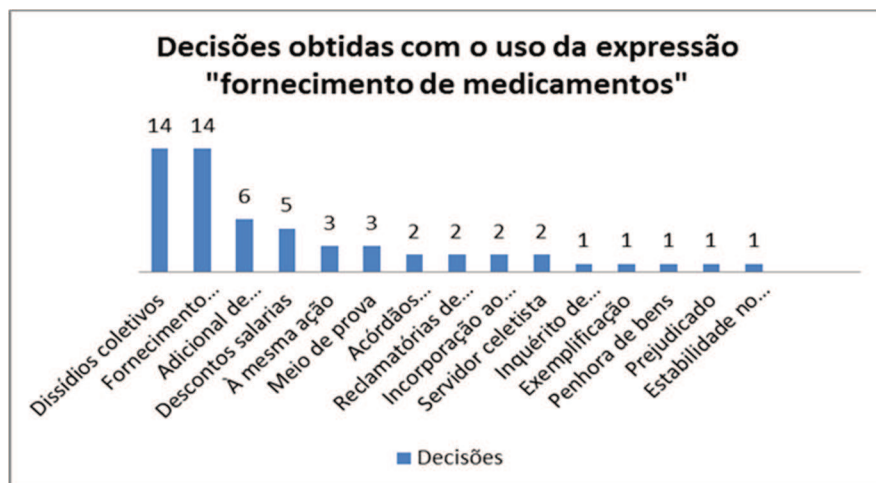
10. Apelação improvida. (PROCESSO: 200781000063693, AC525220/CE, DESEMBARGADOR FEDERAL FRANCISCO CAVALCANTI, Primeira Turma, JULGAMENTO: 03/05/2012, PUBLICAÇÃO: DJE 11/05/2012 - Página 145)

Vê-se, pois, que um novo fenômeno está se consolidando no universo jurídico. As ações de regresso do INSS contra empregadores que descumpram a legislação de segurança e higiene do trabalho, ocasionando dano aos obreiros, tendem a adquirir um número bastante expressivo nos próximos anos, o que mais uma vez evidencia a necessidade de um maior aprofundamento científico, visando à consolidação do Direito Sanitário do Trabalho como ramo do Direito responsável por disciplinar as ações e serviços de interesse à saúde do trabalhador.

Há de se destacar outra importantíssima mudança de paradigma que vem ocorrendo em nossos Tribunais. Trata-se da responsabilidade dos empregadores em fornecer o tratamento – medicação, cirurgias, internações, etc. – aos empregados adoentados e/ou acidentados. Durante muito tempo vigeu a máxima de que a responsabilidade pelo tratamento ao trabalhador adoentado e/ou acidentado era do Estado, sendo que este deveria oferecer ao empregado a reabilitação de sua saúde através do SUS, a final, a saúde é um direito de todos, trabalhadores ou não, que deve ser suportado pelo Estado. Ao empregador cabia tão somente o pagamento de indenizações de cunho moral ou material, o que incluía o ressarcimento das despesas havidas PELO EMPREGADO para o seu tratamento.

Contudo, esse entendimento começa a mudar. Em pesquisa simples realizada junto ao sítio do Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região – Rio Grande do Sul – pôde-se verificar esta mudança de entendimento. A pesquisa realizada inicialmente em 25/06/2012 e refeita em 28/08/2012, utilizou a expressão “fornecimento de medicamentos” como critério de busca jurisprudencial. Com este critério, foram localizados 58 diferentes acórdãos, sendo o mais antigo datado de 24/05/1995 e o mais recente de 24/05/2012.

Destes 58 julgados, 3 referiam-se à mesma ação, porém, em momentos processuais distintos; 2 acórdãos constaram duplamente, referindo-se à mesma ação, no mesmo momento processual; 2 se referiam a reclamações de reconhecimento de vínculo de emprego, onde os profissionais tinham como atividade o “fornecimento de medicamentos”; em 3 outros casos foram utilizadas “ordens de fornecimento de medicamentos” como meio de prova da ocorrência de acidente de trabalho; 1 referente a inquérito de apuração de falta grave; 5 julgados referiam-se à ilegalidade ou não dos descontos salariais decorrentes do fornecimento de medicamentos; 2 referentes à incorporação dos valores pagos com fornecimento de medicamentos, ao salário; 1 julgado utilizou a expressão como exemplo de serviço de utilidade pública; 2 acórdãos referiam-se à obrigação do estado em fornecer medicamento a servidor celetista; 1 referia-se à penhora de bens de uma entidade hospitalar empregadora; 1 restou prejudicado por não ter sido comprovada a ocorrência de doença ou acidente; 14 eram julgados de dissídios coletivos; 6 eram referentes a pedidos de pagamento de adicional de insalubridade por empregados que tinham por função o fornecimento de medicamentos; 1 referia-se à estabilidade no emprego de empregado portador de HIV; e 14 referiam-se diretamente à obrigação do empregador – privado – de fornecer tratamento ao empregado doente e/ou acidentado.



Antes de adentrar a análise dos julgados referentes à obrigação patronal de fornecer medicamentos aos seus empregados, vale registrar o entendimento exarado judicialmente na reclamatória que julgou o pedido de estabilidade e reintegração no emprego de trabalhador portador de HIV. Notadamente, mesmo tendo sido negado o pedido do obreiro em sede recursal, a sentença de primeiro grau apresenta entendimento bastante inovador. Ao julgar pela procedência do pedido de reintegração do emprego, a Juíza Maria Helena Lisot, da 10ª Vara do Trabalho de Porto Alegre, baseou-se em dois fundamentos. Vejamos:

Por outro lado, mesmo que se considerem procedentes as alegações da defesa de que a autora detém tempo de serviço à obtenção da sua aposentadoria integral junto à Previdência Oficial e de que cabe ao Estado prestar assistência médica e medicamentos aos portadores de HIV, tais situações não autorizariam a rescisão do contrato de trabalho da reclamante. Primeiro porque é consabido que a aposentadoria “integral” do INSS representa, de fato, o recebimento de valor significativamente inferior ao do salário da atividade, por força do disposto no art. 57, inciso IV do art. 39 e caput e inciso I do art. 32, todos do Decreto n. 3.048/99, dispondo o caput e o inciso I do art. 32 que: Art. 32. O salário-de-benefício consiste: I - para as aposentadorias por idade e por tempo de contribuição, na média aritmética simples dos maiores salários-de-contribuição correspondentes a oitenta por cento de todo o período contributivo, multiplicada pelo fator previdenciário; (grifo), cumprindo o acolhimento da informação da reclamante (fl. 535) de que caso requeresse sua aposentadoria por tempo de serviço na data de 31.08.2009, receberia o benefício de aposentadoria em valor equivalente a 68% da sua remuneração. Demais disso, cabe exclusivamente ao empregado a opção da aposentadoria e percepção de rendimentos inferiores aos da atividade, e essa opção não se apresentaria congruente, no caso dos autos, diante das diversas despesas enfrentadas pela reclamante ante a sua condição de portadora do HIV. Segundo porque também é consabido que, embora seja obrigação do Estado prestar assistência médica e o fornecimento de medicamentos aos portadores de HIV, tal, como regra, se dá em condições precárias, sendo comumente noticiado na mídia a ausência de medicamentos e/ou o ingresso com ações judiciais para que o Estado cumpra com essa sua obrigação estatal. (Processo nº 0120700-61.2008.5.04.0010/ 10ª Vara do Trabalho de Porto Alegre/RS/ Julgado em: 29/04/2011). (Sem grifo no original).

A decisão considerou como fator preponderante a fragilidade do serviço público de saúde para assegurar ao trabalhador o seu emprego, uma vez que este, no entender da sentença, era indispensável para o custeio do tratamento médico do obreiro. Vê-se nesse julgado uma mudança radical de entendimento que sempre considerou a despedida imotivada um direito do empregador, e a saúde, um dever do Estado.

No mais, no que se refere aos 14 julgados referentes à obrigação patronal de fornecer medicamentos aos seus empregados acometidos de doenças ocupacionais e/ou vítimas de acidentes de trabalho, ou de continuar custeando plano de saúde e convênio médico após o desligamento do empregado da empresa em decorrência de aposentadoria por invalidez, tem-se que o julgado mais antigo, de 29/10/1998, refere-se à continuidade do direito de utilização do plano de saúde privado da empresa e do convênio de fornecimento de medicamentos após o desligamento da mesma, possuindo o seguinte teor:

EMENTA: CONTINUIDADE DO DIREITO DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E BENEFÍCIOS DA UNIMED E DO CONVÊNIO DE MEDICAMENTOS. Não comprovado o fato constitutivo do direito, ônus que competia ao reclamante, a teor do disposto nos arts. 818 da CLT e 333, inciso I, do CPC, do qual não se desincumbiu a contento, impõe-se manter o julgado na parte em que indeferiu o pedido formulado na inicial de continuidade do direito de utilização dos serviços e benefícios da UNIMED e do convênio de medicamentos. De outro lado, o reconhecimento pelo demandante da inexistência de acordo escrito que se constitua em patrimônio para o pedido de benefícios referentes à UNIMED, por si só, enseja o indeferimento do pedido formulado na exordial. (...) (Acórdão do processo 0010000-23.1997.5.04.0521 (RO) Redator: BEATRIZ ZORATTO SANVICENTE Participam: OTACÍLIO SILVEIRA GOULART FILHO Data: 29/10/1998. Origem: 1ª Vara do Trabalho de Erechim).

Vê-se, pois, que o entendimento vigente era de que uma vez desligado da empresa o trabalhador perdia o direito ao plano de saúde privado e ao convênio de fornecimento de medicamento custeado pelo empregador. Esse entendimento vigeu ainda por um bom período, conforme se pode ver dos julgados que se seguem:

EMENTA: APOSENTADORIA ESPONTÂNEA. DIFERENÇAS DA MULTA DE 40% SOBRE O FGTS. Impossível o reconhecimento do direito do autor à percepção das diferenças da multa de 40% sobre o FGTS, referente ao período anterior a aposentadoria, em razão do rompimento espontâneo do pacto laboral por iniciativa do reclamante. Recurso negado.

CONTINUIDADE DO DIREITO DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E BENEFÍCIOS DA UNIMED E DO CONVÊNIO DE MEDICAMENTOS. Não comprovada a existência de ajuste, ainda que não expresso, onde o empregador tenha se comprometido a garantir a

continuidade do direito de utilização dos serviços e benefícios da UNIMED e do convênio de medicamentos, mesmo após a rescisão contratual, ônus que incumbia ao reclamante, a teor do disposto nos artigos 818 da CLT e 333, inciso I, do CPC, do qual não se desincumbiu a contento, mostra-se correta a decisão que indeferiu ao postulado. Recurso negado. (Acórdão do processo 0100500-38.1997.5.04.0521 (RO): Relator DENISE MARIA DE BARROS Participam: JANE ALICE DE AZEVEDO MACHADO Data: 13/07/1999 Origem: 1ª Vara do Trabalho de Erechim) (Sem Grifo no original).

Nesse julgado é possível perceber que o entendimento vigente por um grande tempo nos Tribunais Trabalhistas era o de que a continuidade no fornecimento de plano de saúde privado e convênio de medicamentos após o desligamento do empregado por motivos de aposentadoria por invalidez – isto é, por perda da capacidade laboral – configurava-se mera liberalidade do empregador. Ou seja, não tendo o empregador expressado o desejo de continuar fornecendo o benefício, nenhuma responsabilidade poderia lhe ser imputada. Esse entendimento vigeu até meados da década de 2000, quando a situação passou a mudar, muito em razão da “má qualidade” dos serviços de Saúde Pública, conforme se verá.

EMENTA: (...) CONVÊNIO COM A UNIMED. DESCABIMENTO DO PEDIDO DE CONTINUIDADE. Indemonstrados os fatos constitutivos do direito do autor, nos termos exigidos pelo art. 818 da CLT. Recurso do autor desprovido, no aspecto. (Acórdão do processo 0176300-72.1997.5.04.0521 (RO) Redator: DENIS MARCELO DE LIMA MOLARINHO Participam: CARLOS ALBERTO ZOGBI LONTRA Data: 13/01/2000 Origem: 1ª Vara do Trabalho de Erechim).

EMENTA: (...) VALORES GASTOS COM MEDICAMENTOS. INDENIZAÇÃO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA. Hipótese em que inexistia previsão legal ou normativa para condenação de manutenção do plano de saúde e do pagamento dos medicamentos necessários após a concessão da aposentadoria por invalidez. Provê-se o recurso, para afastar a condenação. (Acórdão do processo 0083800-44.2001.5.04.0004 (RO) Redator: ROSANE SERAFINI CASA NOVA Participam: IRIS LIMA DE MORAES Data: 03/11/2003 Origem: 4ª Vara do Trabalho de Porto Alegre). (Sem grifo no original)

Vê-se do texto deste acórdão proferido em 03/11/2003, que o entendimento predominante era o de que “não há fundamento legal ou normativo para a pretensão da autora de manutenção do plano de saúde e do pagamento dos medicamentos necessários após a concessão da aposentadoria por invalidez. Veja-se que a aposentadoria por invalidez suspende o contrato de trabalho, portanto, cessa o dever do empregador para com o empregado, no que tange a salários e demais obrigações, tanto que a legislação faculta a colocação de outro

funcionário no lugar do aposentado. Ademais, tais vantagens são concedidas por mera liberalidade do empregador, não havendo porque obrigá-lo a manter o pagamento do convênio ou dos medicamentos, mesmo se comprovada a conexão entre as doenças contraídas pela reclamante e o seu afastamento do trabalho, por invalidez”.

Contudo, este entendimento começou a mudar, responsabilizando-se os empregadores a manterem os planos privados de saúde e os convênios de fornecimento de medicamentos, mesmo após o desligamento do empregado da empresa por motivo de saúde, conforme se vê neste julgado de 30/10/2008:

EMENTA: APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. SUSPENSÃO DO CONTRATO DE TRABALHO. MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE. A suspensão do contrato de trabalho em razão de aposentadoria por invalidez não impede a permanência do reclamante como beneficiário do plano de assistência médica. Recurso desprovido (Acórdão do processo 0075900-09.2007.5.04.0292 (RO) Redator: TÂNIA MACIEL DE SOUZA Participam: BERENICE MESSIAS CORRÊA, LEONARDO MEURER BRASIL Data: 30/10/2008 Origem: 2ª Vara do Trabalho de Sapucaia do Sul).

Do texto desse acórdão extrai-se que “trata-se de questão envolvendo situação prevista na CLT de suspensão de contrato de trabalho. Dispõe o artigo 475 consolidado que a aposentadoria por invalidez suspende o contrato de trabalho pelo prazo fixado nas leis da Previdência Social, em razão da reversibilidade da capacidade de trabalho do empregado e o decorrente cancelamento da aposentadoria. Disso decorre que as obrigações contratuais principais se extinguem, como a prestação de serviço por parte do empregado e a devida contraprestação pelo empregador, dentre outras. Entretanto, ainda que o contrato esteja suspenso, permanecem algumas obrigações acessórias, como, no caso, a manutenção do plano de saúde oferecido pela empresa a seus empregados. A supressão do benefício ao plano de saúde configura-se como violação ao princípio da inalterabilidade previsto no artigo 468 da CLT, bem como alteração lesiva ao trabalhador. Ademais, nas atuais condições em que se encontra o sistema de saúde público, a ausência de plano de saúde por certo dificultaria ou até impediria a recuperação plena da reclamante para que pudesse retornar ao trabalho no menor espaço de tempo” (Sem grifo no original).

Esse julgado, assim como outros que virão, apresenta uma justificativa, senão alarmante, perceptível. Como visto, durante muito tempo o empregador fora desobrigado a arcar com os custos de planos de saúde ou convênios de medicamentos após o desligamento do trabalhador

do emprego, restando, o Estado, como único responsável pela saúde deste cidadão. Contudo – e os julgados mostram isso – a fragilidade do Sistema Público de Saúde tem levado a jurisprudência a outro caminho.

Nota-se, no julgado acima referido, que deferiu ao obreiro aposentado por invalidez a continuidade do fornecimento do plano de saúde privado, não foram apresentados mecanismos legais distintos dos demais julgados que negavam o benefício. A única justificativa que ganha relevo em comparação com as dos demais acórdãos é a de que “nas atuais condições em que se encontra o sistema de saúde público” não há garantias de que o empregado enfermo será efetivamente tratado. Assim, a reponsabilidade do empregador não se dá por alterações nos mecanismos legais. Dá-se sim, pela percepção de que o SUS não está dando conta de efetivar as políticas públicas a ele pertinentes. Esta realidade aparece em outro julgado, como se vê:

O recorrente busca a reforma da sentença pretendendo que seja acrescido à condenação a pretensão quanto à manutenção do plano de saúde que era concedido durante a contratualidade através do Centro Clínico Canoas, para si e seus dependentes, bem como o fornecimento/pagamento de medicamentos que passou a necessitar após o acidente. Analisa-se. **A decisão de origem indeferiu a pretensão por entender que o objetivo do autor é alcançado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tanto no que se refere às consultas, como quanto ao fornecimento de medicação necessária à manutenção do seu tratamento.** Fundamentou tal decisão na informação prestada no laudo pericial onde o expert, que questionado sobre o fornecimento de medicamentos pelo SUS, conforme quesito “6”, da fl. 355, respondeu afirmativamente (fl. 405). **Ocorre, todavia, que não há prova de que todos os medicamentos de que necessita o autor sejam fornecidos pelo SUS (sequer ofício ao órgão competente foi expedido), e muito menos que a saúde pública tenha sempre à disposição tais medicamentos.** Além do mais, a responsabilidade pelo acidente é exclusiva da reclamada, e, como ressaltado pelo autor, não pode ser repassada ao Estado Brasileiro e, via de consequência, à toda a sociedade. (...) Assim, é de se prover o recurso para que a reclamada mantenha o plano de saúde que vinha alcançado ao autor através de convênio com o Centro Clínico Canoas, ou outro que venha a substituí-lo ou que o seja equivalente (o que for mais benéfico). Por outro lado, em depoimento pessoal o autor refere que os remédios que necessita para seu tratamento são fornecidos pelo Centro Clínico (fl. 695), de modo que, por ora, a manutenção do autor no plano de saúde abarca também a pretensão de que seja mantido o fornecimento da medicação necessária. No entanto, se futuramente o convênio não mais os fornecer, os mesmos deverão ser suportados pela reclamada. (Acórdão do processo 0182600-59.2005.5.04.0201 (RO) Redator: FLÁVIA LORENA PACHECO Participam: DIONÉIA AMARAL SILVEIRA, MARIA INÊS CUNHA DORNELLES Data: 24/09/2008 Origem: 1ª Vara do Trabalho de Canoas). (Sem grifo no original).

Este entendimento parece caminhar para uma consolidação, sendo que restou reestabelecido em acórdão proferido em 11/11/2010, conforme se pode ver:

EMENTA: APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. SUSPENSÃO DO CONTRATO DE TRABALHO. PLANO DE SAÚDE. A aposentadoria por invalidez acarreta a suspensão do contrato de trabalho, conforme art. 475 da CLT, o que importa em suspensão temporária dos seus principais efeitos em relação às partes (prestação de serviços e pagamento de salários), restando preservado, porém, o vínculo de emprego e remanescendo o dever de cumprimento daquelas obrigações não vinculadas diretamente à prestação de serviços, tal como a manutenção do plano de saúde, observadas as mesmas regras e critérios vigentes antes da supressão, inclusive quanto à quota de participação da empregada. (Acórdão do processo 0000895-09.2010.5.04.0281 (RO) Redator: HUGO CARLOS SCHEUERMANN Participam: RICARDO TAVARES GEHLING, JOÃO PEDRO SILVESTREIN Data: 11/11/2010 Origem: Vara do Trabalho de Esteio).

Neste acórdão fica latente a mudança de entendimento quanto à responsabilidade da empresa em continuar fornecendo os tratamentos médicos aos seus empregados, mesmo após o afastamento da empresa. Esta mudança de concepção na esfera jurídica trabalhista deve-se muito à ideia por parte dos julgadores da ineficiência das políticas de saúde do trabalhador do SUS, o que sem dúvida é um fato perceptível, pois, conforme as palavras da Juíza Maria Helena Lisot, em acórdão já citado: “embora seja obrigação do Estado prestar assistência médica e o fornecimento de medicamentos (...) tal, como regra, se dá em condições precárias, sendo comumente noticiada na mídia a ausência de medicamentos e/ou o ingresso com ações judiciais para que o Estado cumpra com essa sua obrigação estatal”.

Esse entendimento, além de parecer se solidificar, demonstra ainda um alargamento. A jurisprudência não tem se limitado a condenar os empregadores ao fornecimento de tratamento médico só das doenças ocupacionais ou dos danos decorrentes de acidentes de trabalho. Tem, sim, condenado os empregadores a fornecer tratamento médico aos seus empregados independentemente da existência ou não de tratamento equivalente na rede de Saúde Pública e antes mesmo de se comprovar o nexo de causalidade entre a moléstia e o trabalho. Veja-se:

EMENTA: AÇÃO CAUTELAR INOMINADA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. ACIDENTE DE TRABALHO. A existência de laudo que atesta a necessidade do uso de medicação para o controle das seqüelas resultantes do acidente de trabalho sofrido pelo reclamante enquanto empregado da recorrente demonstra a satisfação do requisito do *fumus boni iuris*. Assim, considerando ser evidente a existência de perigo de demora, cumpre manter a sentença que condenou as reclamadas ao fornecimento dos medicamentos utilizados pelo reclamante para minimizar os danos decorrentes. (Acórdão do processo 0030700-67.2008.5.04.0122 (RO) Redator: ANA ROSA PEREIRA ZAGO SAGRILLO Participam: DENIS MARCELO DE LIMA MOLARINHO, MARIA DA GRAÇA RIBEIRO CENTEN Data: 04/06/2009 Origem: 2ª Vara do Trabalho de Rio Grande).

Ou seja, o empregador está sendo responsabilizado pelo fornecimento de tratamento médico ao trabalhador acometido de doença profissional, sem qualquer cogitação à responsabilidade do Estado. Se antes tínhamos o entendimento de que a responsabilização pela manutenção da saúde do trabalhador cabia unicamente ao Estado, limitando-se o empregador a ressarcir os gastos havidos pelo próprio obreiro quando da inefetividade do sistema público, agora já se estende a responsabilidade ao empregador independentemente da existência de políticas de Saúde Pública na área ou não. Observe-se:

EMENTA: MANDADO DE SEGURANÇA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. DOENÇA PROFISSIONAL. Não se cogita de abuso ou ilegalidade na decisão que determinou ao empregador, entidade hospitalar, o fornecimento de medicamentos à empregada acometida de doença profissional, ainda que em discussão o nexó de causalidade da moléstia, diante da verossimilhança do direito advinda das provas técnicas produzidas na instrução do feito. (Acórdão do processo 0010898-90.2010.5.04.0000 (MS) Redator: BEATRIZ RENCK Participam: CLÓVIS FERNANDO SCHUCH SANTOS Data: 13/09/2010 Origem: Tribunal Regional do Trabalho).

Neste acórdão sequer é discutida a existência de doença ocupacional. Entendeu-se por estender ao empregador a responsabilidade pelo custo das despesas médicas do empregado antes mesmo de se comprovar o liame entre a doença e o trabalho. Isto é, havendo indícios de que a doença advém do trabalho, o Judiciário tem entendido pela responsabilização do empregador, pois o “custo” de o empregador arcar com despesas que em verdade não lhe cabiam é imensuravelmente menor do que o “custo” de o trabalhador arcar com a própria vida. Vê-se do próximo julgado:

EMENTA: AGRAVO REGIMENTAL. ANTECIPAÇÃO DOS EFEITOS DA TUTELA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. Medida antecipatória esteada na verossimilhança e na necessidade imediata de satisfação do direito sob pena de graves prejuízos à saúde do trabalhador. (Acórdão do processo 0011628-04.2010.5.04.0000 (AGR) Redator: BEATRIZ RENCK Data: 16/04/2010 Origem: Tribunal Regional do Trabalho).

Observa-se, assim, uma mudança de paradigmas na esfera judiciária trabalhista, que tem estendido a responsabilidade pela promoção, manutenção e recuperação da saúde dos trabalhadores aos empregadores, independentemente até da suspensão do vínculo de emprego, ou da comprovação do liame entre a doença/acidente e o trabalho. E aqui, giza-se, não se está dizendo que não deve haver a responsabilização patronal pelo tratamento médico dos obreiros, se está, sim, atento à mudança de entendimento havida.

Ocorre que a judicialização da saúde, fenômeno cuja existência já não se discute mais no Brasil, passa a adquirir outros contornos no que se refere às políticas de saúde do trabalhador. De um lado se tem a questão do próprio Estado cobrando do empregador, de forma regressiva, os gastos havidos com o pagamento de benefícios previdenciários e programas de reabilitação de trabalhadores, cuja responsabilidade lhe é inerente. De outro, há a problemática dos próprios trabalhadores, que passam a ingressar com ações não mais contra o Estado, mas sim contra os empregadores, a fim de obterem o tratamento médico que lhes é cabível.

Evidentemente, essas são questões que ainda não adquiririam proporções de magnitude, mas cujo desenrolar merece especial atenção. Havendo o trabalhador sofrido algum dano em sua saúde em razão de sua atividade, de quem é a responsabilidade pela recuperação do seu bem-estar? Do Estado, detentor maior do dever de promoção, manutenção e recuperação da saúde de todos os cidadãos, ou do empregador, beneficiário primeiro da força de trabalho deste mesmo cidadão? Essas são perguntas que ainda caminham para uma resposta, mas cuja solução está intrinsecamente ligada à maturação de um campo de estudo específico da saúde do trabalhador.

Tais questões têm chegado ao Judiciário, e exigido, desse sistema, uma resposta. Nesse sentido, Silvia Badim Marques refere³²⁵:

O Poder Judiciário, que não pode deixar sem resposta os casos concretos que são submetidos à sua apreciação, vem enfrentando dilemas e decisões trágicas, frente a cada cidadão que clama por um serviço e/ou um bem de saúde, os quais, muitas vezes, apresentam-se urgentes para que uma vida seja salva e um sofrimento minimizado. E as políticas públicas, por sua vez, encontram-se dispersas em diversos atos normativos, sem uma sistematização clara e, muitas vezes, com trâmites que contrastam com as necessidades postas nos autos.

Faz-se necessário, pois, que os operadores do Direito, gestores públicos, sociedade civil, sanitaristas, membros da academia, entre outros envolvidos no assunto, discutam de forma mais contundente as questões relativas ao direito à saúde do trabalhador, a fim de propor soluções conjuntas para as indagações que se impõem, e buscar a efetivação deste direito, cujo reconhecimento foi tão caro à sociedade.

³²⁵ MARQUES, Silvia Badim. **Judicialização do direito à saúde**. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S151641792008000200005&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 10 set. 2012.

Portanto, em um contexto onde a fragilidade da Saúde do Trabalhador em sua esfera pública serve até mesmo de argumento para estender a responsabilização deste direito aos empregadores – e grifa-se não se estar aqui, de forma alguma, defendendo a ideia de que os mesmos não devam ser responsabilizados – urge uma discussão mais aprofundada acerca da consolidação do Direito Sanitário do Trabalho como disciplina que tem no trabalhador o seu sujeito de direito, e cujo objeto é a regulamentação das normas e princípios que regem a relação jurídica que se estabelece no local de trabalho entre as partes, e entre indivíduo e Estado na esfera previdenciária, com vista à maior proteção da saúde do agente da atividade laboral.

Acredita-se que essa disciplina já esteja em estado de maturação e que sua importância só tenda a aumentar, razão pela qual este estudo busca apresentar as bases transdisciplinares para o estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde do trabalhador.

Cada época da sociedade reproduz uma prática jurídica própria vinculada às relações sociais e às necessidades humanas que lhe são inerentes. Na atual sociedade brasileira, o direito à saúde foi consagrado como direito universal integral de todos os cidadãos brasileiros, sendo a sua leitura condicionada ao espírito dos princípios constitucionais. “As diretrizes constitucionais, portanto, balizam a construção da política pública de saúde no Brasil, que por seu arcabouço jurídico sólido, alicerçado na mais alta norma da estrutura escalonada de produção do direito, configura-se como política de Estado, que deve ser observada por todos os governantes, parlamentares e administradores públicos”³²⁶.

Neste cenário, sagrou-se o Direito Sanitário como disciplina autônoma cujo objeto é a regulação das ações e serviços de interesse à saúde, com vistas à redução de riscos de danos à saúde e o estabelecimento de condições que garantam o acesso universal e igualitário a estas mesmas ações e serviços.

Contudo, o Direito Sanitário não pode ser visto como uma disciplina estanque e incomunicável, ao contrário: o Direito Sanitário interage de forma contínua com áreas que lhe são correlatas, dentre elas o Direito do Trabalho e o Direito Previdenciário, emprestando e tomando subsídios, em uma espécie de intercâmbio cujo objetivo maior é a proteção da saúde do trabalhador.

³²⁶ MARQUES, Silvia Badim. **O Princípio Constitucional da Integralidade de Assistência à Saúde e o Projeto de Lei n. 219/2007**: interpretação e aplicabilidade pelo poder judiciário. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rdisan/v10n2/04.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2012. p. 72.

Se o histórico de contínuas lutas sociais e reivindicações populares resultaram no reconhecimento da autonomia do Direito Sanitário, a complexidade da sociedade atual tem exigido a sua abertura. Novas demandas têm surgido, novos riscos têm-se apresentado e novos valores têm sido consagrados, impondo, à disciplina, o reconhecimento de outros ramos que lhe são correlatos.

O último capítulo deste estudo tratará de apresentar um desses ramos: o Direito Sanitário do Trabalho. Serão elucidados os pontos de maior destaque a compor este Direito, pois em razão da brevidade deste trabalho não poderão ser analisados todos os assuntos que o compõem, optando-se por adentrar aqueles cuja relevância parece mais latente.

5 DOS ASPECTOS PERTINENTES AO DIREITO SANITÁRIO DO TRABALHO

Viu-se até aqui os caminhos traçados pelo desenvolvimento do sistema legal de proteção à saúde do trabalhador, desde o descobrimento do país até o momento atual. Percebeu-se que o direito à saúde do trabalhador é um direito advindo das reivindicações sociais, cuja evolução se deu de forma paulatina e gradual. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o direito à saúde foi elevado à categoria de direito fundamental, exigindo do Estado uma atuação ativa, tanto na seara individual quanto coletiva, por meio de políticas públicas que assegurem a efetivação do direito ao seu titular: todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros que aqui se encontram.

Neste cenário, adquiriu autonomia o Direito Sanitário, disciplina com vistas a pesquisar e analisar as ações e serviços relativos à saúde, e cuja construção não se desassocia da própria evolução do direito à saúde. No Estado contemporâneo, os anseios da sociedade expressam-se por meio das normas editadas por seu poder legislativo, formado pelos representantes do povo. Para que as normas relativas à saúde dos cidadãos espelhem realmente a vontade geral dessa sociedade, é preciso que ela conheça qual sua situação sanitária e quais os meios de que dispõe para modificá-la, e, então, estabeleça quais os objetivos e os meios de atingi-los³²⁷. E eis aqui, uma das principais, senão a principal, razão de ser do Direito Sanitário.

Contudo, a crescente complexidade da vida social tem acarretado reivindicações por direitos diferenciados e específicos. A garantia da dignidade humana exige a adoção de mecanismos complexos de atuação, e impõe às disciplinas já consolidadas uma maior abertura aos novos direitos que surgem. Nesta seara é imprescindível que o Direito Sanitário reconheça o Direito Sanitário do Trabalho como um organismo diferenciado dentro do seu próprio corpo, e forneça as bases para a sua consolidação.

O Direito Sanitário do Trabalho é tido como um “novo Direito” e uma disciplina em vias de automação. Ocorre que no Brasil o processo constituinte de 1988 deu lugar a profundas inovações em relação à tradição constitucional, permitindo a inserção de capítulos e de artigos que embasam os chamados “novos Direitos”, constituindo, também, as bases para a evolução

³²⁷ DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 1, 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101988000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul. 2012.

do Direito Sanitário do Trabalho. Nos anos posteriores à promulgação da nova Constituição, a abrangência conceitual destes direitos nascedouros passou a permear a legislação infraconstitucional. Esses “novos Direitos” “rompem com os paradigmas da dogmática jurídica tradicional, contaminada pelo apego ao excessivo formalismo, pela falsa neutralidade política e científica e pela excessiva ênfase nos direitos individuais, de conteúdo patrimonial e contratualista, de inspiração liberal”³²⁸.

Os “novos Direitos” são aqueles cujas conquistas se deram através de lutas sociopolíticas democráticas, e que possuem natureza emancipatória, pluralista e coletiva, impondo novos desafios à ciência jurídica, seja no ponto de vista conceitual e doutrinário, seja no ponto de vista de sua concretização³²⁹. São direitos “históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes”³³⁰, cujo enquadramento não se dá nos estreitos limites do dualismo público-privado, permeando um espaço público não estatal.

Vê-se claramente que o Direito Sanitário do Trabalho enquadra-se dentro do rol desses “novos Direitos”, cabendo um maior aprofundamento acerca dos seus elementos constitutivos, o que se passará a fazer.

O Direito Sanitário do Trabalho, como disciplina jurídica que tem no trabalhador o seu sujeito de direito, e cujo objeto é a regulamentação da relação jurídica que se estabelece no local de trabalho entre as partes e entre o trabalhador e o Estado, deve ser visto como um instrumento hábil e indispensável para a efetivação do direito à saúde do trabalhador. Sua relevância cresce na medida em que se mostra como instituto capaz de aprofundar questões de extrema importância para a concretização deste direito, mas que tradicionalmente não despertam maiores interesses de pesquisadores e legisladores.

São os casos, por exemplo, da tutela ao meio ambiente do trabalho, das novas doenças advindas em razão das transformações nos modelos tradicionais de trabalho, dos desempregados e dos trabalhadores rurais. Estes são assuntos que constituem o campo da saúde do trabalhador, mas que ainda dependem de uma maior atenção para que possam ser regulados

³²⁸ SANTILLI, Juliana. Os “novos” direitos socioambientais. **Revista Direito e Justiça**: reflexões sociojurídicas, ano 6, n. 9, p. 173-200, nov. 2006. p. 176.

³²⁹ SANTILLI, Juliana. Os “novos” direitos socioambientais. **Revista Direito e Justiça**: reflexões sociojurídicas, ano 6, n. 9, p. 173-200, nov. 2006.

³³⁰ BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992. p. 5.

e efetivamente tutelados, o que, sem dúvidas, pode vir a ocorrer com a maturação do Direito proposto.

O presente capítulo deste estudo se propõe a analisar os assuntos referidos, buscando instigar um maior aprofundamento e demonstrar a necessidade de uma disciplina que possa estudar de forma específica a questão do direito à saúde laboral.

5.1 MEIO AMBIENTE DO TRABALHO: UMA VISÃO ACERCA DA TUTELA JURÍDICA DO LOCAL DE TRABALHO

A promulgação da Constituição Federal de 1988 trouxe consigo uma extensão na proteção de diversos direitos, os quais, muito embora já existissem, passaram a ser tutelados constitucionalmente. No seio do processo de democratização do Brasil, novos valores adquiriram um patamar até então inédito. Nesse cenário restou assegurado na Constituição o respeito aos direitos humanos, dentre os quais o direito à saúde e ao trabalho em condições de dignidade. Com o advento da atual carta, uma série de questões que já permeavam o cenário jurídico adquiriram maior relevância, passando a ser constitucionalizadas. Dentre essas novas situações que passam a compor o novo Texto Constitucional, encontra-se a tutela ao meio ambiente.

Através do art. 225 da CF, estendeu-se a todos o direito a um meio ambiente ecologicamente equilibrado, que passou a ser considerado um bem indispensável para a sadia qualidade de vida. Refere o texto Constitucional que “Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações”. Para Délton de Carvalho³³¹:

O art. 225 da Constituição Federal impõe, inegavelmente, uma ordem normativa de antecipação aos danos ambientais, gerando um dever de preventividade objetiva. Assim, a noção de risco consiste em uma importante forma de comunicação para evitar os danos ambientais, dando margem à formação de vínculos com o futuro. Essa ênfase preventiva peculiar do direito ambiental atua como condição de possibilidade operacional do direito para a formação de uma comunicação jurídica acerca do risco.

³³¹ CARVALHO, Délton Winter de. **Dano ambiental futuro**: a responsabilização civil para o risco ambiental. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008. p. 71.

Do texto constitucional, uma expressão merece relevo. Trata-se do *meio ambiente ecologicamente equilibrado*, valor teleológico de maior amplitude e abertura do que o sentido finalístico concreto. A expressão cunhada o empresta sentido especial ao equilíbrio ambiental, que não há de ser estático, mas também não puramente natural³³². Para Bruno Miragem³³³:

A concepção de equilíbrio ecológico, assim, remete a uma exigência qualitativa, de que não é bastante para o respeito aos limites do exercício da propriedade a manutenção de qualquer equilíbrio, senão daquele em conformidade com os preceitos ecológicos. Tal qualificação remete à noção de coexistência saudável e apta à preservação da vida, entre os interesses do proprietário e a proteção dos bens submetidos a seu poder, bem como em relação aos interesses da comunidade, dados os reflexos da atuação do proprietário no exercício de suas prerrogativas jurídicas.

Resta clara, assim, a necessidade de preservação ao meio ambiente, de modo que viver em um ambiente equilibrado ecologicamente é um dos pressupostos para uma boa qualidade de vida. A vida em um ambiente sadio é uma das condições básicas para a garantia e a concretização do direito à saúde e à vida em condições dignas. Mas, se viver em um ambiente saudável é direito de todos, trabalhar em ambientes salubres também o é.

No que se refere ao meio ambiente de trabalho, há de se dizer que este é espécie do gênero meio ambiente, conforme previsão do art. 200, VIII³³⁴ da CF, “de modo que é impossível alcançar qualidade de vida sem ter qualidade de trabalho, nem se pode atingir meio ambiente equilibrado e sustentável, ignorando o meio ambiente do trabalho”³³⁵.

Por meio ambiente de trabalho entende-se o local onde as pessoas executam as suas atividades laborais, sejam elas remuneradas ou não, cujo equilíbrio se dá pela salubridade do

³³² SILVA, José Afonso da. **Direito ambiental constitucional**. 5. ed. São Paulo: Malheiros, 2004. p. 87.

³³³ MIRAGEM, Bruno. **O artigo 1.228 do Código Civil e os deveres do proprietário em matéria de preservação do meio ambiente**. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/26833-26835-1-PB.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2012.

³³⁴ O texto legal é o seguinte: “Art. 200 - Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”.

³³⁵ PRETTI, Josiane. **Ação regressiva do INSS nos casos de acidente do trabalho por negligência das empresas em relação às normas de segurança e higiene do trabalho**. Disponível em: <http://www.phmp.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=149:acao-regressiva-do-inss-nos-casos-de-acidente-do-trabalho-por-negligencia-das-empresas-em-relacao-as-normas-de-seguranca-e-higiene-do-trabalho&catid=41:artigos&Itemid=173>. Acesso em: 27 jun. 2012. p. 118.

local e pela ausência de agentes que comprometam a incolumidade física e psíquica dos trabalhadores.

Para Rocha³³⁶,

[...] o meio ambiente do trabalho representa todos os elementos, inter-relações e condições que influenciam o trabalhador em sua saúde física e mental, comportamento e valores reunidos no lócus do trabalho, caracterizando-se, pois, como a soma das influências que afetam diretamente o ser humano, desempenhando aspecto chave na prestação e performance do trabalho.

Recentes legislações têm tutelado de forma diferenciada o meio ambiente do trabalho; essa normatividade retoma em parte os interesses de proteção ao meio ambiente conjugados aos interesses de segurança de qualidade de vida no trabalho, superando o modelo da saúde, higiene e segurança ocupacional (como desenvolvido tradicionalmente pela legislação do trabalho); além disto, amplia-se a abordagem acerca do ambiente, superando a posição tradicional (naturalística) da legislação ambiental³³⁷.

As questões pertinentes ao o meio ambiente do trabalho apresentam como característica essencial o envolvimento de múltiplas disciplinas não jurídicas, sobretudo a Medicina, Higiene e Engenharia do Trabalho, pois como bem pondera Paulo de Bessa Antunes³³⁸:

[...] na análise de uma medida a ser tomada pelo aplicador da lei em matéria ambiental, necessariamente, estão presentes considerações que não são apenas jurídicas, pois [...] é necessário que se observem critérios que não são apenas jurídicos [...] Decorre daí a imperiosa necessidade de que o jurista, ao tratar de questões ambientais, tenha conhecimento de disciplinas que não são a sua.

As legislações pertinentes ao meio ambiente de trabalho se encontram esparsas nos mais diferentes institutos, mas todas guardam relações como os dispositivos constitucionais que

³³⁶ ROCHA, Júlio César de Sá da. **Direito Ambiental e Meio Ambiente do Trabalho**: dano, prevenção e proteção jurídica. São Paulo: Ltr, 1997. p. 127.

³³⁷ ROCHA, Júlio César de Sá da. **Direito Ambiental e Meio Ambiente do Trabalho**: dano, prevenção e proteção jurídica. São Paulo: Ltr, 1997. p. 128.

³³⁸ ANTUNES, Paulo de Bessa. **Direito Ambiental**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 1996. p. 31-32.

tutelam a promoção, proteção e recuperação do trabalhador, em especial, com o art. 7º, XXII³³⁹. A articulação das políticas públicas relativas às medidas de segurança e higiene do trabalho requerem a mobilização de diferenciados profissionais empenhados na execução dos sistemas protetivos, como médicos, enfermeiros, engenheiros, advogados, geólogos, sanitaristas etc., numa verdadeira teia transdisciplinar que trabalha em consonância com as orientações da Organização Internacional do Trabalho – OIT e da Organização Mundial da Saúde – OMS, voltadas a esse campo, conforme os traçados respectivos do Programa Internacional para a Melhora das Condições e Meio Ambiente do Trabalho – PIACT e do documento intitulado Desenvolvimento Sustentável e Ambientes Sadios – Proteção do Meio Ambiente Humano³⁴⁰. Para estes organismos internacionais:

[...] a necessidade de fortalecimento da administração do trabalho, em especial da inspeção do trabalho, constitui condição essencial para o melhoramento do meio ambiente laboral e solidez de mecanismos que garantam o livre exercício do direito de organização sindical e participação dos empregadores e trabalhadores”, bem como o entendimento de que a “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades.³⁴¹

Tutelar a saúde do trabalhador assegurando um meio ambiente que garanta o seu bem-estar ao invés de gerar riscos a sua saúde é uma tarefa difícil face às constantes alterações nas atividades produtivas, bem como aos avanços tecnológicos que insistem em expor o trabalhador a riscos imprevisíveis. De acordo com Rocha³⁴²,

[...] os ambientes de trabalho tem atravessado profundas modificações, repercutindo na forma e tipo de proteção legal estabelecidos pelo poder público. Após a constitucionalização dos direitos sociais, observa-se progressivamente, surgimento de normas de saúde ocupacional e segurança industrial, em resposta as mudanças nos processos produtivos e aprimoramento das relações de trabalho.

³³⁹ O texto legal é o seguinte: “Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: XXII - redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança.”

³⁴⁰ PICARELLI, Márcia Flávia Santini. Direito Sanitário do Trabalho e da Previdência Social. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 228.

³⁴¹ MACHADO, Sidnei. **O Direito à Proteção ao Meio Ambiente de Trabalho no Brasil**. São Paulo: LTR, 2001. p. 92.

³⁴² ROCHA, Júlio César de Sá da. **Direito Ambiental e Meio Ambiente do Trabalho: dano, prevenção e proteção jurídica**. São Paulo: Ltr, 1997. p. 147.

É certo que diante da multiplicidade de novos ambientes de trabalho, multiplicam-se também os riscos oferecidos, riscos estes, por vezes ainda desconhecidos. Assim, emerge um modelo de tutela baseado na consideração de aspectos físicos e psicológicos sobre as condições de trabalho, buscando, antes de tudo, a prevenção ao dano e a garantia ao bem-estar no trabalho.

Neste sentido, ganha relevo o entendimento de Dejours, para quem a organização do trabalho relaciona-se à divisão técnica e social do mesmo. A divisão interna da organização e de seus trabalhadores são aspectos administrativos essenciais para o seu bom funcionamento, incluindo a sociabilidade interna que influencia a saúde mental do trabalhador, já que os mais diversos fatores pessoais, ambientais e sociais são capazes de influenciar na saúde física e psíquica do trabalhador³⁴³.

O trabalho volta-se cada vez mais à satisfação das necessidades básicas, à realização dos sonhos e das fantasias. Através do trabalho tenta-se enquadrar o jeito de ser à produtividade, à competência, ao reconhecimento, e à ocupação de um espaço na sociedade. O sujeito produtivo se conecta ao que culturalmente representa boas condições de saúde, pois contribui para a elaboração necessária ao bom desenvolvimento da organização, da família, da comunidade em que vive e de sua própria vida enquanto responsável por si próprio. O direito à saúde está, pois, indissociavelmente ligado ao direito a um meio ambiente de trabalho ecologicamente equilibrado.

Neste sentido, Rezende propõe a difundida teoria da tríade ecológica, segundo a qual os seguintes componentes interagem em equilíbrio dinâmico: o homem (hospedeiro), o agente patogênico e o meio. O desequilíbrio de qualquer um dos elementos integrantes dessa tríade desencadearia o processo patológico, pois o processo saúde-doença se dá de forma dinâmica e os desequilíbrios desse sistema permitem a evolução do processo até a cura, óbito ou outros estados intermediários³⁴⁴.

A relação entre saúde e doença é dinâmica e diretamente ligada ao ambiente profissional do indivíduo, abarcando o grau de satisfação e produtividade e a identificação do trabalhador. Isto é, a carga psíquica de trabalho e a sua condução relacionam-se diretamente ao caráter qualitativo e dinâmico subjetivo da experiência vivenciada frente às pressões ou exigências do

³⁴³ DEJOURS, Christophe. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

³⁴⁴ REZENDE, Ana Lucia Magela de. **Saúde**: dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez, 1989.

trabalho cotidiano. Desta forma, o trabalho envolve tanto a carga física quanto a carga mental (aspectos neurofisiológicos e psicofisiológicos), sendo que organismo humano influencia e é influenciado pelo meio. Desta forma, não restam dúvidas de que o meio ambiente de trabalho deva ser sadio, equilibrado e decente, a fim de permitir que o trabalhador execute o seu trabalho preservando a sua dignidade, cabendo, para tanto, a participação conjunta das mais diversas áreas de estudo.

É certo que os empregadores almejam qualidade e velocidade de produção, porém o local de trabalho deve ser adequado. Não são poucos os casos de trabalhos executados sob condições insalubres, perigosas ou penosas, acarretando os mais diversos riscos à saúde dos trabalhadores, e cuja legitimação se dá pelo próprio Estado. Ocorre que o ordenamento jurídico brasileiro permite o trabalho em condições desfavoráveis à saúde desde que o trabalhador seja compensado financeiramente por isso, através do pagamento dos adicionais de insalubridade e/ou periculosidade e penosidade³⁴⁵. Essa questão, por certo, afronta os princípios basilares da saúde do trabalhador, mas não é objeto deste estudo discuti-la mais profundamente.

O que se tem, pois, é a necessidade de uma maior regulação acerca do meio ambiente do trabalho, o que poderá se dar com maiores estudos e regulações normativas, haja vista o seu papel fundamental na qualidade de vida do homem trabalhador. Esta deve ser uma meta a ser buscada por todos e cujo êxito depende de um maior aprofundamento acerca das regras e princípios que regem a relação jurídica que se estabelece no local de trabalho entre as partes, ou seja, do Direito Ambiental do Trabalho e da Previdência Social.

5.2 AS ALTERAÇÕES NAS RELAÇÕES DE TRABALHO E AS NOVAS DOENÇAS DO TRABALHO

A saúde do trabalhador é tema que interessa a toda a sociedade e que cuja discussão antecede, e muito, à sua constitucionalização. A análise da relação saúde-trabalho fora desenvolvida pelas mais diversas teorias ao longo dos tempos, e atualmente entende-se que "aquelas mais evoluídas são unânimes em assinalar a natureza social e/ou histórica do processo saúde-doença. Seja na sociologia (Dwyer) ou na epidemiologia social (Laurell, Breilh,

³⁴⁵ Sabe-se que o adicional de penosidade ainda depende de Lei complementar para a sua regularização.

Tambelini), vários autores têm revelado as determinações sociais e o conteúdo histórico desses fenômenos multifacéticos que são a doença e o acidente de trabalho, ainda que, nas práticas institucionais, prevaleçam as concepções simplistas das análises dos "fatores de riscos"³⁴⁶.

Assumindo uma posição crítica quanto ao paradigma "médico-biológico", que entende a doença como um fenômeno biológico individual, Lima, Araújo e Lima citam Laurell, para quem a doença é um processo de natureza histórica e social. Para os autores, ficam evidentes os limites da abordagem biológico individual "para entender e resolver os problemas de saúde em geral e, em especial, aqueles relacionados ao trabalho"³⁴⁷.

George Rosen³⁴⁸ refere que como fenômeno biológico, as causas das doenças são averiguadas no reino da natureza; contudo, no homem, a doença apresenta ainda uma outra dimensão: a social. Portanto, a doença humana não existe como "natureza pura", sendo mediada e modificada pela atividade social e pelo ambiente natural que esta atividade cria.

Ou seja, o trabalhador adoentado não pode ser visto como mero paciente, sem nome, sem sentimentos. Deve-se levar em conta que no processo saúde-trabalho diferentes fatores não biológicos são determinantes e, dentre estes fatores, sem dúvida encontram-se as modernas condições de trabalho. A mudança de cenário, vivenciada pela atual sociedade, no que se refere às relações de trabalho, guarda relações diretas com o desencadeamento de doenças que até pouco tempo atrás não figuravam entre o rol das enfermidades ocupacionais.

A capitalização – praticamente – universal da economia e a globalização dos mercados têm acentuado de tal forma a busca pela produtividade e a redução dos custos operacionais que os reflexos já podem ser sentidos na saúde dos trabalhadores. Em uma época em que "tempo é dinheiro" são precarizadas as condições de trabalho e extinguidos direitos trabalhistas³⁴⁹ e previdenciários arduamente conquistados para, em contrapartida, exigir-se cada vez mais esforço físico e psíquico dos trabalhadores.

³⁴⁶ LIMA, Francisco de Paula Antunes; ARAÚJO, José Newton Garcia de; LIMA, Maria Elizabeth Antunes; **L.E.R.**: lesões por esforços repetitivos: dimensões ergonômicas e psicossociais. Belo Horizonte: Livraria e Editora Health, 1998. p. 15.

³⁴⁷ LIMA, Francisco de Paula Antunes; ARAÚJO, José Newton Garcia de; LIMA, Maria Elizabeth Antunes; **L.E.R.**: lesões por esforços repetitivos: dimensões ergonômicas e psicossociais. Belo Horizonte: Livraria e Editora Health, 1998.

³⁴⁸ ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1980. p. 77.

³⁴⁹ Vide, exemplificativamente a extinção do direito à estabilidade decenal de emprego.

Para Alexandre Belmonte:

Essa exaustão emocional ou estresse, que pode ser classificada como doença do trabalho, como os efeitos próprios, tem como causa principal a pressão psicológica direcionada à alta produção, com qualidade e baixo custo, gerando ansiedade permanente e tensão emocional crônica. Os veículos utilizados são a manipulação do medo da perda do emprego ou do cargo e o estímulo à competição desmedida em ambiente estressante e aético³⁵⁰.

Além disso, os permanentes avanços na informática e nas telecomunicações têm deixado os trabalhadores cada vez mais conectados com os empregadores, de maneira que o tempo que deveria ser destinado para o descanso e para o lazer acaba sendo utilizado para o trabalho “fora de expediente”. E esta sobrecarga de trabalho por certo se reflete na qualidade de vida e na saúde do trabalhador.

Em vista disto, “já se começa a discutir como necessário para a saúde e bem-estar do trabalhador o ‘direito à desconexão’, ou seja, deve-se estipular normas jurídicas impedindo que o poder patronal invada, abusivamente, a vida particular do empregado”³⁵¹.

Nesse novo cenário das relações de trabalho, a força física tem dado lugar aos esforços mentais, com isso tem havido uma diminuição da fadiga física e se acentuado a fadiga psíquica, cuja recuperação é muito mais lenta e complexa. “Ademais, o trabalhador dirige-se para a empresa carregando toda a carga de apreensões da sociedade moderna em que está inserido, cujos problemas de moradia, segurança, trânsito, além dos aspectos familiares, são fatores adicionais que completam as agressões psicossociais”³⁵².

Estas doenças que têm acometido os trabalhadores nem sempre guardam relação direta com o exercício específico de determinadas atividades, sendo, no mais das vezes, desencadeadas por ambientes de trabalho impróprios, sobrecarga de trabalho e tratamentos hostis ou inadequados por parte dos colegas e superiores.

³⁵⁰ BELMONTE, Alexandre Agra. O assédio moral nas relações de trabalho: uma tentativa de sistematização. **Revista LTR**, v. 72, n. 11, p. 1332, nov. 2008.

³⁵¹ OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Indenizações por acidente do trabalho ou doença ocupacional**. 4. ed. São Paulo: LTr, 2008. p. 181.

³⁵² OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Indenizações por acidente do trabalho ou doença ocupacional**. 4. ed. São Paulo: LTr, 2008.

É o caso, por exemplo, do *mobbing*³⁵³ ou assédio moral no trabalho. Até bem pouco tempo atrás quase ninguém sabia o que estes termos significavam e tampouco, quais os seus reflexos na saúde do trabalhador. Hoje em dia, todavia, estas palavras encontram-se amplamente difundidas, fazendo parte do cotidiano de um número bastante expressivo de trabalhadores.

Para Alexandre Belmonte:

No âmbito empresarial, como decorrência natural do relacionamento, habitualmente surgem conflitos resultantes da tensão entre interesses. Os problemas verificados podem solucionar-se por meio do diálogo ou dar início a processo em que o agressor passa a atemorizar ou humilhar a vítima, para subjugar-la. Para tanto ele se utiliza de atos, gestos, palavras e atitudes ofensivas da dignidade do trabalhador, de modo a propiciar uma avaliação negativa do ofendido em relação a si mesmo e a eliminação gradativa de sua capacidade de crítica e resistência³⁵⁴.

Assim, o *mobbing*, ou assédio moral, pode ser classificado como toda a conduta abusiva, seja ativa ou omissiva, que se manifesta “sobretudo por comportamentos, palavras, atos, gestos, escritos, que possam trazer dano à personalidade, à dignidade ou à integridade física ou psíquica de uma pessoa, pôr em perigo seu emprego ou degradar o ambiente de trabalho”³⁵⁵. A prática desse tipo de conduta pode resultar numa sensibilização por parte do trabalhador que passa a se ver como vítima de uma verdadeira agressão psicológica, fato que acarreta danos à sua saúde física e mental, podendo acarretar reações de insegurança pessoal e profissional, além de debilidades emocionais diversas.

A questão é tão relevante que segundo Salvatore Mazzamuto o *mobbing* é um grande candidato a competir com a AIDS e a SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) pelo “título” de grande mal deste milênio³⁵⁶. Entende-se, pois, extremamente importante a discussão destas novas agressões à saúde do trabalhador ocorridas no ambiente de trabalho, para as quais ainda

³⁵³ O termo *mobbing* tem origem inglesa e deriva da palavra *mob*, que significa horda, bando, plebe, o que remete à ideia de algo importuno. (HIRIGOYEN, Marie France. **Assédio Moral: a violência perversa no cotidiano**. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009. p. 65).

³⁵⁴ BELMONTE, Alexandre Agra. O assédio moral nas relações de trabalho: uma tentativa de sistematização. **Revista LTR**, v. 72, n. 11, p. 1330, nov. 2008.

³⁵⁵ HIRIGOYEN, Marie France. **Assédio Moral: a violência perversa no cotidiano**. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009. p. 65.

³⁵⁶ MAZZAMUTO, Salvatore. **Il mobbing**. Itália: Giuffrè, 2004. p. 3.

não existe regulação própria e no mais das vezes sequer são reconhecidas como doenças ocupacionais.

No Brasil, a prática do assédio moral é definida e regulada apenas em alguns estados e municípios³⁵⁷, abarcando tão somente os servidores públicos. Os demais trabalhadores do país ainda carecem de proteção específica.

Pode-se citar ainda como exemplo de “nova” doença advinda das transformações no trabalho, o estresse. Segundo dados da OIT³⁵⁸ o estresse é um dos mais graves problemas de saúde da atualidade, o que vem desencadeando custos elevadíssimos com o tratamento das doenças oriundas em sua função. Tem-se como principais causas desencadeadoras de estresse no ambiente de trabalho, a repetitividade do labor, o trabalho solitário ou em condições de isolamento, o aumento repentino das responsabilidades, a falta de estímulos, a falta de confiança em si, o trabalho em turnos e demais restrições que possam ser produzidas pelo próprio ambiente de trabalho³⁵⁹.

As consequências do estresse são diversas, podendo variar desde a perda do rendimento no trabalho até gravíssimos danos à saúde, sendo de ordem psicossomática as reações mais comumente apresentadas. Victor Hugo Alvares Chaves apresenta uma lista não taxativa das doenças decorrentes do estresse. São elas: disfunções cerebrais manifestadas pela perda de atenção e mudanças de comportamento; baixa das defesas do organismo, o que provoca uma crise no sistema imunológico podendo deixar o paciente suscetível a uma série de moléstias; depressão e regressão mental; aumento de taxas de colesterol e de pressão sanguínea³⁶⁰.

Assim como o *mobbing* e o estresse, vários outros exemplos como a depressão e a síndrome de *Burnout* – síndrome do esgotamento profissional – poderiam ilustrar o rol das doenças advindas ou maximizadas em razão das mudanças severas ocorridas nas relações de trabalho nas últimas décadas.

³⁵⁷ Cita-se, exemplificativamente, a Lei Complementar nº. 12.561/2006, do Rio Grande do Sul; a Lei nº 3.921/2002, do Rio de Janeiro; Lei nº 117/2011, de Minas Gerais; Lei Complementar 04/1990, do Mato Grosso e Lei 12.250/2006 de São Paulo, dentre outras existentes.

³⁵⁸ ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **El trabajo em el mundo**. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo, 1993. v.6, p. 79-82.

³⁵⁹ DI DOMÉNICA, Jorge F. **Enfermedades de los oficinistas e incapacidades laborativas**. Buenos Aires: 1998. p. 70.

³⁶⁰ ÁLVAREZ CHAVEZ, Victor Hugo. **Mobbing, estrés y acoso em el ámbito del trabajo**. Buenos Aires: Garcia Alonso, 2009. p. 188.

Assim, se no bojo do surgimento e/ou agravamento dos problemas de saúde dos trabalhadores estão as relações de trabalho cada vez mais precárias, desumanas e mecanizadas, é porque chegou a hora de serem revistos os dogmas e as maneiras de pensar e agir desta sociedade. Esta mudança deve ocorrer, sobretudo, dentre aqueles que fazem, estudam e aplicam as leis, no papel de verdadeiros encarregados pela concretização do texto Constitucional, pois, cabe também ao Direito as respostas para as mais complexas questões advindas das relações em uma sociedade em permanente alteração.

Tem-se, pois, que a nova conjuntura econômica e social por que passa a atual sociedade, cria situações para as quais ainda não se estabeleceram os limites entre o que seja razoável e o que pode ser danoso à saúde do trabalhador, urgindo a necessidade de uma mais extensiva regulação sobre estas novas formas de trabalho que têm acentuado, sobremaneira, o adoecimento dos obreiros, e cujo interesse adentra a esfera do Direito Sanitário do Trabalho.

5.3 O UNIVERSO DO NÃO TRABALHO: O DESEMPREGO³⁶¹ COMO UMA QUESTÃO DE SAÚDE

A abordagem da Saúde Coletiva e da Medicina Social possibilitou um alargamento na compreensão teórica e prática, em diversos níveis de complexidade, das relações entre os sistemas do trabalho e da saúde, com a adoção do conceito nucleador “processo de trabalho”, oriundo da economia política, na sua acepção marxista. Este conceito passou a ser o marco definidor do denominado Campo de Estudos da Saúde do Trabalhador, e, quando adotado na totalidade de sua extensão teórica, permite a compreensão da gênese dos agravos à saúde em segmentos específicos de trabalhadores.

³⁶¹ Este estudo utiliza concepção de Pochmann, referindo-se tanto ao desemprego aberto quanto ao oculto. Para o autor, “o desemprego aberto, que corresponde aos trabalhadores que procuram ativamente por uma ocupação, estando em condições de exercê-la imediatamente e sem desenvolver qualquer atividade laboral, indica o grau de concorrência no interior do mercado de trabalho em torno do acesso às vagas existentes. O subemprego e outras formas de sobrevivência respondem pela parte menos visível do excedente de mão-de-obra porque envolvem os trabalhadores que fazem “bicos” pra sobreviver e também procuram por trabalho, assim como aqueles que deixam de buscar uma colocação por fora de um mercado de trabalho extremamente desfavorável (desemprego oculto pelo trabalho oculto e pelo desalento)”. (POCHANN, Márcio. **O Emprego na Globalização: A Nova Divisão Internacional do Trabalho e os Caminhos que o Brasil Escolheu**. São Paulo: Bomtempo Editorial, 2001. p. 78-79).

A análise do processo de trabalho é uma ação teórico-prática potente, pois possibilita a identificação das transformações que necessitam ser introduzidas nos locais e ambientes para a melhoria das condições de trabalho e saúde³⁶². Contudo, a acepção originária da saúde do trabalhador, conforme já se viu, refere-se implicitamente aos operários fabris. Da mesma forma, as negociações tripartites, envolvendo Estado, capital e trabalho, de caráter nacional, encaminhadas à apreciação nos últimos anos trazem consigo uma grande identidade com a indústria, na medida em que na maioria das vezes se dirigem à proteção do trabalho no “chão de fábrica”. Evidentemente que essas atuações são absolutamente necessárias, porém, há de se ter presente que elas não constituem a totalidade e nem, em termos de magnitude, representam os principais problemas atuais dos trabalhadores³⁶³.

Frente às mudanças contemporâneas que atingem as relações de trabalho e assolam os mais diversos setores, as atuais legislações e políticas públicas em relação à saúde do trabalhador têm-se mostrado insuficientes, pois não acompanham e tampouco abrangem os efeitos do movimento mundial de reestruturação produtiva que impactam ferozmente a vida e a saúde de grandes contingentes de trabalhadores que atuam na informalidade ou que estão desempregados. Fazem-se necessários ajustes e adaptações na aplicação do conceito de processo de trabalho para a compreensão de certas realidades oriundas das novas situações de produção, bem como a construção de novos conceitos e categorias aptos a compreender o amplo universo de trabalhadores sem vínculos formais e desempregados, o que pode e deve ser de competência do Direito Sanitário do Trabalho.

O estudo da saúde humana, sob o ponto de vista das agressões causadas pelas relações de trabalho, tem mostrado, cada vez mais, o esgotamento explicativo das noções habituais de emprego. A criação de políticas de proteção à saúde neste contexto de reformulação das identidades em torno do trabalho coloca em xeque uma trama social que historicamente se desenvolveu tendo na inserção social pelo trabalho, um de seus elementos fundamentais.

O atual crescimento dos níveis globais de desemprego se traduz, visivelmente, numa questão social que não se limita às recessões conjunturais ou à justificativa de atraso de alguns países e setores produtivos em aderirem às políticas econômicas impostas pelo modelo

³⁶² GOMES, Carlos Minayo; LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005. p. 799.

³⁶³ GOMES, Carlos Minayo; LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005. p. 798.

capitalista. Mas coloca em xeque uma trama social que se desenvolveu tendo na inserção social pelo trabalho um de seus elementos fundamentais³⁶⁴.

Em recente pesquisa realizada pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, foi constatado que a possibilidade de trabalhadores desempregados avaliarem a própria saúde como ruim é 67% maior do que a de trabalhadores inseridos no mercado de trabalho. Verificou-se ainda que a presença de uma pessoa desempregada no domicílio afeta a saúde dos outros familiares adultos, mesmo que estes se encontrem empregados, e independentemente da situação socioeconômica da residência, sendo verificado um aumento de 10% na autoavaliação negativa da saúde³⁶⁵.

A pesquisa revelou ainda, que a depressão é a doença que mais atinge os trabalhadores desempregados, sendo seguida pela cirrose, doença normalmente desencadeada pelo consumo exagerado de bebidas alcoólicas e, que, apesar de apresentarem mais problemas de saúde, os desempregados utilizam menos os serviços médicos, públicos ou privados, do que os empregados.

Contudo, mesmo diante de dados tão preocupantes, a maior parte dos estudos desenvolvidos na área, assim como as políticas de saúde pública parecem esquecer, para não dizer ignorar, as consequências sociais do desemprego, em especial no que tange aos aspectos relativos à saúde. Para Galigaris³⁶⁶:

[...] é fácil entender que a perda do emprego seja fonte de angústia, de depressão e mesmo, às vezes, de “comportamentos anti-sociais”: alcoolismo, violência familiar e condutas criminosas. Compreendemos imediatamente, por exemplo, o desespero do provedor (ou da provedora) que não consegue preencher as expectativas de seus dependentes. “Se a família não pode mais contar comigo, perco minha razão de ser.” Mas há algo mais, que talvez faça do desemprego a adversidade mais danosa para nossa saúde mental. Preste atenção: no balcão de um boteco, como na mesa de um jantar, se seus vizinhos forem desconhecidos, a primeira pergunta não será “quem é você?”, mas “o que você faz na vida?”. Se eles tiverem uma intenção alegre, talvez tentem primeiro descobrir o seu estado civil. Fora isso, o interesse pela sua identidade se apresentará como interesse pelo seu papel produtivo.

³⁶⁴ SANT’ANNA, Fátima Cristina Rangel. **Desemprego e saúde: dilemas e perspectivas nas trajetórias dos trabalhadores do Estaleiro Verolme**, Angra dos Reis/RJ. 2000. 86 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2000. cap. I, p.2.

³⁶⁵ A matéria intitulada “Desemprego prejudica saúde de trabalhador e família” pode ser visualizada em: <<http://www.medicina.ufmg.br/noticias/?p=1285>>.

³⁶⁶ GALIGARIS, Contardo. Desemprego: 1º de abr 2004. **Folha On Line**. Seção Publifolha, 17 out. 2009. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/publifolha/ult10037u398900.shtml>>. Acesso em: 05 jan. 2011.

A ruptura social advinda com o desemprego permeia o afastamento do sujeito das principais referências do seu cotidiano. Nesta perspectiva, a doença pode parecer-lhe uma espécie de refúgio, pois a representatividade da doença causa menos constrangimentos sociais do que a do desemprego³⁶⁷.

Em uma sociedade centrada no trabalho, onde o emprego é condição de possibilidade para a participação ampliada na vida social, os agravos à saúde provocados pelo desemprego apresentam-se das mais variadas formas. Estudos demonstram diversas dessas situações onde, ao longo da experiência temporal de enfrentamento do desemprego, as dificuldades de reinserção no mercado de trabalho podem originar diversos problemas de saúde. Segundo pesquisas realizadas por Kasl & Cobb³⁶⁸, nos Estados Unidos da América, e por Brenner & Mooney³⁶⁹, na Grã-Bretanha, é possível visualizar uma elevação nas taxas de morbimortalidade por doenças respiratórias e cardiovasculares nas populações desocupadas.

No que se refere às taxas de morbidade psíquica, alguns autores constataram que são mais elevadas nas populações desempregadas, sendo que as correlações existentes entre as taxas de suicídio e as de desempregados já se constituem num objeto clássico do campo da saúde³⁷⁰. Importantes estudos realizados por Philippe³⁷¹ e Crepet³⁷², demonstram que, mesmo considerando-se as especificidades quanto ao gênero, faixa etária, classe social, qualificação profissional e tempo de permanência no emprego, há uma correlação positiva entre o desemprego e o risco de suicídio.

O desemprego gera uma variedade de situações que, mesmo quando não configuram um quadro de doenças, evidenciam a fragilidade dos vínculos relacionais e das conquistas sociais referentes à inserção social pelo emprego. Assim, o principal desafio no enfrentamento ao

³⁶⁷ SELIGMANN-SILVA, Edith. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Ed. da UFRJ, 1994.

³⁶⁸ KASL, S.V. & COBB, H.1975. The experience of losing a job reports changes in health illness behaviour . in: **Psychosomatic Medicine**, 37:106-122

³⁶⁹ BRENNER, M.H.& MOONEY,A.1982. Economic change and sex-especific cardiovascular mortality in Britain (1955-76). in: **Soc. Sci.Med.**16:431-442.

³⁷⁰ SANT'ANNA, Fátima Cristina Rangel. **Desemprego e saúde: dilemas e perspectivas nas trajetórias dos trabalhadores do Estaleiro Verolme**, Angra dos Reis/RJ. 2000. 86 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2000. p. 3.

³⁷¹ PHILLIPE, A. 1990. Risque Suicidaire et Statut Professionnel. In: **Revue Trimestrielle du SNPMT** (143): 48-52.

³⁷² CREPET, P. 1990. **La Mallatie della Disocupazione - le condizioni fisiche e psichiche di chi non ha lavoro**. Ed. Lavoro Roma. Roma, Itália.

desemprego não consiste apenas no combate à miséria, mas, fundamentalmente, na transformação dessa fragilidade social³⁷³.

Há de se ter presente ainda, que as patologias constituídas no/pelo trabalho são, em muitos dos casos, a razão da demissão. Neste cenário, a perda do emprego representa o ponto culminante de uma escalada de desgastes, físicos e/ou mentais, que se configura num verdadeiro trauma para a autoestima e, portanto, na identidade, interferindo na saúde do desempregado.

Segundo Dejours, o rápido crescimento das taxas de desemprego não pode justificar uma surpreendente tolerância social ao sofrimento alheio. Sendo “justamente a falta de reações coletivas de mobilização que possibilita o aumento progressivo do desemprego e de seus estragos psicológicos e sociais, nos níveis que atualmente conhecemos”³⁷⁴.

O desemprego desencadeia uma diversidade de situações com elementos comuns e elementos diferenciados, cujas especificidades precisam ser levadas em conta, uma vez que a produção de alternativas se impõe como desafio primordial dado à clivagem entre as populações que trabalham e aquelas que são vítimas do desemprego e da injustiça social. As implicações do desemprego à saúde dos trabalhadores devem ser objeto de investigação teórica e metodológica do Direito Sanitário do Trabalho, campo que está se construindo e cujas dimensões contemporâneas se diferenciam daquelas que historicamente vêm sendo abordadas. Para se pensar em alternativas possíveis para a questão, é necessária, essencialmente, a adoção de políticas conjuntas de saúde pública, de geração de empregos e de assistência aos desempregados, ou seja, políticas transdisciplinares.

Assim, mostra-se latente o desafio de compor estratégias de acolhimento, privilegiando a criação de espaços que favoreçam a escuta destes trabalhadores pelos serviços de saúde. A configuração destes espaços possibilita o aglutinamento de elementos importantes no que tange a proteção da saúde e as possibilidades de novas respostas coletivas ao problema. Pois, a conquista do que é saudável, do que promove a saúde, deve ser tida como algo que agrega, como uma busca que movimenta a ação política e se desdobra em variações bastante complexas. A compreensão destes elementos políticos, ideológicos e técnicos possibilita o resgate de

³⁷³ SANT’ANNA, Fátima Cristina Rangel. **Desemprego e saúde**: dilemas e perspectivas nas trajetórias dos trabalhadores do Estaleiro Verolme, Angra dos Reis/RJ. 2000. 86 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2000. p. 7.

³⁷⁴ DEJOURS, Christophe. **A Banalização da Injustiça Social**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999. p. 24.

dimensões do cotidiano que se articulam e constituem elementos fundamentais à intervenção nos processos saúde-doença.

5.4 TRABALHADORES RURAIS E A POLÍTICA DE AGROTÓXICOS E RESÍDUOS TÓXICOS

A história do direito à saúde do trabalhador nos mostra que a população rural sempre foi preterida em relação à urbana. Marco inicial da legislação de assistência social no Brasil, a Lei Elói Chaves já carregava consigo este traço segregador. Ocorre que a sua aprovação restou condicionada pelo Congresso Nacional, formado basicamente pela oligarquia rural da época, à restrição de sua aplicabilidade aos trabalhadores de determinadas categorias urbanas, sendo rechaçada qualquer possibilidade de extensão do benefício aos trabalhadores rurais.

A relação histórica dos trabalhadores rurais com as políticas de saúde pública foi de completo abandono, mas não só a deles. O sistema público de saúde brasileiro anterior à CF 88 foi moldado com vistas a atender, tão somente, aos contribuintes da Previdência Social que, em regra, eram os trabalhadores urbanos com vínculos de emprego formalizados, excluindo da sua esfera todos os demais cidadãos³⁷⁵. O sistema vigente até a promulgação da CF 88 era um sistema baseado na distinção de classes sociais. Nesse sistema, quem tinha boas condições financeiras utilizava a medicina privada, aos trabalhadores urbanos com relação de emprego e vínculo com a Previdência Social era assegurado o uso da rede assistencial do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), enquanto aos demais cabia contar com a filantropia das Santas Casas de Misericórdia, numa verdadeira relação de mendicância.

Nesse sistema, a maciça maioria dos trabalhadores rurais e dos moradores do campo era tratada como indigente e, conseqüentemente, era excluída do sistema de saúde vigente. Há de se dizer, que nessa época uma grande parcela da população rural recebia atendimento médico através dos Sindicatos dos Trabalhadores e Trabalhadores Rurais (STTR), que normalmente contavam com um profissional da área da saúde em seus quadros de empregados.

³⁷⁵ MARQUES, Silvia Badim. **O Princípio Constitucional da Integralidade de Assistência à Saúde e o Projeto de Lei n. 219/2007**: interpretação e aplicabilidade pelo poder judiciário. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rdisan/v10n2/04.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2012.

Por certo que esta distinção entre trabalhadores urbanos e rurais não se deu ao acaso. Ocorre que, iniciado o processo de industrialização do país, o Estado passou a verificar a necessidade de tutelar a saúde dos trabalhadores fabris como meio de garantir a continuidade da produção. O inverso ocorreu com os trabalhadores rurais. Em um país que ainda guardava fortes resquícios de uma longa tradição escravocrata, imaginava-se que quanto menos direitos o trabalhador rural possuísse, maior seria a sua contribuição para a manutenção e incremento das riquezas dos grandes fazendeiros. Ademais, “sendo o capitalismo um modo de produção que leva a uma concentração crescente do capital, da força de trabalho, dos meios de produção e das decisões, “o urbano transforma-se no eixo dinâmico da economia e no *locus* onde se acirram as contradições sociais. Conseqüentemente, a esfera governamental vai ser muito mais sensível à problemática urbana”³⁷⁶.

Tal situação perdurou por um bom tempo, só tendo sido modificada em 1963, com a criação do Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural³⁷⁷, o FUNRURAL. Este fundo instituiu a cobrança de contribuição previdenciária dos produtores rurais, com alíquotas calculadas sobre a produção, equiparando-os aos demais beneficiários da Previdência Social e, portanto, detentores do direito de usufruírem da rede assistencial do INAMPS.

Com o advento da Constituição Federal de 1988 e a universalização do direito à saúde, todos os trabalhadores, rurais ou não, contribuintes do FUNRURAL ou não – assim como todos os cidadãos, indiscriminadamente – passaram a ter assegurado o direito ao acesso a todas as ações e serviços da rede pública de saúde. Contudo, mesmo nesse cenário, a situação do direito à saúde do trabalhador rural continua sendo bastante frágil se comparada à dos trabalhadores urbanos.

Além dos fatores externos ao trabalho que guardam profunda relação com a saúde da população rural, e que diferencia esta população negativamente da população urbana média, desde a localização dos hospitais e postos de saúde, que geralmente são instalados nas zonas urbanas, até precárias instalações sanitárias que ainda assolam boa parte das propriedades rurais no país, os trabalhadores convivem com diversos riscos e danos potenciais nos processos de trabalho agrícola e pecuário. Se no setor urbano do Brasil os números relativos aos acidentes

³⁷⁶ CARNEIRO, Fernando Ferreira. **A Saúde no Campo**: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “bóias frias” em Unai, Minas Gerais, 2007. Tese (Doutorado) – Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, 2007. p. 17.

³⁷⁷ BRASIL. **Lei nº 4.214**, de 02 de março de 1963.

do trabalho já são bastante preocupantes, no setor rural a situação é muito pior. Enquanto na área urbana 1,29% dos acidentes notificados culminam em morte, no campo tal índice aumenta para 2,57%³⁷⁸, índice que pode ser ainda maior se considerado que na área agrícola o percentual de acidentes não oficializados é bastante vasto, dado o elevado percentual de pessoas que trabalham na informalidade.

É no meio rural brasileiro onde se concentram os maiores índices de analfabetismo e de miséria do país. Esses dados, sem dúvida, são refletidos na saúde da população campesina, conforme já discutido quando da apresentação da questão dos determinantes sociais em saúde, sendo ainda fator preponderante para a ocorrência dos acidentes de trabalho, uma vez que as principais causas de acidentes no campo são a falta de instrução e treinamento para lidar com maquinário, com agrotóxicos e a inexistência, em muitos casos, de equipamentos adequados de proteção individual e coletiva.³⁷⁹ Dentre os pequenos produtores rurais e trabalhadores assalariados do campo, são poucos os que conhecem os reais riscos à saúde na utilização de agrotóxicos, acreditando-se muitas vezes que o investimento na aquisição de Equipamentos de Proteção represente um custo desnecessário.

Em um estudo realizado no Estado do Rio de Janeiro³⁸⁰, para avaliar a percepção de riscos relacionados à realidade do trabalhador rural, verificou-se que a noção de risco desse grupo populacional difere da avaliação de técnicos que prestam serviços a essas comunidades (agrônomos, engenheiros químicos, biólogos, etc.). Percebeu-se que os trabalhadores minimizam os riscos e negam o perigo de seu trabalho, criando estratégias defensivas – individuais e coletivas – que encontram seus determinantes na organização do trabalho e na ação técnica voltada à extensão rural. Tais técnicas defensivas aumentam a vulnerabilidade da população do campo, tornando possível “que este grupo suporte um processo de trabalho altamente injurioso e arriscado”³⁸¹.

³⁷⁸ MELO, Raimundo Simão de. **Meio Ambiente do Trabalho no Setor Rural**. Disponível em: <<http://www.prt15.gov.br/rural.html>>. Acesso em: 11 set. 2012.

³⁷⁹ MELO, Raimundo Simão de. **Meio Ambiente do Trabalho no Setor Rural**. Disponível em: <<http://www.prt15.gov.br/rural.html>>. Acesso em: 11 set. 2012.

³⁸⁰ PERES, Frederico; ROZEMBERG, Brani; DE LUCCA, Sérgio Roberto. Percepção de riscos no trabalho rural em uma região agrícola do Estado do Rio de Janeiro, Brasil: agrotóxicos, saúde e ambiente. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1836-1844, nov./dez. 2005.

³⁸¹ PERES, Frederico; ROZEMBERG, Brani; DE LUCCA, Sérgio Roberto. Percepção de riscos no trabalho rural em uma região agrícola do Estado do Rio de Janeiro, Brasil: agrotóxicos, saúde e ambiente. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1836-1844, nov./dez. 2005. p. 1843.

Os riscos, fatores de risco e os danos à saúde dos trabalhadores são resultantes das tecnologias utilizadas na produção, da organização e da divisão do trabalho, do meio ambiente de trabalho, da ação de técnicos e instituições relacionados à questão e do arcabouço jurídico vigente. Desta forma, no processo de avaliação de riscos, fatores de riscos e de danos à saúde dos trabalhadores, tão importante quanto à análise das condições materiais de trabalho é a análise do próprio homem trabalhador, devendo ser sopesadas tanto suas condições fisiológicas, suas relações afetivas, a experiência que acumula em relação à sua tarefa e às situações concretas nas quais o trabalho se dá³⁸².

Norteando-se por essa concepção, pode-se dizer que além da exposição aos agrotóxicos, os riscos que influenciam negativamente à saúde do agricultor e do pecuarista são: acidentes com animais; acidentes com ferramentas, máquinas e implementos; exposição a ruídos e vibrações, notadamente os advindos de motosserras, tratores, colheitadeiras, etc.; exposição às radiações solares, às partículas de grãos e a agentes infecciosos e parasitários, entre outros³⁸³. Esses riscos podem resultar em doenças e agravos dos mais variados tipos, câncer de pele, câibras, síncope, exaustão por calor, envelhecimento precoce, câncer de pulmão, intoxicações, lombalgias, agravos psicossociais, aumento da pressão arterial, distúrbios do sono, bronquite crônica, asma, pneumonias, e, nos casos de gravidez, má-formação fetal e abortos. Ou seja, muitos são os riscos aos quais os trabalhadores rurais estão sujeitos em razão do trabalho, podendo os mesmos ser classificados em: físicos; biológicos, ergonômicos, psicossociais, mecânicos e de acidentes³⁸⁴.

Recente estudo realizado no Rio Grande do Sul³⁸⁵ demonstrou que as complicações de saúde que mais comumente afetam os trabalhadores rurais são relacionadas à coluna vertebral, como algum tipo de desvio da coluna vertebral e, principalmente, hérnia de disco, atingindo cerca de 40% dos trabalhadores, e a hipertensão arterial, que acomete em torno de 28% do total de trabalhadores entrevistados.

³⁸² DA SILVA, Jandira Maciel et al. **Agrotóxico e trabalho**: uma combinação perigosa. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/630/63010413.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2012.

³⁸³ MENEGAT, Robriane Prosdocimi; FONTANA, Rosane Teresinha. Condições de trabalho do trabalhador rural e sua interface com o risco de adoecimento. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n.1, p. 52-59, jan./mar. 2010. p. 52.

³⁸⁴ MENEGAT, Robriane Prosdocimi; FONTANA, Rosane Teresinha. Condições de trabalho do trabalhador rural e sua interface com o risco de adoecimento. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n.1, p. 52-59, jan./mar. 2010.

³⁸⁵ MENEGAT, Robriane Prosdocimi; FONTANA, Rosane Teresinha. Condições de trabalho do trabalhador rural e sua interface com o risco de adoecimento. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n.1, p. 52-59, jan./mar. 2010.

Segundo Menegat e Fontana:

Acredita-se que a jornada árdua, a presença de riscos ambientais característicos das atividades laborais da agropecuária, a incerteza de boa colheita, que gera preocupações, e a indisponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) ou a negligência em usá-los, (...) são responsáveis pelas queixas de adoecimento e ligadas às condições oferecidas ao trabalhador rural ou por ele construídas³⁸⁶.

Contudo, a exposição a agrotóxicos é, sem dúvida, o fator de maior risco à saúde do trabalhador rural. Entretanto, os estudos e pesquisas que têm-se dedicado à questão apresentam, geralmente, paradigmas teóricos e científicos que não demonstram uma concepção dialética do trabalho, negando assim a noção do trabalho como atividade humana básica que assume formas específicas como expressão das relações sociais, sob as quais se realiza³⁸⁷. Sob esse enfoque, os danos causados à saúde em razão do trabalho são entendidos como meros reflexos de determinados riscos presentes no ambiente de trabalho. “Ou seja, há uma redução naturalista e biologicista da ideia de risco e dano, na medida em que não se considera seu caráter histórico e social”³⁸⁸.

No que tange à grande relevância do tema, poucos são os estudos que se interessam nos aspectos de segurança e saúde na agricultura, havendo, notadamente, um maior investimento no desenvolvimento de tecnologias de produção, que geralmente não levam em conta os impactos à saúde do trabalhador. Contudo, esta é uma questão de saúde pública que aflige diariamente um número incontável de brasileiros, exigindo do Estado, da academia e dos órgãos da sociedade civil, uma maior atenção.

Para ter-se ter ideia da gravidade da questão, só no ano de 2009, segundo os dados oficiais mais recentes, foram notificados 5.253³⁸⁹ casos de intoxicação por agrotóxicos de uso agrícola no Brasil, sendo que desses, 171³⁹⁰ resultaram em óbito. Tais dados adquirem especial relevância na medida em que, segundo a Organização Mundial da Saúde, para cada caso

³⁸⁶ MENEGAT, Robriane Prosdocimi; FONTANA, Rosane Teresinha. Condições de trabalho do trabalhador rural e sua interface com o risco de adoecimento. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n.1, p. 52-59, jan./mar. 2010. p. 55.

³⁸⁷ LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1989.

³⁸⁸ DA SILVA, Jandira Maciel et al. **Agrotóxico e trabalho**: uma combinação perigosa. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/630/63010413.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2012.

³⁸⁹ SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICOFARMACOLÓGICAS. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/media/Tabela%203%20-%202009.pdf>. Acesso em: 09 set. 2012.

³⁹⁰ SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICOFARMACOLÓGICAS. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/media/Tabela%203%20-%202009.pdf>. Acesso em: 09 set. 2012.

notificado de intoxicação, haveria outros cinquenta não notificados³⁹¹, o que corresponderia à estimativa de 262.650 casos de intoxicação por agrotóxicos de uso agrícola e 8.550 mortes em um único ano. Desta forma, não seria exagero referir que o evento intoxicação por agrotóxicos agrícolas e as doenças daí decorrentes constituem-se em um grave problema de saúde pública, caracterizando-se claramente como endemia³⁹².

Há de se dizer que por agrotóxico são entendidas as “substâncias, ou mistura de substâncias, de natureza química quando destinadas a prevenir, destruir ou repelir, direta ou indiretamente, qualquer forma de agente patogênico ou de vida animal ou vegetal, que seja nociva às plantas e animais úteis, seus produtos e subprodutos e ao homem”³⁹³. A legislação brasileira, até a Constituição de 1988, denominava esse grupo de produtos químicos como *defensivos agrícolas*, denominação que, pelo seu próprio termo, excluía todos os agentes utilizados nas campanhas sanitárias urbanas. Fazia parte da Portaria 3.214 de 8 de junho de 1978, que instituiu as Normas Regulamentadoras (NRs) relativas à Segurança e Medicina do Trabalho, especificamente da Norma Regulamentadora Rural nº 5 (NRR 5), que trata da utilização de produtos químicos no trabalho rural.

A utilização do termo agrotóxico representa uma conquista de diversos segmentos sociais que contestavam a utilização e do termo defensivos agrícolas, por não evidenciarem a toxicidade desses produtos ao meio ambiente e à saúde humana. Em verdade, “o termo defensivo agrícola carrega uma conotação errônea de que as plantas são completamente vulneráveis a pragas e doenças, e esconde os efeitos negativos à saúde humana e ao meio ambiente. O termo agrotóxico é mais ético, honesto e esclarecedor, tanto para os agricultores como para os consumidores”³⁹⁴.

A utilização de agrotóxicos no Brasil tem origem, basicamente, no período de 1960-70, época em que se verificou um grande incremento na automação das lavouras, com a introdução

³⁹¹ DOMINGUES, Mara Regina et al. Agrotóxicos: Risco à Saúde do Trabalhador Rural. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 25, p. 45-54, jan./dez. 2004. p. 49.

³⁹² Designa-se como endemia qualquer fator mórbido ou doença espacialmente localizada, temporalmente ilimitada, habitualmente presente entre os membros de uma população e cujo nível de incidência se situe sistematicamente nos limites de uma faixa endêmica que foi previamente convencionada para uma população e época determinadas. (MOTTA, L. Cayolla da; Biancathubibia Endêmico. In: ENCICLOPÉDIA Verbo Luso-Brasileira da Cultura: Edição Século XXI. Braga: Editorial Verbo, 1999. v. 10).

³⁹³ BRASIL. **Norma Regulamentadora nº 5**. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D311909DC0131678641482340/nr_05.pdf>. Acesso em: 15 set. 2012.

³⁹⁴ INFORMATIVO CRQ III. **O dilema do uso de defensivos agrícolas**. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Química, III Região, 1997.

massiva de maquinários e utilização de produtos agroquímicos no processo de produção. Isso foi estimulado, sobretudo, pela implementação do Sistema Nacional de Crédito Rural (SNCR), que vinculava a concessão de empréstimos aos produtores à fixação de um percentual a ser gasto com agrotóxicos, considerados, então, símbolo da modernidade no campo³⁹⁵. A cultura de utilização de agrotóxicos na agricultura brasileira tomou proporções gigantescas, a ponto de hoje ser possível afirmar que o país é o maior consumidor mundial destes produtos³⁹⁶. Para se ter uma ideia, no Brasil são usados cerca de 22,3³⁹⁷ quilos de agrotóxico por hectare de terra, advindos da produção nacional, que vivencia um momento exponencial, e de volumosas importações.

O último levantamento realizado pelo Sindicato Nacional da Indústria para a Defesa Agrícola (Sindag) aponta que os valores gastos no Brasil com a importação de agrotóxicos no ano de 2009, chegaram a US\$ 6,6 bilhões. Esse valor representa NADA MAIS, NADA MENOS, do que cerca de 18%³⁹⁸ de todo o valor destinado pelo governo federal ao SUS, no ano de 2012³⁹⁹. Esses valores, além de colossais, apresentam uma lógica irracional. É sabido que o gasto com a importação de agrotóxicos é financiado boa parte pelo capital privado no país, contudo, há de se ter presente que cada dólar investido na compra desses produtos, pode custar aos cofres públicos 1,28 dólar em futuros gastos com a saúde de camponeses intoxicados, segundo cálculos estimados que levam em conta tão somente as intoxicações agudas⁴⁰⁰. Levando-se em consideração os casos crônicos, acrescidos da contaminação ambiental difusa nos ecossistemas, os prejuízos podem atingir cifras assustadoramente maiores.

A questão dos agrotóxicos e resíduos tóxicos representa uma área transdisciplinar por excelência, na qual a questão da Saúde do Trabalhador se entrelaça ao Direito Ambiental, ao Direito Sanitário e aos direitos do consumidor. Ocorre que os efeitos dos agrotóxicos sobre a

³⁹⁵ PERES, F. **É veneno ou é remédio?** os desafios da comunicação rural sobre agrotóxicos. 1999. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1999.

³⁹⁶ Segundo pesquisa realizada pela Universidade Federal do Paraná, sob encomenda Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), no ano de 2011. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Em Defesa da Comida**. Disponível em: <<http://emdefesadacomida.blogspot.com.br/2011/05/universidade-federal-do-parana-pesquisa.html>>. Acesso em: 15 set. 2012.

³⁹⁷ AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Em Defesa da Comida**. Disponível em: <<http://emdefesadacomida.blogspot.com.br/2011/05/universidade-federal-do-parana-pesquisa.html>>. Acesso em: 15 set. 2012.

³⁹⁸ Cálculo realizado com base na cotação do dólar comercial em 14/09/2012.

³⁹⁹ Segundo dados do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi). Disponível em: <<http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2012-09-06/sus-gasta-menos-da-metade-do-planejado-para-2012.html>>.

⁴⁰⁰ KUGLER, Henrique. **O paraíso dos agrotóxicos**. Disponível em: <<http://cienciahoje.uol.com.br/revista-ch/2012/296/paraíso-dos-agrotoxicos/view>>. Acesso em: 14 set. 2012.

saúde não se referem apenas aos trabalhadores a eles expostos, mas à população como um todo, contagiando o meio ambiente e repercutindo sobre o conjunto social.

Assim, quando da liberação de um produto agrotóxico para a comercialização e utilização, muitas e variadas questões devem ser sopesadas, passando do momento de sua industrialização (produção, sínteses, formulação) até as condições de segurança do transporte, distribuição e comercialização dos produtos, bem como a sua utilização pelos consumidores finais, seja na agropecuária em geral (inclusive no armazenamento de grãos e sementes), seja pelo consumo nas áreas urbanas, e até mesmo em campanhas de combate a vetores, no âmbito da Saúde Pública⁴⁰¹.

Para Bruno Miragem o primeiro direito básico do consumidor consiste na proteção à vida, saúde e segurança da parte mais frágil na relação de consumo, nos termos do art. 6.º, I, do CDC. O direito à vida é compreendido como direito essencial da personalidade, direito fundamental previsto no art. 5.º, “caput”, da CF. Sobre outro aspecto, este é entendido como a proteção individual da vida do consumidor considerado em relação contratual específica, consistente em assegurar sua integridade física e moral⁴⁰².

Neste sentido, merece destaque o disposto no art. 8º da Lei 8078/90 – Código de Defesa do Consumidor, que assim dispõe:

Art. 8º - Os produtos e serviços colocados no mercado de consumo não acarretarão riscos à saúde ou segurança dos consumidores, exceto os considerados normais e previsíveis em decorrência de sua natureza e fruição, obrigando-se os fornecedores, em qualquer hipótese, a dar as informações necessárias e adequadas a seu respeito.

Note-se que todo o consumidor tem direito a ser informado especificamente das condições do produto que está adquirindo, bem como dos riscos e perigos por ele ofertados. Esse é um direito que advém da existência de um déficit informacional do consumidor, parte vulnerável e leiga, decorrente do fato de o fornecedor deter o conhecimento específico sobre a produção de produtos e fornecimento de serviços, gerando uma desigualdade informacional

⁴⁰¹ CORRÊA FILHO, Heleno Rodrigues; SABINO, Marcos Oliveira; LORENZ, Vera Regina. **Tópicos sobre a saúde do trabalhador para a atuação da promotoria**. Disponível em: <<http://gesan.ndsr.org/docmanualespecializacao09TopicossobresaudedotrabalhadoreatuacaodaPromotoria.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2012.

⁴⁰² MIRAGEM, Bruno. **Curso de direito do consumidor**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010. p. 125.

entre as partes⁴⁰³. Contudo, para que este direito seja satisfeito, não basta que o fornecedor simplesmente transmita as informações ao consumidor, sendo indispensável que essas sejam prestadas de forma adequada e eficiente.

Do ponto de vista do arcabouço jurídico que regulamenta a matéria dos agrotóxicos e resíduos tóxicos, tem-se a atuação dos mais diferentes setores do Estado, tais como os Ministérios da Agricultura, Saúde, Meio Ambiente, Ciência & Tecnologia e Trabalho, através de diversos diplomas legais e regulamentares. A problemática da questão envolvendo agrotóxicos não é, de forma alguma, a omissão legislativa. As Leis existem, e são várias. A questão está em torná-las efetivas. Dentre a vastidão de normas a regular a matéria, merece destaque a Lei 7802, de 1989, a Lei do Agrotóxico. Com vistas a regular as questões pertinentes à fabricação, armazenamento, comercialização e utilização dos agrotóxicos, a Lei veta o registro de produtos que apresentem riscos à saúde.

Dispõe o art. 3º, §6 da referida lei:

§ 6º Fica proibido o registro de agrotóxicos, seus componentes e afins:

- a) para os quais o Brasil não disponha de métodos para desativação de seus componentes, de modo a impedir que os seus resíduos remanescentes provoquem riscos ao meio ambiente e à saúde pública;
- b) para os quais não haja antídoto ou tratamento eficaz no Brasil;
- c) que revelem características teratogênicas, carcinogênicas ou mutagênicas, de acordo com os resultados atualizados de experiências da comunidade científica;
- d) que provoquem distúrbios hormonais, danos ao aparelho reprodutor, de acordo com procedimentos e experiências atualizadas na comunidade científica;
- e) que se revelem mais perigosos para o homem do que os testes de laboratório, com animais, tenham podido demonstrar, segundo critérios técnicos e científicos atualizados;
- f) cujas características causem danos ao meio ambiente.

Nesse sentido, cumpre dizer, que a partir do ano 2000, o Brasil, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, deu início a uma série de reavaliações toxicológicas entre determinados agrotóxicos que já possuíam registro para comercialização em território nacional, por apresentarem alterações de risco à saúde humana. Isto é,

[...] com base em pesquisas nacionais e internacionais, e também em condenações judiciais das empresas fabricantes desses produtos por agravos à saúde das pessoas, no exterior, a autoridade sanitária federal, considerou fundamenta reavaliá-los, para

⁴⁰³ MIRAGEM, Bruno. **Curso de direito do consumidor**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010. p. 127-128.

que a população brasileira, consumidora de culturas tratadas com estes agrotóxicos, bem como trabalhadores rurais que os manejam, não estivessem expostos a riscos inaceitáveis à vida e à saúde⁴⁰⁴.

A reavaliação toxicológica de determinados agrotóxicos, seus componentes e afins, encontra respaldo legal no art. 3º, § 4º da Lei n. 7.802/89, que institui competência às autoridades brasileiras para tomarem medidas necessárias mediante alerta de organizações internacionais quanto ao risco no uso de agrotóxicos. Da mesma forma, o Decreto nº. 4.074/02, que regulamenta a lei primitiva, fixa a competência do Ministério da Saúde, dentre outros Ministérios, para reavaliar o registro de agrotóxicos e de seus componentes, quando surgirem indícios da ocorrência de riscos para a saúde humana. Para Delduque, Marques e Da Silva,

[...] merece destaque a importância do princípio da precaução para o exercício do poder de polícia das autoridades sanitárias, principalmente no que tange ao registro de produtos agrotóxicos. Consta-se que este princípio é de suma importância no momento do registro ou da reavaliação de produtos agrotóxicos, o que diminuiria o potencial risco do consumo dessa substância pela população brasileira. Em casos de incerteza científica, inclusive, o princípio da precaução pode justificar a restrição comercial destes produtos.⁴⁰⁵

O princípio da precaução, “atua como um programa para decisões que tenham por objeto riscos abstratos, isto é, riscos existentes em contextos de incerteza científica quanto às informações que envolvam a sua probabilidade de ocorrência futura ou os possíveis efeitos decorrentes de sua concretização”⁴⁰⁶. Dentro de um contexto de incertezas, o princípio da precaução atua com a ideia de possíveis riscos.

Na questão da precaução, especial papel é destinado aos Equipamentos de Proteção Individual. Regulamentados pela NR6⁴⁰⁷, os EPI's são os dispositivos ou produtos de uso

⁴⁰⁴ DELDUQUE, Maria Célia; MARQUES, Silvia Badim; SILVA, Letícia Rodrigues da. A Reavaliação do Registro de Agrotóxicos e o Direito à Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 169-175, mar./jun. 2010. p. 170.

⁴⁰⁵ DELDUQUE, Maria Célia; MARQUES, Silvia Badim; SILVA, Letícia Rodrigues da. A Reavaliação do Registro de Agrotóxicos e o Direito à Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 169-175, mar./jun. 2010. p. 171.

⁴⁰⁶ ROCHA, Leonel Severo; CARVALHO, Délton Winter. **Mudanças climáticas e as implicações jurídico-principiológicas**. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CDYQFjAC&url=http%3A%2F%2Fsrvapp2s.urisan.tche.br%2Fseer%2Findex.php%2Fdireito_e_justica%2Farticle%2Fdownload%2F720%2F378&ei=HrFTUPbtCZKM9ATFsYGYCA&usg=AFQjCNEbCertKsKGuOIRkZWDO2SGUv9Lg&sig2=cq1TomsRZjinqM82EEiAkA>. Acesso em: 14 set. 2012.

⁴⁰⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978**. Brasília: Ministério da Saúde, 1978.

individual utilizados pelo trabalhador, destinados à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho. Para Almeida e Veiga,

O uso de EPI's deveria ser suficiente para assegurar a proteção do trabalhador, evitando que o mesmo entre em contato com agentes prejudiciais à saúde. Cada ambiente de trabalho apresenta condições particulares, logo cada EPI deve ser projetado para atender as necessidades e particularidades de cada um desses ambientes de trabalho. (...) Um projeto de segurança ocupacional, dentro de uma visão sistêmica, deve considerar a utilização de EPI, porém sempre como última alternativa viável de proteção do trabalhador no processo de trabalho, depois que outras medidas preventivas de segurança tiverem sido tomadas e não houver opção de controle disponível. Para isso, é responsabilidade do empregador providenciar os equipamentos de proteção adequados. Contudo, a relação de trabalho na agricultura nem sempre se enquadra como empregado- empregador. Existem contratos formais onde a relação de trabalho e de subordinação não estaria muito clara de acordo com a legislação vigente⁴⁰⁸.

Muito embora a importância inconteste da utilização dos EPI's, um número elevado de trabalhadores rurais acredita ser desnecessário o seu uso, e, dos que os usam, grande parte possui uma compreensão incompleta do que é composto um equipamento de proteção. Em geral, no que se refere aos trabalhadores rurais, os EPIs são utilizados de forma parcial ou negligenciados pelos trabalhadores e/ou empregadores, configurando a presença de risco de adoecimento⁴⁰⁹. Os principais EPIs exigidos para o trabalho rural são os de proteção da cabeça, face e corpo inteiro; o que inclui capacetes, protetores faciais e auriculares, óculos, chapéus, respiradores, luvas, botas, perneiras, mangas de proteção, aventais, macacões e coletes, entre outros, conforme a necessidade de cada atividade. Contudo, a grande maioria dos trabalhadores rurais não faz o uso desses equipamentos, seja por achá-los desconfortáveis, seja por não acreditarem na sua eficácia, ou ainda, por considerarem demasiadamente alto o custo para sua aquisição⁴¹⁰.

A exposição aos riscos ocupacionais na atividade rural é, sem dúvida, uma questão de saúde pública, sendo determinante de morbidades e resultando em diferentes aspectos sociais e

⁴⁰⁸ ALMEIDA, Ronaldo André Castelo dos Santos de; VEIGA, Marcelo Motta. Processo de trabalho rural e EPI's: discussão sobre termorregulação corporal. **Revista P&D em Engenharia de Produção**, v. 8, n. 2, p. 29-39, 2010. p. 31.

⁴⁰⁹ MENEGAT, Robriane Prosdocimi; FONTANA, Rosane Teresinha. Condições de trabalho do trabalhador rural e sua interface com o risco de adoecimento. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n.1, p. 52-59, jan./mar. 2010. p. 56.

⁴¹⁰ MENEGAT, Robriane Prosdocimi; FONTANA, Rosane Teresinha. Condições de trabalho do trabalhador rural e sua interface com o risco de adoecimento. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n.1, p. 52-59, jan./mar. 2010. p. 57.

econômicos. Neste cenário, políticas de regulação mais eficazes quanto ao uso de agrotóxicos, medidas de inclusão dos trabalhadores e a facilitação do acesso da população rural aos serviços de saúde, são estratégias indispensáveis para a promoção da saúde do trabalhador rural.

Neste cenário, faz-se indispensável que se incrementem as políticas públicas de saúde ao trabalhador rural, dotando-as de um caráter transdisciplinar, no qual enfermeiros, biólogos, ambientalistas, agrônomos, médicos, educadores e sanitaristas deverão assumir papel conjunto na promoção, manutenção e recuperação desta parcela populacional. No mais, “conhecer o ambiente rural, as condições de vida e saúde do trabalhador, tornando-o protagonista das reflexões acerca da saúde individual, coletiva e ambiental, é um fator preditivo da criação de ambientes sustentáveis e saudáveis”⁴¹¹.

Mostram-se necessários, pois, estudos mais aprofundados acerca do tema, para que possam ser propostas medidas auxiliares na redução dos riscos ambientais que permeiam a vida dos trabalhadores rurais e, conseqüentemente, promover-se melhorias na saúde e qualidade de vida desta população, bem como o auxílio na efetivação de políticas públicas que fortaleçam a agricultura e contribuam para o fomento da dignidade e cidadania da população campesina.

Nesse contexto, o fortalecimento do Direito Sanitário do Trabalho poderá vir a contribuir de forma ímpar, dispensando maior atenção a esta parcela da população cuja atividade é de inigualável importância, mas que historicamente vem sendo renegada pelo Poder Público.

⁴¹¹ MENEGAT, Robriane Prosdocimi; FONTANA, Rosane Teresinha. Condições de trabalho do trabalhador rural e sua interface com o risco de adoecimento. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n.1, p. 52-59, jan./mar. 2010. p. 57.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Alguns homens veem as coisas como são, e dizem Por quê? Eu sonho com as coisas que nunca foram e digo Por que não?

George Bernard Shaw

Os limites e as possibilidades de um estudo são melhores percebidos quando se chega ao final do trabalho. Ao longo dos dois anos do curso de mestrado, buscou-se aprofundar os conhecimentos para melhor compreender as questões pertinentes à efetivação Direito à Saúde e ao Direito à Saúde do trabalhador, especialmente. Contudo, quanto mais os estudos evoluíam mais se constatava a sua violação e as dificuldades para o seu enfrentamento.

Durante a construção desta dissertação, situação semelhante foi vivenciada. Após a elaboração dos dois primeiros capítulos do trabalho, constatou-se que as questões pertinentes ao Direito à Saúde do trabalhador ainda dependem de uma maior atenção acadêmica e legislativa para que possa ser vislumbrada a sua efetivação. Verificou-se que embora exista um vasto conjunto normativo voltado à tutela da saúde da classe operária, ainda falta um instrumento apto a auxiliar na efetivação deste direito. Demonstrou-se ao longo deste trabalho que “as coisas são como são”, por isso buscou-se encontrar os “por que não?”.

As perguntas que se fizeram foram: Por que, mesmo após o truculento histórico vivenciado pelos obreiros para que tivessem asseguradas condições mínimas de saúde e qualidade de vida, e do reconhecimento da saúde como direito fundamental, ainda não se atingiu a concretude desse Direito? E por que, num cenário em que a saúde foi reconhecida como direito universal, ainda não se dispensa tratamento igualitário a todos os trabalhadores?

As respostas para essas perguntas passam necessariamente pela verificação da falta de interesse acadêmico sobre o assunto. Ocorre que, embora a produção científica na área apresente uma tendência contínua de crescimento nas últimas décadas, universalizando-se por muitas instituições universitárias e abarcando diferentes áreas do conhecimento⁴¹², seu volume e atenção ainda continuam bastante limitados. Estima-se que a produção científica brasileira represente menos de 1% dos artigos divulgados anualmente, em âmbito global, com abordagem

⁴¹² GOMES, Carlos Minayo; LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.

nas relações entre trabalho e saúde⁴¹³, sendo que destes, a imensa maioria não se preocupa com a questão do Direito em si, e se limita a discutir questões voltadas aos trabalhadores industriais, num leque de categorias bastante amplo, valendo-se de abordagens ligadas às da medicina do trabalho⁴¹⁴.

Neste contexto, o desenvolvimento deste estudo levou à percepção da necessidade de se buscar um “algo a mais”, uma especificação dentro da disciplina fundamental do Direito Sanitário que a auxilie nas questões pertinentes à efetivação do Direito à Saúde do trabalhador. Averiguou-se, pois, a pertinência do amadurecimento de uma disciplina própria, voltada a auxiliar na concretude desse Direito, através de uma análise mais global do conjunto normativo que o regulamenta, dando-lhe coerência lógica e unidade, possibilitando uma melhor compreensão desse campo do Direito e, conseqüentemente, maior atenção a temas que o compõem, mas que historicamente vêm sendo esquecidos por pesquisadores e legisladores.

Realizado o trabalho proposto, e analisados os dados coletados, foi possível se chegar a algumas conclusões finais, tais como:

1. A evolução histórica do Direito à Saúde do trabalhador é fruto de um contexto global que se comunica, interage e faz com que o sistema acompanhe a mutação da sociedade. Passado o “descobrimento” do país e iniciado o processo de colonização brasileira, o país vivenciou uma etapa de intenso trabalho escravo e escassas medidas sanitárias. A preocupação maior no Brasil colônia estava voltada muito mais a “retirar da terra tudo o que a terra poderia dar”, do que com a figura do homem trabalhador. Em um sistema elitista e segregador, onde o Estado nada, ou quase nada, fazia em termos de medidas sanitárias, o homem trabalhador estava abandonado à caridade alheia, não havendo qualquer preocupação dos senhores a não ser com a mão de obra produtiva.
2. A situação de descaso estatal para com a saúde dos trabalhadores e as medidas sanitárias, como um todo, permaneceu basicamente inalterada com a independência brasileira. Naquela época, quando já era possível identificar a falta de preocupação da elite intelectual com a saúde do trabalhador, importante papel fora desempenhado pelos negros em relação à saúde pública. O convívio próximo no cotidiano da cidade favoreceu o intercâmbio cultural entre senhores e

⁴¹³ WÜNSCH FILHO, Victor. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. **Revista Brasileira de Medicina do trabalho**. Belo Horizonte, v.2, n.6, p. 103 -117, abr./jun.2004.

⁴¹⁴ GOMES, Carlos Minayo; LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.

escravos, e a técnica africana assumiu papel ativo, inclusive no interior das Santas Casas, sendo, a prática médica brasileira, resultado de trocas e apropriações de experiências entre europeus, índios e africanos. A preocupação do Estado para com a saúde pública no período, só se deu com a intensificação da mão de obra imigrante, e mesmo assim foi insuficiente. Os imigrantes desembarcavam nos portos brasileiros trazendo consigo doenças até então raras ou desconhecidas no país. Assim, mais uma vez preocupado em garantir o trabalho dessa mão de obra barata que aqui chegava, e assegurar os interesses do capital, o governo passou a adotar medidas sanitárias. Essas medidas não procuravam assistir ao homem trabalhador, como também ocorrera com os escravos. Procuravam, sim, viabilizar o trabalho e manter a estrutura agrocafeeira.

3. A proclamação da República do Brasil introduziu importantes mudanças no sistema de saúde, em especial no que se refere à saúde do trabalhador. Vivenciando um contexto de industrialização, e sofrendo a pressão dos operários que organizados passaram a lutar por melhores condições de trabalho, o governo brasileiro viu-se obrigado a legislar no campo da saúde do trabalhador, muito embora as primeiras regras de atenção à saúde do obreiro estivessem muito mais voltadas a garantir o funcionamento das fábricas e indústrias, do que a qualidade de vida dos operários. Desta forma, pode-se dizer que o embrião das medidas protetivas ao trabalhador não esteve ligado à preocupação com o bem-estar físico e psíquico dos empregados, mas sim, em mantê-los ativos no trabalho, já que as indústrias e fábricas, em pleno processo de desenvolvimento, não poderiam interromper seus ciclos de produção.

4. Essa situação de prevalência da cadeia produtiva em detrimento da saúde do trabalhador perdurou por um longo período, sendo que até a Constituição Federal de 1988, a saúde pública não era extensiva a todos os cidadãos, limitando-se àqueles que contribuíssem para a previdência social, àqueles com vínculo formal de emprego. “O atendimento à saúde da população excluída do mercado formal não configurava um direito dos cidadãos, não constituía uma obrigação do Estado decorrente de exigência Constitucional”⁴¹⁵. No sistema vigente havia uma nítida distinção de classes, onde quem possuía recursos recorria a medicina privada, quem possuía vínculo de emprego formal contava com a assistência estatal enquanto aos demais cabia contar com a filantropia das Santas Casas de Misericórdia.

⁴¹⁵ MARQUES, Silvia Badim. **O Princípio Constitucional da Integralidade de Assistência à Saúde e o Projeto de Lei n. 219/2007**: interpretação e aplicabilidade pelo poder judiciário. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rdisan/v10n2/04.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2012.

5. Em combate a este sistema celetista desenvolveu-se o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, constituído inicialmente por parcela da intelectualidade acadêmica e dos profissionais da área de saúde, caracterizando-se como oposição às propostas implementadas pelos governos militares. Esse Movimento teve ampla participação no contexto pré-Constituinte brasileiro, firmando as bases da organização do Sistema de Saúde, que viriam a ser consolidadas na Constituição de 1988.

6. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, uma nova ordem jurídico-formal para o sistema público de saúde foi reconhecida, elevando a saúde a direito fundamental de todos os cidadãos, independentemente de qualquer situação, e vinculando a sua interpretação aos princípios da igualdade e da dignidade da pessoa humana, dentre outros⁴¹⁶. A saúde foi reconhecida como direito de todos e dever do Estado, contudo, a constitucionalização deste direito não foi acompanhada de políticas públicas capazes de efetivá-lo.

7. Cada vez mais se mostra ilusória a ideia de que, sem a participação popular, poderá esse direito ser efetivado, fazendo-se imprescindível a atuação dos movimentos sociais, seja no estudo, na implementação ou fiscalização das ações e serviços relativos ao direito à saúde. Até por que, o completo bem-estar físico, psíquico, social e, até mesmo espiritual, implica em aspectos íntimos de cada pessoa, que não podem ser de responsabilidade única do Estado.

8. A Constituição Federal de 1988 surgiu em um contexto de redemocratização do Brasil, o que acabou conferindo aos cidadãos uma gama volumosa de direitos que antes lhes eram sonegados. Neste contexto, valores essenciais à sociedade foram consagrados com status de fundamentabilidade. O trabalho foi alçado a fundamento da República, a saúde a direito fundamental de todos os cidadãos, e a dignidade da pessoa humana a valor supremo da nação. Assim, defender a saúde do homem trabalhador significa defender a sua dignidade como um todo, pois só a partir do reconhecimento da essencialidade do trabalho na vida do operário é que se consegue visualizar que condições laborais impróprias afetam não só o seu bem-estar físico, mas também o seu bem-estar moral e social.

9. A saúde não é um ponto fixo que se alcança, mas a direção em que se empreende a caminhada, uma constante melhoria que deve ser perseguida, sempre⁴¹⁷. Se até pouco tempo se

⁴¹⁶ MARQUES, Sílvia Badim. **O Princípio Constitucional da Integralidade de Assistência à Saúde e o Projeto de Lei n. 219/2007**: interpretação e aplicabilidade pelo poder judiciário. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rdisan/v10n2/04.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2012.

⁴¹⁷ OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Proteção Jurídica à saúde do trabalhador**. 2. ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: LTr, 1998.p. 74.

entendia a saúde como a mera ausência de doenças, hoje essa ideia se encontra ultrapassada, entendendo-a como o completo bem-estar físico, moral e social. Assim, para que se garanta o direito à saúde é necessário garantir uma série de outros direitos que lhe são correlatos e que estão intrinsecamente ligados, como é o caso do direito à alimentação, ao descanso e ao lazer, à segurança, ao meio ambiente de trabalho, entre outros. Além disso, é necessária a conscientização dos indivíduos acerca do que envolve a saúde, para que, a partir dessa conscientização, todos possam lutar pelos seus direitos e exigir que o Estado atenda às necessidades sanitárias da sociedade⁴¹⁸.

10. A saúde é um sistema social, nos moldes definidos por Niklas Luhmann, que interage constantemente com os demais sistemas, de modo que se torna impossível esmiuçá-lo por completo, uma vez que ele se encontra sempre aberto ao mundo, ao próprio homem e às suas decisões, ou seja, em contínua construção.

11. O êxito da efetivação do Direito à Saúde pressupõe a participação dos diversos atores envolvidos nos processos de formulação, execução e fiscalização das políticas de saúde. Essa participação deve ter como objetivo a redução das desigualdades sociais, de modo a inflamar a cultura de participação dos usuários do SUS, ou seja, deve-se buscar a eliminação, ou ao menos a redução, do paradoxo segundo o qual não se consegue maior participação democrática sem a eliminação das desigualdades, e não se consegue eliminação das desigualdades sem a participação democrática. Tem-se, pois, que só haverá efetivação do direito à saúde com a participação popular, mas só haverá participação popular com o gozo da saúde. Neste contexto, não basta mais reconhecer o caráter cidadão do direito à saúde, uma vez que esse direito não se dá só na forma da lei e nos limites da legalidade, mas extrapola o mundo jurídico para, no mundo social, adquirir sentido. Por isso, o esforço para a garantia do direito à saúde remete ao próprio processo de cidadanização, isto é, o processo de tornar direitos e garantias formais em ações e serviços exercíveis pelos atores sociais nos seus cotidianos.

12. A troca da maneira de governar setorialmente para uma forma intersetorial é uma exigência para a efetivação do Direito à Saúde. A intersetorialidade da saúde pressupõe a conexão de saberes e experiências diferenciadas no planejamento, realização e avaliação de ações e serviços, com o objetivo de atingir resultados integrados em situações complexas, buscando sempre uma melhor forma de possibilitar o acesso de todos à rede de saúde pública.

⁴¹⁸ DALLARI, Sueli Gandolfi. **Rede Brasileira de Educação em Direitos Humanos: direito à saúde.** Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/educar/redeedh/bib/dallari3.htm>>. Acesso em: 07 jun. 2012.

A intersetorialidade, nesse aspecto, tem como base um planejamento geral, distinto do modelo tradicional, em que o “trabalho é organizado por equipes especializadas para o planejamento, a realização e avaliação de ações e serviços. A estrutura governamental, de acordo com a lógica intersetorial, supõe a articulação de planos e o compartilhamento de informações, e apresenta-se, sobretudo, mais permeável à participação do cidadão, tanto no planejamento quanto na avaliação”⁴¹⁹.

13. O direito à saúde já não pode mais ser visto como um direito individual, de cada pessoa isoladamente, sendo um bem da comunidade, conquistado por árduas lutas dos movimentos sociais durante séculos. A comunidade como um todo pressionou o Estado para que fosse consagrada a universalidade do direito à saúde e hoje a detém como um direito fundamental, um bem cuja proteção e efetivação depende da plena participação popular. Assim, a integralidade da comunidade é responsável, junto com o Estado, pela proteção, manutenção e recuperação da saúde de todos os indivíduos.

14. A efetivação do direito à saúde é questão cuja resposta passa pelo paradigma da fraternidade que pressupõe o respeito aos direitos humanos e à dignidade da pessoa, independentemente de situação geográfica, sexo, idade, raça, classe econômica, grau de instrução, profissão, ou qualquer outro fator. Tem-se, pois, que a metateoria do Direito Fraternal se mostra como uma proposta adequada para analisar o atual direito a ter direito à saúde, impondo a necessidade de se estabelecer um olhar mais humano sobre as mais diferentes situações da vida, e relevando o sentido de compartilhar e de estabelecer pactos sociais a fim de que seja possível enxergar no próximo um “outro-eu”, merecedor de cuidados e detentor de necessidades, independentemente da atuação estatal.

15. Se é verdade que o direito à saúde deve ser garantido a todos, também é verdade que alguns cidadãos, por condições e características peculiares, necessitam de políticas públicas de saúde específica. É o caso, por exemplo, dos trabalhadores. A saúde do trabalhador é um direito que se configura de forma orgânica como espaço institucional e operacional do SUS, o que não significa que os trabalhadores sejam os únicos detentores desse direito. O Direito à saúde é um direito universal, garantido a todos os cidadãos indistintamente, mas que comporta

⁴¹⁹ WESTPHAL, Márcia Faria; MENDES, Rosilda. Cidade Saudável: uma experiência de Interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública – RAP**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 47-61, nov./dez. 2000.p. 54.

diferenciações dentro da sua própria estrutura, reconhecendo a maior vulnerabilidade de alguns no processo saúde/doença.

16. A organização das ações de saúde do trabalhador na rede de serviços de saúde do SUS constitui um processo sociopolítico e técnico em construção que, iniciado nos anos oitenta, a partir de alianças “solidárias” entre sindicatos de trabalhadores e técnicos dos serviços públicos de saúde, de hospitais universitários, da fiscalização do Trabalho e da Previdência Social, em verdade, ainda não incorporou, de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações, o lugar que o “trabalho” ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço socioambiental.

17. O Brasil vivencia hoje, legal e burocraticamente, a etapa da Saúde do Trabalhador, e isto significa a afirmação do trabalhador como sujeito ativo do processo de saúde-doença (incluindo aí a participação efetiva nas ações de saúde) e, não meramente, como objeto da atenção à saúde, tal como fora tomado tradicionalmente pelo Sistema Social.

18. A Saúde do Trabalhador, como o Direito Sanitário, reflete um saber e uma prática transdisciplinares que se diferenciam de uma ação centrada no conhecimento médico e nos conhecimentos divididos em compartimentos (Engenharia, Psicologia, Medicina, Enfermagem, Serviço Social, etc.) na forma de uma equipe de técnicos das várias profissões que não estabelece uma interlocução. Este modelo, consagrado na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, tem sua origem vinculada à aliança dos trabalhadores organizados com o movimento de Reforma Sanitária, que propôs, no plano legal, um corpo de regulamentação que tem por princípio a participação dos trabalhadores em conjunto com técnicos de saúde no controle dos ambientes de trabalho e nos cuidados à saúde dos trabalhadores sob a coordenação do Ministério da Saúde. Esta vertente, além de privilegiar a participação democrática nas políticas de saúde pública, coaduna-se com os preceitos instituídos pela metateoria do direito fraterno, responsabilizando também a massa de trabalhadores pela atenção e promoção da saúde de cada um deles.

19. A Saúde do Trabalhador surgida no seio do movimento pela democracia brasileira e consolidada na Constituição de 1988, caracteriza-se como uma rede enunciativa que coloca em cheque a legitimidade do exercício da medicina em benefício do Capital. Por meio de uma

conformação de saberes transdisciplinares – assim como transdisciplinar também é a própria saúde – que centraliza a valorização dos trabalhadores sobre seu trabalho e os efeitos desse na saúde, a normatização e, evolutiva efetivação da Saúde do Trabalhador tem permitido vislumbrar o dia em que os cuidados com a condição de saúde do obreiro serão acatados e concretizados, respeitando-se assim, o princípio máximo da dignidade da pessoa humana.

20. No contexto de universalização do Direito à Saúde, especial relevância foi atribuída ao SUS, pois, são por meio das políticas e das práticas para (e desse) órgão, que o Estado busca a efetivação deste direito. Ocorre que o ordenamento atual inverteu a lógica tradicional estipulando programas e metas para a saúde, caracterizando-a como um estado que se garante a todos, “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. Nesse sentido, o Estado obrigou-se juridicamente a exercer ações e serviços de saúde visando à construção de uma nova ordem social cujos objetivos são o bem-estar e a justiça social.

21. O direito à saúde é um direito complexo, cuja efetivação e disponibilidade são igualmente complexas e implicam na necessidade de uma comunicação transdisciplinar entre diferentes meios e focos de atuação, como é o caso da estrutura médico-hospitalar, do desenvolvimento de programas de Saúde Pública, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, educação popular, etc.

22. O Direito à Saúde existe, é consagrado pela Constituição Federal com caráter de fundamentalidade e universalidade, e recebe tratamento doutrinário e legislativo das mais diferenciadas áreas jurídicas. Portanto, a questão atual já não se prende ao ter ou não direito, mas em fazer com que esse direito seja exercido, lutado e implementado. Neste cenário importante papel deve ser atribuído ao Direito Sanitário, disciplina autônoma cujo objeto é a regulação das ações e serviços de interesse à saúde, com vistas à redução de riscos de danos à saúde e o estabelecimento de condições que garantam o acesso universal e igualitário a estas mesmas ações e serviços.

23. O Direito Sanitário não pode ser visto como uma disciplina estanque e incomunicável, ao contrário. O Direito Sanitário interage de forma contínua com áreas que lhe são correlatas, dentre elas o Direito do Trabalho, emprestando e tomando subsídios, numa espécie de intercâmbio cujo objetivo maior é a proteção da saúde. Assim, se o histórico de contínuas lutas

sociais e reivindicações populares resultaram no reconhecimento da autonomia do Direito Sanitário, a complexidade da sociedade atual tem exigido a sua abertura. Novas demandas têm surgido, novos riscos têm se apresentado e novos valores têm sido consagrados, impondo à disciplina o reconhecimento de outros ramos que lhe são correlatos.

24. Mudanças paradigmáticas vêm ocorrendo no bojo do Direito à Saúde do trabalhador. Uma delas se refere à Judicialização da Saúde. A judicialização da Saúde como fenômeno já consolidado no Brasil não passa incólume às demandas da saúde do trabalhador, mas têm abarcado outros tipos de situações, que não as clássicas envolvendo Estado e trabalhador, mas sim, Estado e empregador e, trabalhador e empregador. Decorrente destas demandas, pode-se perceber que a judicialização da saúde, passou a adquirir outros contornos no que se refere às políticas de saúde do trabalhador. De um lado se tem a questão do próprio Estado cobrando do empregador, de forma regressiva, os gastos havidos com o pagamento de benefícios previdenciários e programas de reabilitação de trabalhadores, cuja responsabilidade lhe é inerente. De outro, há a problemática dos próprios trabalhadores, que passam a ingressar com ações não mais contra o Estado, mas sim contra os empregadores a fim de obterem o tratamento médico que lhe é cabível.

25. Outra questão paradigmática se refere ao reconhecimento da necessidade de se despendar uma maior atenção para sujeitos e situações que integrem o núcleo do Direito à Saúde do Trabalhador, mas que historicamente parecem ter sido esquecidos por legisladores e estudiosos. É o caso do meio ambiente de trabalho, dos trabalhadores desempregados, dos trabalhadores rurais e, dos trabalhadores acometidos por doenças advindas das novas formas de trabalho, consolidadas na sociedade atual.

26. Considerando que emergência e o desaparecimento de uma disciplina legal significam que algo de fundamental está se transformando na sociedade, sendo que, o surgimento de um novo modelo indica a possibilidade de caminhos e abordagens diferenciados de tutela jurídica, verifica-se a pertinência do desenvolvimento do Direito Sanitário da Saúde como disciplina jurídica hábil e indispensável para a efetivação do direito à saúde do trabalhador, cuja relevância aumenta na medida em que se mostra como instituto capaz de aprofundar questões de extrema importância para a concretização deste direito, mas que tradicionalmente não despertam maiores interesses de pesquisadores e legisladores.

Diante destas colocações, considera-se ser necessário que os operadores do direito, gestores públicos, sociedade civil, sanitaristas, membros da academia, entre outros envolvidos no assunto, discutam de forma mais contundente às questões relativas ao direito à saúde do trabalhador, a fim de propor soluções conjuntas para as indagações que se impõem e buscarem a efetivação deste direito cujo reconhecimento foi tão caro à sociedade. Nesse cenário, entende-se que o Direito Sanitário do Trabalho, como ramo jurídico voltado a discutir, propor e disciplinar as ações e serviços de interesse à saúde do trabalhador, pode ser uma ferramenta extremamente útil, merecendo ser melhor aprofundada.

REFERÊNCIAS

ABDOUCHELI, E., JAYET, C. **A Banalização da Injustiça Social**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Em Defesa da Comida**. Disponível em: <<http://emdefesadacomida.blogspot.com.br/2011/05/universidade-federal-do-parana-pesquisa.html>>. Acesso em: 15 set. 2012.

AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria Geral do Direito Sanitário Brasileiro**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

ALCANTARA MACHADO, Carlos Augusto. A Fraternidade como Categoria Jurídico Constitucional. **Ciclo: Renovando Conhecimento**, 2011. Disponível em: <<http://www.portalciclo.com.br/>>. Acesso em: 14 jun. 2012.

ALMEIDA, Ronaldo André Castelo dos Santos de; VEIGA, Marcelo Motta. Processo de trabalho rural e EPI's: discussão sobre termorregulação corporal. **Revista P&D em Engenharia de Produção**, v. 8, n. 2, p. 29-39, 2010.

ÁLVAREZ CHAVEZ, Victor Hugo. **Mobbing, estrés y acoso em el ámbito del trabajo**. Buenos Aires: Garcia Alonso, 2009.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **Sistema de salud em Brasil: normas, gestión y financiación**. São Paulo: Hucitec; Sobral: Uva, 2002.

ANTONIL, André João. **Cultura e opulência do Brasil**. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: EDUSP, 1982.

ANTUNES, Paulo de Bessa. **Direito Ambiental**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 1996.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 6. ed. São Paulo: Cortez; Campinas: Unicamp, 1999.

AQUINI, Marco. **Fraternidade e direitos humanos**. In: BAGGIO. Antonio Maria (Org.). Vargem Grande Paulista-SP: Editora Cidade Nova, 2008. p. 137-139.

ARENDT, Hannah. **A Condição Humana**. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

ARNAUD, André-Jean. **Dicionário enciclopédico de teoria e de sociologia do direito**. Tradução de Patrice Charles, F. X. Willaume. Rio de Janeiro: Renovar, 1999.

ASENI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni; LOBATO, Cristina Danielle Pinto. Democracia participativa e efetivação do direito à saúde: quando os cidadãos vêm à cena. In: DEMOCRACIA Y DERECHOS HUMANOS: desafíos para la emancipación. Disponível em: <http://www.internacionaldelconocimiento.org/documentos/redes_academicas/Democracia_derechos_humanos.pdf#page=163>. Acesso em: 08 set. 2012.

AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. A situação do profissional de saúde ocupacional. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO, 5., 1987. Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ANMT, 1987.

BANDEIRA DE MELLO, Celso Antonio. **Elementos de Direito Administrativo**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1980.

BARRETTO, Vicente de Paulo. **O fetiche dos direitos humanos e outros temas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

BATISTELA, Carlos. **Saúde, Doença e Cuidado**: complexidade teórica e necessidade histórica. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?s_livro_id=6&area_id=2&autor_id=&capitulo_id=13&sub_capitulo_id=15&arquivo=ver_conteudo_2>. Acesso em: 22 abr. 2012.

BECK, Ulrich. **Sociedade de Risco**: rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Ed. 34, 2010.

BELMONTE, Alexandre Agra. O assédio moral nas relações de trabalho: uma tentativa de sistematização. **Revista LTR**, v. 72, n. 11, p. 1330-1332, nov. 2008.

BELTRAN, Ari Possidônio. **Direito do Trabalho e dos Direitos fundamentais**. São Paulo: LTr, 2002.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2006.

BITTENCOURT, Dário de. **Das ordenações Filipinas à Creação do Ministério do Trabalho**: A legislação social trabalhista brasileira anterior a 1930. Porto Alegre: Tipografia Thurmman, 1938.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOBBIO, Norberto. **Estado, governo, sociedade**: para uma teoria geral da política. 10. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1995.

BRANCO, Anadergh Barbosa; OLIVEIRA, Paulo Rogério Albuquerque; MATEUS, Márcia. **Epidemiologias das licenças de trabalho por doenças mentais no Brasil**. Disponível em: <http://www.prt18.mpt.gov.br/eventos/saude_mental_palestras/anadergh.pdf>. Acesso em: 12/09/2012.

BRASIL. **Lei nº 4.214**, de 02 de março de 1963.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. **História e Evolução dos Hospitais**. Rio de Janeiro. 1965. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf>. Acesso em: 27 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 91, de 10 de janeiro de 2007**. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 de janeiro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Ministério da Saúde na II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006000799.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Federal nº 1.339/GM**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978**. Brasília: Ministério da Saúde, 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatório%20Final.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. In: ARANHA, Márcio Iorico (Org.). **Direito sanitário e Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Agenda Nacional de trabalho decente – ANTD**. Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br/antd/>>. Acesso em: 18 set. 2012.

BRASIL. **Norma Regulamentadora nº 5**. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D311909DC0131678641482340/nr_05.pdf>. Acesso em: 15 set. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil (de 24 de fevereiro de 1891)**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao91.htm>. Acesso em: 10 jun. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Constituição Política do Império do Brasil (25 de março de 1824)**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao24.htm>. Acesso em: 01 ago. 2012.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho (4. Região). Agravo regimental nº 0011628-04.2010.5.04.0000. Porto Alegre, 16 de abril de 2010. **Diário Eletrônico da Justiça do Trabalho**, Porto Alegre.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho (4. Região). Mandado de segurança nº 0010898-90.2010.5.04.0000. Porto Alegre, 13 de setembro de 2010. **Diário Eletrônico da Justiça do Trabalho**, Porto Alegre.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho (4. Região). Reclamatória nº 0120700-61.2008.5.04.0010. Porto Alegre, 29 de abril de 2011. **Diário Eletrônico da Justiça do Trabalho**, Porto Alegre.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho (4. Região). Reclamatória nº 0010000-23.1997.5.04.0521. Porto Alegre, 29 de outubro de 1998. **Diário Eletrônico da Justiça do Trabalho**, Porto Alegre.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho (4. Região). Reclamatória nº 0100500-38.1997.5.04.0521. Relator: Denise Maria de Barros. Porto Alegre, 13 de julho de 1999. **Diário Eletrônico da Justiça do Trabalho**, Porto Alegre.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho (4. Região). Reclamatória nº 0176300-72.1997.5.04.0521. Porto Alegre, 13 de janeiro de 2000. **Diário Eletrônico da Justiça do Trabalho**, Porto Alegre.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho (4. Região). Reclamatória nº 0083800-44.2001.5.04.0004. Porto Alegre, 03 de novembro de 2003. **Diário Eletrônico da Justiça do Trabalho**, Porto Alegre.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho (4. Região). Reclamatória nº 0075900-09.2007.5.04.0292. Porto Alegre, 30 de outubro de 2008. **Diário Eletrônico da Justiça do Trabalho**, Porto Alegre.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho (4. Região). Reclamatória nº 0182600-59.2005.5.04.0201. Porto Alegre, 24 de setembro de 2008. **Diário Eletrônico da Justiça do Trabalho**, Porto Alegre.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho (4. Região). Reclamatória nº 0000895-09.2010.5.04.0281. Porto Alegre, 11 de novembro de 2010. **Diário Eletrônico da Justiça do Trabalho**, Porto Alegre.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho (4. Região). Reclamatória nº 0030700-67.2008.5.04.0122. Porto Alegre, 04 de junho de 2009. **Diário Eletrônico da Justiça do Trabalho**, Porto Alegre.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (1. Região). Apelação nº 200001000696420. Relator: Marcelo Albernaz. Brasília, DF, 12 de setembro de 2006. **Diário da Justiça Federal Eletrônico**, 16 out. 2006.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (1. Região). Apelação Cível nº 2006.72.06.003780-2. Relator: Des. Federal Maria Lúcia Luz Leiria. Bras, 18 de agosto de 2009. **Diário da Justiça Federal Eletrônico**, 09 set. 2009.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (4. Região). Apelação nº 5003231-59.2010.404.7110. Relator: Carlos Eduardo Thompson Flores Lenz. Porto Alegre, 24 de março de 2009. **Diário da Justiça Federal Eletrônico**, Porto Alegre.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (5. Região). Apelação nº 200781000063693, AC525220/CE. Relator: Francisco Cavalcanti. Recife, 03 de maio de 2012. **Diário da Justiça Federal Eletrônico**, 11 mai. 2012.

BRENNER, M.H.& MOONEY,A.1982. Economic change and sex-specific cardiovascular mortality in Britain (1955-76). in: **Soc. Sci.Med.**16:431-442.

BUSS, Paulo Marchiori. **O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais**. Disponível em: <<http://www.ecodebate.com.br/2010/02/12/o-conceito-de-promoção-da-saude-e-os-determinantes-sociais-artigo-de-paulo-m-buss/>>. Acesso em: 12 maio 2012.

CAMINO, Carmem. **Direito individual do trabalho**. 4. ed. Porto Alegre: Síntese, 2004.

CAMPILONGO, Celso Fernandes. **Trabalhador e o Direito à Saúde: A Eficácia das Normas Jurídicas de Proteção à Saúde do Trabalhador**. Washington, D.C., 1992.

CAMPOS, Germán José Bidart. Estudios Nacionales sobre la Constitución y el derecho a la salud – Argentina. In: EL DERECHO a la salud em las Américas. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud, 1989.

CAPRA, Fritjpf. **El punto crucial: ciencia, sociedad y cultura naciente**, Buenos Aires: Troquel 1992.

CARNEIRO, Fernando Ferreira. **A Saúde no Campo: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “bóias frias” em Unaí, Minas Gerais, 2007**. Tese (Doutorado) – Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

CARVALHO, Délton Winter de. **Dano ambiental futuro: a responsabilização civil para o risco ambiental**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

CARVALHO, Délton Winter de. **O Direito como um Sistema Social Autopoiético: Auto-Referência, Circularidade e Paradoxos da Teoria e Prática do Direito**. Disponível em:<http://simaocc.home.sapo.pt/e-biblioteca/pdf/ebc_delton.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2012.

COHN, Amélia. **A Previdência Social e o Processo Político no Brasil**. São Paulo: Moderna, 1980.

COMPARATO, Fabio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 1999.

CORRÊA FILHO, Heleno Rodrigues; SABINO, Marcos Oliveira; LORENZ, Vera Regina. **Tópicos sobre a saúde do trabalhador para a atuação da promotoria**. Disponível em: <<http://gesan.ndsr.org/docmanualespecializacao09TopicosobresaudedotrabalhadoreatuacaodaPromotoria.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2012.

CÔRTEZ, Soraya M. Vargas. Arcabouço histórico institucional e a conformação de conselhos municipais de políticas públicas. **Educ. Ver.** [online], n. 25, p. 143-174, 2005. Disponível em: <<http://educa.fcc.org.br/pdf/er/n25/n25a10.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2012.

COUTO E SILVA, Almiro do. Os indivíduos e o Estado na realização de tarefas públicas. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, n. 209, p. 45, jul./set. 1997.

CREPET, P. 1990. **La Mallatie della Disocupazione - le condizioni fisiche e psichiche di chi non ha lavoro**. Ed. Lavoro Roma. Roma, Itália.

DA SILVA, Jandira Maciel et al. **Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa**. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/630/63010413.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2012.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Direito sanitário**. Disponível em: <<http://gesan.ndsr.org/docmanualespecializacao03DireitoSanitario.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2012.

DALLARI, Sueli Grandolfi. Prefácio. In.: WEINTRAUB, Arthur Bragança de Vasconcellos; BARRA, Juliano Sarmiento. **Direito Sanitário Previdenciário e Trabalhista**. São Paulo: Quartier Latin, 2006.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 1, 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101988000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul. 2012.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Rede Brasileira de Educação em Direitos Humanos: direito à saúde**. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/educar/redeedh/bib/dallari3.htm>>. Acesso em: 07 jun. 2012.

DECCA, Maria Aparecida Guzzo de. **Indústria, trabalho e cotidiano: Brasil, 1989 a 1930**. São Paulo: Atual, 1991.

DEJOURS, Christophe. **A Banalização da Injustiça Social**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999.

DEJOURS, Christophe. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, Christophe. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. In: LANCMAN, Selma; SZNELMAN, Laerte I. (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2004.

DELDUQUE, Maria Célia. Saúde: um direito e um dever de todos. **Boletim da Saúde: Escola de Saúde Pública**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, 2010.

DELDUQUE, Maria Célia; MARQUES, Silvia Badim; SILVA, Letícia Rodrigues da. A Reavaliação do Registro de Agrotóxicos e o Direito à Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 169-175, mar./jun. 2010.

DELGADO, Gabriela Neves. **Direito fundamental ao trabalho digno**. São Paulo: LTR, 2006.

DELGADO, Mauricio Godinho. **Curso de Direito do Trabalho**. 10. ed. São Paulo: LTr, 2011.

DESEMPREGO prejudica saúde de trabalhador e família. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/noticias/?p=1285>>. Acesso em: 19 abr. 2012.

DI DOMÉNICA, Jorge F. **Enfermidades de los oficinistas e incapacidades laborativas**. Buenos Aires: 1998.

DIAS, Eduardo Rocha; MACEDO, José Leandro Monteiro de. **Curso de direito previdenciário**. São Paulo: Método, 2008.

DIAS, Elizabeth Costa et al. **Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios**. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14n6/13.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2012.

DIAS, Elizabeth Costa. Aspectos Atuais da Saúde no Brasil. In: BUSCHINELLI, José T. P.; ROCHA, Liz E.; RIGOTTO, Raquel M. **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1993. p. 138-156.

DIAS, Elizabeth Costa. **Atenção à Saúde dos trabalhadores no Setor Saúde no Brasil (SUS): realidade, utopia ou fantasia?** Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1994.

DOMINGUES, Mara Regina et al. Agrotóxicos: Risco à Saúde do Trabalhador Rural. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 25, p. 45-54, jan./dez. 2004.

DUGUIT, Léon. **Fundamentos do direito**. Porto Alegre: S. A. Fabris, 2005.

FAPESP. **Médicos ou monstros?** Escravidão impulsionou o desenvolvimento da medicina tropical. Disponível em: <<http://revistapesquisa2.fapesp.br/?art=24&bd=1&pg=1&lg=>>>. Acesso em: 06 abr. 2012.

FAUSTO, Boris. **História Concisa do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

FAUSTO, Boris. **História do Brasil**. São Paulo: EDUSP, 1996.

FEREIRA JÚNIOR, C. Sessão solene de encerramento. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO, 5., 1987, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ANMT, 1987.

FERRAJOLI, Luigi. Principia iuris. In: TEORIA del diritto e dela democrazia: Teoria dela democrazia. Roma: Editori Laterenza, 2007. v. 2.

FERRARI, Irany. **A história do trabalho, do direito do trabalho e da justiça do trabalho**. São Paulo: LTr, 1998.

FERREIRA, Gisele Rodrigues. **Direito Ambiental do Trabalho**. Disponível em: <<http://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/texto.asp?id=54>>. Acesso em: 23 maio 2011.

FIGUEIREDO, Guilherme José Purvin de. **Direito ambiental e a saúde dos trabalhadores**. São Paulo: LTr, 2000.

FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do Saber**. Petrópolis: Vozes; Lisboa: Centro do Livro Brasileiro, 1997.

FOUCAULT, Michel. **Dits et écrits -1954-1988**. Paris: Gallimard, 1994. v. IV.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1972.

GALIGARIS, Contardo. Desemprego: 1º de abr 2004. **Folha On Line**. Seção Publifolha, 17 out. 2009. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/publfolha/ult10037u398900.shtml>>. Acesso em: 05 jan. 2011.

GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. **Origem das políticas de saúde pública no Brasil: Do Brasil-colônia a 1930**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2011.

GOMES, Carlos Minayo; LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.

GOMES, Dinaura Godinho Pimentel. **Direito do trabalho e dignidade da pessoa humana, no contexto da globalização econômica: problemas e perspectivas**. São Paulo, LTR, 2005.

GONÇALVES, Claudia Maria da Costa. **Direitos fundamentais sociais**: releitura de uma constituição dirigente. Curitiba: Juruá, 2006.

GOSDAL, Thereza Cristina. **Dignidade do trabalhador**: um conceito sob o paradigma do trabalho decente e da honra. São Paulo: LTr, 2007.

GRAU, Eros Roberto. **A ordem econômica na Constituição de 1988**: interpretação e crítica. 8. ed. São Paulo: Malheiros, 2003.

HABERMAS, Jurgem. **Direito e Democracia**: Entre Facticidade e Validade. Rio de Janeiro: Ed. Tempo Brasileiro, 1997. v. 2.

HERNÁNDEZ, Jesús Maria Casal. Condiciones para la implantación o restricción de Derechos Fundamentales. **Revista de derecho de la Universidad Católica del Uruguay**, v.3, 2002.

HIRIGOYEN, Marie France. **Assédio Moral**: a violência perversa no cotidiano. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.

HUBERMAN, Leo. **História da riqueza do homem**. 11. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Trabalho e indivíduo social**: um estudo sobre a condição operária na agroindústria canvieira paulista. São Paulo: Cortez, 2001.

INDRIUNAS, Luís. **HowStuffWorks** – História da saúde pública no Brasil. Publicado em 27 de dezembro de 2007 (atualizado em 10 de julho de 2008). Disponível em: <<http://pessoas.hsw.uol.com.br/história-da-saude.htm>>. Acesso em: 29 jan. 2012.

INFORMATIVO CRQ III. **O dilema do uso de defensivos agrícolas**. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Química, III Região, 1997.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes e outros escritos**. Tradução de Leopoldo Holzbach. São Paulo: Martin Claret, 2004.

KASL, S.V. & COBB, H.1975. The experience of losing a job reporte changes in health illness behaviour . in: **Pshicosomatic Medicine**, 37:106-122

KELSEN, Hans. **Teoria pura do direito**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

KOKOL, Awdrey Frederico. Direitos fundamentais da pessoa do trabalhador, princípios constitucionais e a demissão coletiva no ordenamento jurídico brasileiro: um estudo de caso. In: Encontro Nacional do CONPEDI, 18., Fortaleza, jun. 2010. **Anais...** Florianópolis: Embraer,2010. p. 22.

KOWARICK, Lucio. **Trabalho e vadiagem**: a história do trabalho livre no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

KUGLER, Henrique. **O paraíso dos agrotóxicos**. Disponível em: <<http://cienciahoje.uol.com.br/revista-ch/2012/296/paraiso-dos-agrotoxicos/view>>. Acesso em: 14 set. 2012.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. **Saúde do trabalhador**: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. 1996. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

LAURELL, Asa Cristina. **A saúde-doença como processo social**. Disponível em: <<http://xa.yimg.com/kq/groups/23089490/574657784/name/sausedoenca.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2012.

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEMKE, Nardim Darcy. **Dicotomia Direito Privado X Direito Público**. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/22384-22386-1-PB.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2012.

LIMA, Francisco de Paula Antunes; ARAÚJO, José Newton Garcia de; LIMA, Maria Elizabeth Antunes. **L.E.R.**: lesões por esforços repetitivos: dimensões ergonômicas e psicossociais. Belo Horizonte: Livraria e Editora Health, 1998.

LÔBO, Paulo Luiz Netto. **Constitucionalização do direito civil**. Disponível em: <<http://www.direitofmc.xpg.com.br/TGDC/texto01.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2012.

LORENZETTI, Ricardo Luis. **Fundamentos do direito privado**. São Paulo: RT, 1998.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; BERTANI, Íris Fenner. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 32, n. 115, p. 121-134, enero-junio, 2007.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; BERTANI, Íris Fenner. Saúde do trabalhador: de quem é essa responsabilidade? Desafios para o Sistema Único de Saúde. In: OLIVEIRA, C. A. H; BERTANI, I. F. **Interdisciplinaridade**: integração entre saberes e práticas. Franca: Unesp, 2006.

LUDWIG, Marcos de Campos. Direito Público e Direito Privado: A Superação da Dicotomia. In: MARTINS-COSTA, Judith. **A reconstrução do direito privado**: reflexos dos princípios, diretrizes e direitos fundamentais constitucionais no direito privado. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002.

LUHMANN, Niklas. **La Sociedad de la Sociedad**. México: Ed. Herder/Universidad Iberoamericana, 2007.

LUHMANN, Niklas. **Observaciones de la Modernidad**. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 1997.

LUHMANN, Niklas. **Sociologia do Direito**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1983. v. 1.

LURIE. Ethical Dilemmas and Professional Roles in Occupational Medicine. **Social Science & Medicine**. v. 38, n.10, p. 1367-1374, 1994. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8023186>>. Acesso em: 16 jun. 2012.

MACHADO, Sidnei. **O Direito à Proteção ao Meio Ambiente de Trabalho no Brasil**. São Paulo: LTR, 2001.

MAIOR, Jorge Luiz Souto. Breves considerações sobre a história do direito do trabalho no Brasil. In: CORREIA, Marcus Orione Gonçalves (Org.) **Curso de direito do trabalho: teoria geral do direito do trabalho**. São Paulo: LTr, 2007. v. 1.

MARQUES DE LIMA, Francisco Gérson. **O professor no Direito brasileiro**. São Paulo: Método, 2009.

MARQUES, Silvia Badim. **Judicialização do direito à saúde**. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S151641792008000200005&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 10 set. 2012.

MARQUES, Silvia Badim. **O Princípio Constitucional da Integralidade de Assistência à Saúde e o Projeto de Lei n. 219/2007: interpretação e aplicabilidade pelo poder judiciário**. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rdisan/v10n2/04.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2012.

MARTINS, José Pedro Soares; RANGEL, Humberto de Araújo (Org.). **Campinas no Rumo das Comunidades Saudáveis**. Campinas, SP: IPES Editorial, 2004.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito do trabalho**. 21. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Cortez, 1998.

MAZZAMUTO, Salvatore. **Il mobbing**. Itália: Giuffrè, 2004.

MELO, Raimundo Simão de. **Meio Ambiente do Trabalho no Setor Rural**. Disponível em: <<http://www.prt15.gov.br/rural.html>>. Acesso em: 11 set. 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, René. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, n. 25, p. 341-349, 1991.

MENEGAT, Robriane Prosdocimi; FONTANA, Rosane Teresinha. Condições de trabalho do trabalhador rural e sua interface com o risco de adoecimento. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n.1, p. 52-59, jan./mar. 2010.

MICHAELIS: Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=sa%FAde>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

MIRAGEM, Bruno. **Curso de direito do consumidor**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

MIRAGEM, Bruno. **O artigo 1.228 do Código Civil e os deveres do proprietário em matéria de preservação do meio ambiente**. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/26833-26835-1-PB.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2012.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. **A arte de curar nos tempos da colônia: Limites e espaços da cura**. Recife: Fundação de Cultura Cidade do Recife, 2004.

MIRANDA, Jorge. **Manual de Direito Constitucional**. 6. ed. Coimbra: Coimbra Editora, 1997. t. 1.

MORALES, Hernan Duran. **Aspectos Conceptuales y Operativos del Proceso de Planificación de la Salud**. Santiago de Chile: Publicaciones de las Naciones Unidas, 1989.

MOTTA, L. Cayolla da; Biancathubibia Endêmico. In: ENCICLOPÉDIA Verbo Luso-Brasileira da Cultura: Edição Século XXI. Braga: Editorial Verbo, 1999. v. 10.

NARDI, Henrique Caetano. Saúde do Trabalhador. In: CATTANI, A. D. (Org.). **Trabalho e tecnologia, dicionário crítico**. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 219-224. Disponível em: <http://webensino.unicamp.br/disciplinas/FN700-292964/apoio/9/Nardi_07.doc>. Acesso em: 25 jun. 2012.

NARDI, Henrique Caetano. **Saúde, trabalho e discurso médico: relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho**. São Leopoldo: Ed. da UNISINOS, 1999.

NICOLESCU, Basarab. **O manifesto da transdisciplinaridade**. São Paulo: Triom, 1999.

NOGUEIRA, Diogo Pupo. Introdução à segurança, higiene e medicina do trabalho. In: CURSO de medicina do trabalho. São Paulo: FUNDACENTRO, 1979. 6 v.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. O desafio de construir e consolidar direitos no mundo globalizado. **Revista Serviço Social e Saúde**, n. 82, ano XXVI, jul. 2005.

NOVAIS, Fernando A. **Portugal e Brasil na crise do antigo sistema colonial (1777-1808)**. São Paulo: HUCITEC, 1979.

OLIVEIRA, Angelo Giuseppe Roncalli da Costa; SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes de. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. Departamento de Odontologia. **Odontologia preventiva e social: textos selecionados**. Natal: EDUFRN, 1997. p.114-125.

OLIVEIRA, José. **Acidente do trabalho**: teoria, prática, jurisprudência. 3. ed. São Paulo: 2007.

OLIVEIRA, José. **Acidente do trabalho**: teoria, prática, jurisprudência. 3 ed. São Paulo: 1997.

OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Indenizações por acidente do trabalho ou doença ocupacional**. 4. ed. São Paulo: LTr, 2008.

OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Proteção Jurídica à saúde do trabalhador**. 2. ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: LTr, 1998.

ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **El trabajo em el mundo**. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo, 1993. v.6.

PARRA, Antonio Yepes. El Derecho a la Salud. La Necesidad de Repensar los Derechos Sociales. **Revista Cubana de Salud Pública**, n. 25, p. 2, 1999.

PASSIEVITCH, Thais. **Taylorismo**. Disponível em:
<http://www.infoescola.com/administracao_/taylorismo/>. Acesso em: 19 abr. 2012.

PEREIRA DE CASTRO, Carlos Alberto; LAZZARI, João Batista. **Manual de Direito Previdenciário**. São Paulo: LTr, 2001.

PERES, F. **É veneno ou é remédio?** os desafios da comunicação rural sobre agrotóxicos. 1999. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1999.

PERES, Frederico; ROZEMBERG, Brani; DE LUCCA, Sérgio Roberto. Percepção de riscos no trabalho rural em uma região agrícola do Estado do Rio de Janeiro, Brasil: agrotóxicos, saúde e ambiente. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1836-1844, nov./dez. 2005.

PHILLIPE, A. 1990. Risque Suicidaire et Statut Professionnel. In: **Revue Trimestraile du SNPMT** (143): 48-52.

PERLINGIERI, Pietro. **Perfis do direito civil**: introdução ao direito civil constitucional. 3. ed. Rio de Janeiro, Renovar, 1997.

PICARELLI, Márcia Flávia Santini. Direito Sanitário do Trabalho e da Previdência Social. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

PIMENTA, Tânia Salgado. Terapeutas populares e instituições médicas na primeira metade do século XIX. In: Chalhoub, Sidney et al. (Org.). **Artes e ofícios de curar no Brasil**. Campinas: Ed. Campinas, 2003. p. 307-330.

PINTO, Marcio Morena. **O Direito da Internet**: o nascimento de um novo ramo jurídico. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/2245/o-direito-da-internet-o-nascimento-de-um-novo-ramo-juridico>>. Acesso em: 23 maio 2012.

POCHANN, Márcio. **O Emprego na Globalização**: A Nova Divisão Internacional do Trabalho e os Caminhos que o Brasil Escolheu. São Paulo: Bomtempo Editorial, 2001.

PÔRTO, Ângela. O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. **História, ciência, saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, Oct./Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702006000400013&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 abr. 2012.

PORTO, Marcelo Firpo de S.; ALMEIDA, Glucia E. S. de. **Significados e limites das estratégias de integração disciplinar**: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v7n2/10252.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2012.

POSSAS, Cristina. **Saúde e Trabalho**. São Paulo: Hucitec, 1989.

PRETTI, Josiane. **Ação regressiva do INSS nos casos de acidente do trabalho por negligência das empresas em relação às normas de segurança e higiene do trabalho**. Disponível em: <http://www.phmp.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=149:acao-regressiva-do-inss-nos-casos-de-acidente-do-trabalho-por-negligencia-das-empresas-em-relacao-as-normas-de-seguranca-e-higiene-do-trabalho&catid=41:artigos&Itemid=173>. Acesso em: 27 jun. 2012.

PREVIDÊNCIA social brasileira. Disponível em: <<http://pt.oboulo.com/previdencia-social-brasileira-66866.html>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

RAMAZZINI, Bernardino. **As doenças dos trabalhadores**. São Paulo: Fundacentro, 1992.

REALE, Miguel. **Lições Preliminares de Direito**. 24. ed. São Paulo: Saraiva, 1998.

REBOUÇAS, Antônio José Arruda et al. **Insalubridade; morte lenta no trabalho**. São Paulo: Oboré, 1989.

RESTA, Eligio. **Il Diritto fraterno**. Laterza: [s.n.], 2002.

RESTA, Eligio. **O direito fraterno**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2004.

REZENDE, Ana Lucia Magela de. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. São Paulo: Cortez, 1989.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira; TRINDADE, Jorge. **Direito Sanitário e Saúde Pública. Manual de Atuação Jurídica em Saúde Pública e Coletânea de Leis e Julgados em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 13-8, 2003.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 70013119458. Relator: Des. Wellington Pacheco Barros. Porto Alegre, 16 de novembro de 2005. **Diário da Justiça**, Porto Alegre, 09 dez. 2005.

ROCCO, Alfredo. **Principi di diritto commerciale**. Turim: Utet, 1928.

ROCHA, Júlio César de Sá da. **Direito Ambiental e Meio Ambiente do Trabalho: dano, prevenção e proteção jurídica**. São Paulo: Ltr, 1997.

ROCHA, Leonel Severo. Interpretação Jurídica e Racionalidade. **Revista da Faculdade de Direito: Universidade de Cruz Alta, Cruz Alta, ano 4, n. 4, 1º Semestre, 1999.**

ROCHA, Leonel Severo; CARVALHO, Délton Winter. **Mudanças climáticas e as implicações jurídico-principiológicas**. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CDYQFjAC&url=http%3A%2F%2Fsrvapp2s.urisan.tche.br%2Fseer%2Findex.php%2Fdireito_e_justica%2Farticle%2Fdownload%2F720%2F378&ei=HrFTUPbtCZKM9ATFsYGYCA&usq=AFQjCNEnbCertKsKGuOIRkZWDO2SGUv9Lg&sig2=cq1TomsRZjinqM82EEiAkA>. Acesso em: 14 set. 2012.

ROCHA, Liz E.; NUNES, Everaldo D. Saúde e trabalho no Brasil. In: BUSCHINELLI, José T. P.; ROCHA, Liz E.; RIGOTTO, Raquel M. **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1993. p. 79-137.

RODOTÁ, Stefano. **La vita e le regole: tra diritto e non diritto**. Milano: Feltrinelli, 2006.

RODRIGUES, Kassia. **Os manuais de fazendeiros, o governo dos escravos e medicina no século XIX**. Disponível em: <http://www.encontro2010.rj.anpuh.org/resources/anais/8/1276739419_ARQUIVO_Osmanuaisdefazendeiros,ogovernodosescravosemedicinanoséculoXIX.pdf>. Acesso em: 25 maio 2012.

ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

SALEH, Sheila Martignago. **Fraternidade e direito à saúde**: o fornecimento gratuito de medicamentos essenciais para a efetivação material do princípio da dignidade humana. Disponível em: <<http://periodicos.unesc.net/index.php/amicus/article/viewFile/578/565>>. Acesso em: 25 jun. 2012.

SANT'ANNA, Fátima Cristina Rangel. **Desemprego e saúde**: dilemas e perspectivas nas trajetórias dos trabalhadores do Estaleiro Verolme, Angra dos Reis/RJ. 2000. 86 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2000.

SANTILLI, Juliana. Os “novos” direitos socioambientais. **Revista Direito e Justiça**: reflexões sociojurídicas, ano 6, n. 9, p. 173-200, nov. 2006.

SANTOS, Vivianne. **Medicina no Brasil-colônia** - A medicina no Brasil, nos séculos XVI e XVII, era exercida por físicos, cirurgiões, boticários e barbeiros, que eram poucos, de condições humildes e pouca instrução, permitindo a proliferação do curandeirismo. Disponível em: <<http://www.hebron.com.br/Revista/n27/materia3.htm>>. Acesso em: 13 dez. 2011.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 6. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

SCHÜLLER SOBRINHO, Otacilio. Temas de Ciências Sociais. In: VIEIRA, Sebastião Ivone. **Medicina Básica do Trabalho**. Curitiba: [s.n.], 1995. v. 4, p. 489-542.

SCHWARTZ, Germano André Deoderlein. Direito à saúde: abordagem sistêmica, risco e democracia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 2, n. 1, mar. 2001. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S151641792001000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 09 jul. 2012.

SELLIGMANN-SILVA, Edith. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Ed. da UFRJ, 1994.

SILVA, José Afonso da. **Direito ambiental constitucional**. 5. ed. São Paulo: Malheiros, 2004.

SILVA, Nara Eloy Machado da. **Trabalho docente e saúde em uma instituição de ensino superior da Bahia**. Disponível em: <http://www.fae.ufmg.br/estrado/cd_viseminario/trabalhos/eixo_tematico_2/trab_docente_e_saude.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2012.

SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICOFARMACOLÓGICAS. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/media/Tabela%20-%202009.pdf>. Acesso em: 09 set. 2012.

SOARES, Márcio de Sousa. Médicos e mezinheiros na corte imperial: uma herança colonial. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2001.

SOMARRIBA, Maria das Mercês O. Medicina no escravismo colonial. In: **Textos de Sociologia e Antropologia**: n. 1. Belo Horizonte: Departamento de Sociologia da Fafich/UFMG, 1984.

SOUZA, Nivaldo. **SUS gasta menos da metade do planejado para 2012**. Disponível em: <<http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2012-09-06/sus-gasta-menos-da-metade-do-planejado-para-2012.html>>. Acesso em: 12 set. 2012.

SPINK, Mary Jane Paris. A Relação Médico-Paciente como uma “Ordem Negociada”. **Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia**, São Paulo, v. 4, n. 2, p.104-111, 1992.

SUSSEKIND, Arnaldo. **Convenções da OIT**. São Paulo: LTR, 1994.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989.

TEIXEIRA, Sonia Fleury; OLIVEIRA, Jaime. Medicina de Grupo: A medicina e a fábrica. In: GUIMARÃES, Reinaldo. **Saúde e Medicina no Brasil**. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. p. 181-206.

TELAROLLI JUNIOR, Rodolfo. **Poder e saúde**: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo. São Paulo: Editora UNESP, 1996.

TEUBNER, Gunther. Juridificação: noções, características, limites, soluções. **Revista de Direito e Economia**, Coimbra, p. 39-49, 1988.

TOJAL, Sebastião Botto de Barros. A Constituição Dirigente e o Direito Regulatório do Estado Social: o Direito Sanitário. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

TOJAL, Sebastião Botto de Barros; ARANHA, Márcio Iorio (Org.). **Curso de especialização à distância em Direito Sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal**: programa de apoio ao fortalecimento do combate social no SUS. Brasília, DF: Universidade de Brasília; Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.

TORRÉ, Abelardo. **Introducción al derecho**. 10.ed. Buenos Aires: Perrot, 1991.

VASCONCELLOS, Luis Carlos Fadel de. **A municipalização como estratégia de consolidação da saúde do trabalhador no setor saúde**. 1994. (Dissertação de Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1994.

VATICANO. **Carta Encíclica “Rerum Novarum” do Papa Leão XIII sobre as condições dos operários**. Disponível em: <http://www.vatican.va/holy_father/leo_xiii/encyclicals/documents/hf_l-xiii_enc_15051891_rerum-novarum_po.html>. Acesso em: 19 abr. 2012.

VIAL, Sandra Regina Martini. Democracia, direito e saúde: do direito ao direito à saúde. In: CONSTITUIÇÃO, sistemas sociais e hermenêutica. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora; São Leopoldo: UNISINOS, 2010, n.6, p. 166-197.

VIAL, Sandra Regina Martini. Direito fraterno na sociedade cosmopolita. **RIPE- Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos**, Bauru, v. 1, n. 46, p.119-134, jul./dez. 2006.

VIAL, Sandra Regina Martini. Saúde e determinantes sociais: uma situação paradoxal. **Revista Comparazione e diritto civile**, v. 1, p. 1-24, 2010.

VIAL, Sandra Regina Martini. Saúde: um direito fundado na fraternidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e direitos humanos**. Fundação Oswaldo Cruz, Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

VIAL, Sandra Regina Martini; KOLLING, Gabrielle. As dificuldades e os avanços na efetivação do direito à saúde: um estudo da decisão Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul x Município de Giruá. In.: RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Escola de Saúde Pública. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre, v. 24, n. 2, 2010.

WEINTRAUB, Arthur Bragança de Vasconcellos; BARRA, Juliano Sarmiento. **Direito Sanitário Previdenciário e Trabalhista**. São Paulo: Quartier Latin, 2006.

WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira; RIVERA, Soledad. O cuidado de si como princípio ético do trabalho em enfermagem. **Texto contexto - Enferm.** v. 14, n. 1, p. 111-119, 2005.

WESTPHAL, Márcia Faria; MENDES, Rosilda. Cidade Saudável: uma experiência de Interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública – RAP**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 47-61, nov./dez. 2000.

WÜNSCH FILHO, Victor. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. **Revista Brasileira de Medicina do trabalho**. Belo Horizonte, v.2, n.6, p. 103 -117, abr./jun.2004.