

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE DIREITO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO

MARIA CECÍLIA BUTIERRES

**O DIREITO À SAÚDE DO TRABALHADOR E A CONVENÇÃO 187 DA OIT:
ELEMENTOS PARA UMA TRANSIÇÃO DE PARADIGMAS NA PREVENÇÃO**

Porto Alegre
2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE DIREITO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
MESTRADO EM DIREITO

MARIA CECÍLIA BUTIERRES

**O DIREITO À SAÚDE DO TRABALHADOR E A CONVENÇÃO 187 DA OIT:
ELEMENTOS PARA UMA TRANSIÇÃO DE PARADIGMAS NA PREVENÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Direito da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção
do título de Mestre em Direito.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciane Cardoso Barzotto

Porto Alegre
2015

RESUMO

A presente dissertação objetiva analisar a definição de prevenção em matéria de segurança e saúde no trabalho proposta pela Convenção 187 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), a fim de identificar elementos que possam contribuir para o aprimoramento da tutela à saúde do trabalhador no Brasil. Essa Convenção, aprovada em junho de 2006 durante a 95ª Conferência Internacional do Trabalho, representa a mais recente atuação normativa da OIT para a prevenção de acidentes do trabalho e de doenças ocupacionais. Trata-se de um marco normativo promocional de uma nova estratégia global em prol do meio ambiente do trabalho seguro e saudável. Neste sentido, defende-se a ideia de que a Convenção 187 da OIT constitui-se em um importante campo de juridicidade que poderá colaborar, caso seja ratificada, para a promoção da saúde do trabalhador no Brasil. Depreende-se que o Brasil, por meio da Constituição Federal de 1988 e das normas infraconstitucionais posteriores (especialmente a Lei 8080/90), já iniciou uma normatização em que a prevenção à saúde do trabalhador deve ser realizada levando-se em conta todos os fatores intervenientes no meio ambiente do trabalho. Tal prevenção está em consonância com um novo paradigma de tutela, o qual preconiza a proteção ao meio ambiente do trabalho em sentido integral (paradigma emergente). No entanto, identifica-se que o atual modelo brasileiro apresenta obstáculos, vistos como desafios, para uma plena proteção ao meio ambiente do trabalho. Esses obstáculos são representados, especialmente, pelos limites de tolerância; pela culpabilização da vítima e pela cultura do EPI. Através da pesquisa, identificam-se quatro elementos na Convenção 187 da OIT que poderão contribuir para aperfeiçoar a tutela à saúde do trabalhador no Brasil, e, conseqüentemente, para uma transição de paradigmas na prevenção. São eles: 1) respeito a um meio ambiente do trabalho seguro e saudável; 2) participação ativa dos trabalhadores; 3) sistema de direitos com responsabilidades e deveres definidos; 4) máxima prioridade ao princípio da prevenção.

Palavras-Chave: Direito à Saúde do Trabalhador; Convenção 187 da OIT; Prevenção em Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

This thesis aims to analyze the definition of preventative occupational safety and health proposed by Convention 187 of International Labour Organization (ILO), to identify elements that may contribute to the improvement of tutelage for occupational health in Brazil. This Convention, approved in June 2006 during the 95th International Labor Conference, is the latest normative work of the ILO for the preventative occupational accidents and occupational diseases. This is a promotional normative framework of a new global strategy for the safe and healthy work environment. In this sense, it is defended the idea that the Convention 187 of the ILO is an important legality field that will be able to contribute, if ratified, to promote occupational health in Brazil. This infers that Brazil, through the Constitution of the Federative Republic of Brazil and subsequent infra-constitutional laws (especially Law 8080/90), it has already initiated a standardization in which the prevention of occupational health should be carried out taking into account all the factors involved in the work environment. Such a prevention is in line with a new tutelage paradigm, which advocates the protection of the work environment in its full sense (emerging paradigm). However, it is identified that the current Brazilian model presents obstacles, seen as challenges, to a full protection of the work environment. These obstacles are mainly represented by the threshold limit values, the victim-blaming and the culture of PPE. Through the research, four elements can be identified in the ILO Convention 187 that may contribute to improving the tutelage for occupational health in Brazil, and consequently for a transition of paradigm in prevention. They are: 1) respect to a safe and healthy work environment, 2) active participation of workers, 3) rights system with defined responsibilities and duties, 4) highest priority to the principle of prevention.

Keywords: Right to Occupational Health; ILO Convention 187; Preventative Occupational Health.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

ADCT – Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

AGU – Advocacia-Geral da União

CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

CIST – Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador

CIT – Conferência Internacional do Trabalho

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

CSJT – Conselho Superior da Justiça do Trabalho

CNST – Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores

CT-SST – Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho

DIEESE – Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos

DIESAT – Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes do Trabalho

EPI – Equipamento de Proteção Individual

GEISAT - Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MEC – Ministério da Educação

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

NIT – Normas Internacionais do Trabalho

NOB-SUS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde

NOST– Norma Operacional de Saúde do Trabalhador

NR–Norma Regulamentadora

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

PIACT – Programa Internacional para Melhoramento das Condições e Meio Ambiente de Trabalho

PLANSAT – Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho

PNSST – Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho

PNSTT – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais

RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SESMT – Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

SST – Saúde e Segurança no Trabalho

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

TAC – Termo de Ajuste de Conduta

TRT4 – Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região

TST– Tribunal Superior do Trabalho

UNCED – Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento

VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 DIREITO À SAÚDE DO TRABALHADOR: CONTEXTUALIZAÇÃO E DEFINIÇÃO	13
1.1 A CONTEXTUALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE.....	14
1.1.1 Definição de Direito à Saúde no Plano do Direito Internacional	14
1.1.2 Definição de Direito à Saúde no Plano do Direito Nacional	18
1.2 DIREITO À SAÚDE DO TRABALHADOR	26
1.2.1 Origens do Direito à Saúde do Trabalhador: Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador.....	26
1.2.2 O Direito à Saúde do trabalhador no Plano Internacional: A Atuação Normativa da Organização Internacional do Trabalho (OIT).....	37
1.2.3 Direito à Saúde do Trabalhador no Plano do Direito Nacional	48
2 A PREVENÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR E A CONVENÇÃO 187 DA OIT: POSSIBILIDADES E DESAFIOS	66
2.1 A PREVENÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR: PARADIGMAS DE TUTELA AO MEIO AMBIENTE DO TRABALHO	66
2.2 A PREVENÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR NA CONVENÇÃO 187 DA OIT.....	71
2.3 DESAFIOS GLOBAIS À PREVENÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR RESSALTADOS PELA OIT.....	78
2.4 DESAFIOS DO ATUAL MODELO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO EM SAÚDE NO TRABALHO	82
2.4.1 Limites de Tolerância	83
2.4.2 Culpabilização da Vítima	87
2.4.3 “Cultura do EPI”	91

3 ELEMENTOS NA CONVENÇÃO 187 DA OIT CONTRIBUTIVOS PARA O APERFEIÇOAMENTO DA PREVENÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL	95
3.1 RESPEITO A UM MEIO AMBIENTE DO TRABALHO SEGURO E SAUDÁVEL .	97
3.1.1 Da Declaração de Estocolmo à Rio + 20: A Ascensão do Paradigma Ambiental	98
3.1.2 Para Além da Saúde Ocupacional: Meio Ambiente do Trabalho numa Visão Holística.....	101
3.1.3 Direito a um Meio Ambiente do Trabalho Decente, Verde e Sustentável	105
3.1.4 A Fraternidade e o Meio Ambiente de Trabalho Digno	108
3.2 PARTICIPAÇÃO ATIVA DOS TRABALHADORES NAS MEDIDAS PREVENTIVAS	112
3.3 SISTEMA DE DIREITOS: DEVERES E RESPONSABILIDADES.....	117
3.4 MÁXIMA PRIORIDADE AO PRINCÍPIO DA PREVENÇÃO	124
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	130
REFERÊNCIAS	134
ANEXO.....	148

INTRODUÇÃO

A Convenção 187 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) constitui-se em um marco promocional para a segurança e saúde no Trabalho. As definições constantes nesta Convenção expressam a mais recente atuação normativa da OIT, versando sobre relações entre trabalho e saúde. De modo que se trata de uma Convenção representativa de uma nova estratégia global, na qual a OIT está empenhada, especialmente, voltada para a prevenção de agravos à saúde dos trabalhadores.

A atuação normativa da OIT, através de Convenções e de Recomendações, ocupa posição de centralidade para a uniformização internacional da legislação laboral, bem como para o estabelecimento de um patamar mínimo universal de proteção laboral. Essa atuação normativa ocorre de forma tripartite, de maneira que implica paridade e diálogo social entre governos, empregadores e trabalhadores para a solução de problemas comuns.

Neste sentido, a Convenção 187 da OIT, aprovada em junho de 2006 na 95ª Conferência Internacional do Trabalho, representa um importante instrumento normativo para o aperfeiçoamento da tutela à saúde do trabalhador. Essa Convenção demarcou conceitos em matéria de saúde relacionada ao trabalho, dentre os quais se destaca a definição de *Cultura Nacional de Prevenção em Matéria de Saúde e Segurança no Trabalho*. Tal definição propõe o direito a um meio ambiente seguro e saudável, em cumprimento ao princípio da prevenção, dentro de um sistema de direitos que atribua responsabilidades e deveres para os Estados e empregadores, bem como que assegure a efetiva participação dos trabalhadores.

A Convenção 187 da OIT destaca centralmente a prioridade do princípio da prevenção para assegurar um meio ambiente do trabalho seguro e saudável. Essa diretriz coaduna-se com os preceitos dos modernos paradigmas de proteção à saúde dos trabalhadores, os quais preconizam o atendimento integral ao meio ambiente do trabalho, opondo-se aos paradigmas tradicionais em que a prevenção é realizada de maneira parcial, geralmente, detendo-se a medidas individuais de proteção.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu que o meio ambiente ecologicamente equilibrado é essencial à sadia qualidade de vida, ou seja, essencial à própria saúde. Neste ambiente, inclui-se o ambiente do trabalho, considerado como aquele em que o

homem, geralmente, passa a maior parte de sua vida. No entanto, na prática, as estatísticas oficiais demonstram que o Brasil ainda possui insuficiências em seus aspectos preventivos relacionados à saúde do trabalhador. Somente em 2013 foram registrados, no INSS, 717,9 mil acidentes do trabalho. Comparado com 2012, o número de acidentes de trabalho aumentou 0,55%¹.

Neste sentido, a presente pesquisa objetiva analisar a Convenção 187 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), especialmente no que pertine à definição de *cultura nacional de prevenção em matéria de segurança e saúde no trabalho*, a fim de identificar elementos que possam contribuir para o aprimoramento da tutela à saúde do trabalhador no Brasil e, conseqüentemente, para uma transição de paradigmas de prevenção. Defende-se a ideia de que essa produção normativa da OIT traduz-se em importante campo de juridicidade, o qual poderá contribuir para a promoção e para a divulgação da prevenção em saúde do trabalhador, em respeito ao direito humano à vida.

Embora já em vigor em 27 países (em 2015 serão 31, pois entrará em vigência na França, Albânia, Eslovênia e Vietnã), o Brasil ainda não ratificou a Convenção 187 da OIT. No entanto, fortes indícios, tais como a criação da Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho (CT-SST), através da Portaria Interministerial 152/2008, com o objetivo de avaliar e propor medidas para a ratificação da Convenção 187, bem como a expedição do Decreto 7.602/2011, para instituir uma Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST, sinalizam que o Brasil está reunindo esforços para também ratificar a Convenção 187 da OIT.

De modo que “tudo indica, portanto, que brevemente a Convenção 187 da OIT será ratificada pelo Brasil, instituindo um novo paradigma quanto ao direito ao meio ambiente seguro e saudável para todos” (OLIVEIRA, 2011, p. 104). A ratificação da Convenção 187 da OIT poderá auxiliar na demonstração de que trabalhadores, empregadores e autoridades assumiram o compromisso público de fomentar uma cultura preventiva de saúde no trabalho.

A proteção à saúde do trabalhador somente através do viés reparatório significa que a saúde já foi (ou está sendo) atingida. O pagamento de adicionais de insalubridade e/ou periculosidade ou de indenizações por acidentes do trabalho ou doenças ocupacionais integram o viés o reparatório do direito à saúde do trabalhador. No entanto, esse direito

¹ Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/aeps-2013-secao-iv-acidentes-do-trabalho/>> Acesso em 30 dez. 2014.

também deve ser satisfeito no viés preventivo, de forma que devem ser garantidas medidas que salvaguardem de danos à integridade físico-psíquica do trabalhador.

A importância do aspecto preventivo do direito à saúde do trabalhador vem sendo ressaltada por diferentes instrumentos normativos internacionais, o que demonstra a atualidade do tema de pesquisa. A Declaração de Seul de 2008 expressamente destaca, como ação prioritária, a necessidade de fomento de uma cultura nacional de prevenção em matéria de SST, através da ratificação da Convenção 187 da OIT. Além disso, o Plano de Ação Mundial sobre Saúde dos Trabalhadores 2008-2017 da Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a necessidade de construção e da implementação da prevenção em saúde no trabalho. O Marco Estratégico da União Europeia em Matéria de Segurança e Saúde 2014-2020 destaca que é necessário criar um ambiente seguro e saudável de trabalho ao longo de toda a vida ativa do trabalhador. Para tanto, o fomento da prevenção em matéria de saúde no trabalho é essencial.

Ultimando esta parte introdutória, cabe ressaltar que este trabalho encontra-se dividido em três capítulos. No primeiro, realizou-se uma contextualização e definição do direito à saúde do trabalhador. Iniciou-se pela definição de direito à saúde no plano do direito internacional para, posteriormente, tratá-lo no plano do direito nacional. Após, ingressou-se no tratamento específico do direito à saúde do trabalhador, o qual foi contextualizado através de sua distinção da perspectiva da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Após, essa contextualização, o tratamento do direito à saúde do trabalhador foi primeiramente definido no plano do direito internacional, tendo como norte a atuação normativa da Organização Internacional do Trabalho (OIT), para, depois, defini-lo no contexto do direito nacional.

No segundo capítulo, tratou-se da prevenção em saúde do trabalhador, através da análise dos paradigmas de tutela ao meio ambiente do trabalho, bem como se ingressou no exame da Convenção 187 da OIT, investigando o conceito de cultura nacional de prevenção em matéria de saúde e segurança. Após a articulação entre a teoria de prevenção em saúde do trabalhador e a Convenção 187 da OIT, identificou-se desafios. Primeiramente, abordou-se os desafios globais ressaltados nos documentos (informes oficiais e relatórios) da OIT para a prevenção à saúde do trabalhador e, posteriormente, os desafios presentes no atual modelo brasileiro de prevenção em saúde no trabalho.

No terceiro capítulo, identificou-se elementos na definição de cultura nacional de prevenção em matéria de saúde e segurança no trabalho, proposta pela Convenção 187 da

OIT, que poderão contribuir para o Brasil aprimorar a tutela à saúde do trabalhador. Ou seja, elementos que poderão contribuir para que o país possa ingressar integralmente em um paradigma de prevenção em que o respeito ao meio ambiente seguro e saudável ocupe posição de centralidade.

A presente pesquisa classifica-se como qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, a qual se utilizou de um conjunto de técnicas viabilizadoras para uma aproximação com o objeto de estudo: revisão do estado da arte, análise documental e especialmente pesquisa bibliográfica. A atualidade e a relevância social do tema de pesquisa, o qual versa sobre a prevenção em saúde do trabalhador em respeito ao direito humano à vida e ao princípio da dignidade humana, justificam por certo o aprofundamento de seu estudo.

1 DIREITO À SAÚDE DO TRABALHADOR: CONTEXTUALIZAÇÃO E DEFINIÇÃO

O objetivo central deste primeiro capítulo será contextualizar e definir o direito à saúde do trabalhador. Trata-se de uma complexa tarefa cujo resultado não poderá ser considerado exato, pois “falar da saúde é sempre difícil. Evocar o sofrimento e a doença é, em contrapartida, mais fácil: todo mundo o faz. Como se, a exemplo de Dante, cada um tivesse em si experiência suficiente para falar do inferno e nunca do paraíso” (DEJOURS, 1992, p. 11). Silva (2008), neste mesmo sentido, observa que a definição de saúde é uma “luta inglória”, diante de toda gama de situações que pode ser incluída em seu conteúdo.

Em face da dificuldade de colacionar um conceito único que defina o direito à saúde, analisa-se os principais contornos que esse direito pode assumir no plano do direito internacional e no plano do direito nacional. Esta contextualização justifica-se porque se segue o pensamento de Silva (2008, p. 81), no sentido de que “não há como discorrer sobre o direito à saúde do trabalhador sem antes colacionar uma noção do que é o direito à saúde, porquanto se trata de um gênero do qual aquele é espécie”.

Após o exame do direito à saúde, será analisada a definição específica do direito à saúde do trabalhador, tanto no plano do direito internacional (focando-se na atuação normativa da OIT), quanto no plano do direito nacional. Porém, antes disso, será realizada uma contextualização do direito à saúde do trabalhador. Neste sentido, dissertar-se-á sobre o percurso conceitual da relação saúde-trabalho, através da distinção entre Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador. O objetivo que se pretende com essa distinção é propiciar elementos que contribuam para a identificação do conteúdo do direito à saúde do trabalhador. Uma vez que “evidente que esse direito precisa ser bem definido, encontrando-se o seu conteúdo essencial, para que seja possível conceitua-lo ou pelo menos oferecer sua nítida noção” (SILVA, 2008, p. 81).

1.1 A CONTEXTUALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

1.1.1 Definição de Direito à Saúde no Plano do Direito Internacional

A Declaração Universal dos Direitos Humanos e o Pacto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais constituem-se referências centrais no plano do direito internacional para o reconhecimento universal do direito à saúde. Aith (2010) salienta que esses dois documentos internacionais destacam-se ao atrelar a concepção de direito à saúde aos direitos humanos. Nesta linha, Sarlet (2007a) cita o pioneirismo da previsão expressa na Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1948, para a definição de direito à saúde. Para esta Declaração, todos têm direito ao repouso, ao lazer e a:

(...) um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família *saúde* e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos, e serviços sociais indispensáveis, o direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice, ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. (*grifou-se*) (ONU, DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, art. 25, I).

O Pacto dos Direitos Sociais, Econômicos e Culturais, tratado estabelecido pela Resolução n. 2.200 – A, da Assembleia Geral das Nações Unidas, reconhece expressamente o direito à saúde. Esse Pacto foi aprovado em 1966, mas somente ratificado pelo Brasil em 1992. No artigo 12, estabelece:

§1 Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental.

§2 As medidas que os Estados-partes no presente Pacto deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:

- a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças.
- b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente.
- c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças.
- d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade. (ONU, PACTO INTERNACIONAL DOS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS, 1966).

A alínea “b”, § 2º, desse citado artigo 12, expressamente inclui a necessidade de medidas de melhoria em matéria de higiene e meio ambiente do trabalho, bem como a alínea “c”, §2º, desse mesmo artigo, inclui a “prevenção e o tratamento de doenças profissionais”. A melhoria de aspectos do trabalho e do meio ambiente contribui para a promoção do direito à saúde dos trabalhadores visto que implica estratégias específicas para a prevenção e recuperação da saúde dos que trabalham, os quais estão sujeitos a um adoecimento específico provocado pelas condições e pela organização do trabalho. De modo que o Pacto dos Direitos Sociais, Econômicos e Culturais evidencia a necessidade de medidas de saúde do trabalhador para assegurar o pleno exercício do direito à saúde.

A Declaração Universal de Direitos Humanos e do Pacto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais constituem-se exemplos da “consagração no plano jurídico-positivo de um direito fundamental à saúde no direito internacional” (SARLET, 2007a, p. 3).

A definição expressa do conteúdo do direito à saúde pode ser encontrada na Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS). Adotada pela Conferência Sanitária Internacional de 1946, a Constituição da OMS define: “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades” (OMS, CONSTITUIÇÃO, 1946).

Esse conceito da OMS difundiu-se mundialmente como referencial do conteúdo do direito à saúde. Isso porque, a partir dessa definição, a Constituição da OMS enunciou os “grandes pilares que regem o Direito Internacional no que se refere à área da saúde” (AITH, 2008, p. 72). São eles:

- 1) o gozo do melhor estado de saúde possível de ser atingido é um direito fundamental de todo ser humano, sem distinção de raça, de religião, de opção política ou de condição econômica e social;
- 2) A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados;
- 3) Os resultados alcançados por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos;
- 4) O desigual desenvolvimento em diferentes países no que tange à promoção de saúde e combate às doenças, especialmente contagiosas, constitui-se num perigo comum;

- 5) O desenvolvimento saudável da criança é de importância basilar; a aptidão para viver harmoniosamente num meio variável é essencial a tal desenvolvimento;
- 6) A extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para atingir o mais elevado grau de saúde;
- 7) A opinião pública esclarecida e a cooperação ativa da parte do público são de uma importância capital para o melhoramento da saúde dos povos;
- 8) Os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas (OMS, CONSTITUIÇÃO, 1946).

A definição de saúde realizada pela OMS em 1946 foi considerada à época como um avanço, por trazer uma visão ampliada de saúde, ultrapassando reducionismos que a consideravam simplesmente como a ausência de doenças. No entanto, ela não pode ser repetida sem que sejam feitas algumas ressalvas. A definição de saúde como um “completo bem-estar físico, mental e social” é frequentemente criticada em razão de sua alta carga de subjetividade e de utopia, pois não há como definir objetivamente o que é um “completo estado de bem-estar”. Nesse sentido, Segre e Ferraz (1997, p. 539): “essa definição, até avançada para a época em que foi realizada, é no momento, irreal, ultrapassada e unilateral”.

Outro argumento, crítico ao conceito de saúde da OMS, tem sido no sentido de que essa definição não leva em consideração o fato de que a saúde não é um estado estável, mas sim uma condição em permanente mutação.

A definição internacional diz que a saúde seria esse estado de conforto, de bem-estar físico, mental e social...Gostaríamos de tecer uma crítica a essa definição. Em nosso entender, há duas razões para esta crítica: a primeira é que esse estado de bem-estar e de conforto, se nos aprofundarmos um pouco mais, é impossível de definir. Gostaríamos que nos dessem uma definição desse perfeito estado de bem-estar. Não sabemos o que é e cremos que não haja esclarecimentos consideráveis sobre a questão. É muito vaga. Implícita e intuitivamente, sabe-se que isso significa alguma coisa, mas quando se trata de defini-la, não é muito simples. E a segunda crítica a fazer é que, no fundo, esse perfeito e completo estar de bem-estar...não existe! [...] esse estado de bem-estar é qualquer coisa sobre a qual temos uma ideia. Em última instância, poderíamos considerar como sendo um estado ideal, que não é concretamente atingido, podendo ser simplesmente uma ficção, ou seja, uma ilusão, alguma coisa que não se sabe muito bem no que consiste, mas sobre a qual se tem esperanças. (DEJOURS,1986, p. 8).

Lunardi (1999) adverte que a repetição do conceito de saúde da OMS, sem a devida criticidade, permite o uso político legitimador de estratégias autoritárias de controle, sob a argumentação de que se trata de uma afirmação do “bem-estar” coletivo. O inverso também é verdadeiro, pois permite a caracterização como “patológico” de tudo aquilo que é contrário ao definido (politicamente) como “completo bem-estar”.

A definição de saúde divulgada pela OMS em 1946 foi alvo de constantes críticas, “especialmente, os trabalhadores sanitários a questionaram, afirmando que ela corresponde à definição da felicidade, que estado de completo bem-estar é impossível de alcançar e que, além disso, ela não é operacional” (DALLARI, 2008, p. 94). No entanto, apesar das críticas realizadas à definição de saúde proposta pela OMS, a maioria dos trabalhos que buscam a sua definição acabam concluindo (de modo tautológico) que a saúde deve ser entendida como a busca constante do estado de completo bem-estar porque “qualquer redução na definição desse objeto o deformará irremediavelmente” (DALLARI, 2008, p. 94).

Em 1975 (portanto, 29 anos depois da definição de saúde realizada no preâmbulo da Constituição da OMS), a OMS, na Série de Informes Técnicos nº 571 sobre “Detecção Precoce da Deterioração da Saúde devido à Exposição profissional”, repetiu que a “saúde não é uma mera ausência de enfermidade, mas também um estado de ótimo bem estar físico, mental e social”. No entanto, a OMS acrescentou que a saúde também depende das condições de trabalho (o que ressalta o trabalho como um determinante da saúde), acentuando o caráter prático da definição de saúde:

A saúde não é algo que alguém possua como um bem, mas sim em realidade, uma forma de funcionar em harmonia com seu meio (trabalho, ócio, forma de vida em geral). Não somente significa estar livre de dores ou enfermidades, mas também a liberdade para desenvolver e manter suas capacidades funcionais. A saúde se desenvolve e se mantém por uma ação recíproca entre o genótipo e o meio total. Como o meio de trabalho constitui uma parte importante do meio total em que vive o homem, a saúde depende em grande medida das condições de trabalho. No entanto, a definição de saúde e os objetivos da higiene do trabalho devem ter um caráter mais prático (OMS, SÉRIE DE INFORMES TÉCNICOS Nº 571, 1975).

O caráter prático da definição de saúde, defendido por esse conceito da OMS, incita a pactuação pela comunidade, de modo que instituições, gestores e conselhos de participação popular construam permanentemente o que entendem por direito à saúde. Nesta linha, Dallari (2008, p. 100) explica que a efetividade do direito à saúde necessita que “a expressão ‘direito

à saúde' tenha o mesmo sentido para as pessoas em geral. Esse sentido só pode ser encontrado pelas próprias pessoas da comunidade interessada, devendo ser permanentemente construído”.

Nesta complexidade reside a dificuldade em colacionar um conceito único de saúde. Scliar (2007, p. 30) explica que “o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social”. No Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, reconheceu que “a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (BRASIL. RELATÓRIO FINAL DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986). Passa-se, então, a análise do direito à saúde no Brasil.

1.1.2 Definição de Direito à Saúde no Plano do Direito Nacional

A Constituição Federal de 1988 foi “a primeira Constituição brasileira que reconheceu o direito à saúde expressamente como direito fundamental” (SARLET, 2007, p. 3). De forma que, assegurou genericamente o direito à saúde, no art. 6º, juntamente, com demais direitos sociais²:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a *saúde*, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Direitos sociais são direitos em que o Estado tem o dever de realizar prestações positivas a fim de possibilitar o atendimento das necessidades humanas básicas, portanto, são

² Em nosso ordenamento nacional todos os direitos sociais são fundamentais: “(...) firma-se aqui posição em torno da tese de que – pelo menos no âmbito do sistema de direito constitucional positivo nacional – todos os direitos sociais são fundamentais, tenham sido eles expressa ou implicitamente positivados, estejam eles sediados no Título II da CF (dos direitos e garantias fundamentais) ou dispersos pelo restante do texto constitucional ou mesmo que estejam (também expressa e/ou implicitamente) localizados nos tratados internacionais regularmente firmados e incorporados pelo Brasil” (SARLET, 2007b. p. 329).

direitos em que se destaca a necessidade de intervenção estatal³. A inclusão da saúde dentre os direitos sociais significa que o Estado possui o dever de realizar prestações positivas, através de políticas públicas e ações governamentais, a fim de possibilitar a prevenção, reparação e promoção da saúde.

Especificamente, a Constituição Federal de 1988 assegurou o direito à saúde nos artigos 196 a 200. No artigo 196, a Constituição de 1988 dispôs expressamente:

Art. 196: 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 a promoção, proteção e recuperação.

A saúde, como direito de todos, é um direito difuso (transindividual, de natureza indivisível, cujos titulares são pessoas indeterminadas e ligadas por circunstâncias de fato), que visa o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, prevenção e recuperação (FIORILLO, 2004). O artigo 196 da Constituição Federal, ao enunciar a saúde como um direito de todos, a tratou como um direito fundamental de caráter universal.

De modo que, a partir da Constituição de 1988, o direito à saúde no Brasil passou a ser tratado como um direito fundamental. Luño (2005, p. 46) destaca que “com a noção dos direitos fundamentais alude-se àqueles direitos humanos garantidos pelo ordenamento jurídico positivo, na maioria dos casos na normativa constitucional, e que costumam gozar de uma tutela reforçada”. Neste sentido, “o processo de consolidação do Direito Sanitário no Brasil acelerou-se de forma bastante intensa a partir do reconhecimento da saúde como um direito fundamental pela Constituição de 1988” (AITH 2008, p. 67).

No Brasil, o direito à saúde é objeto do Direito Sanitário, o qual se compõe por um conjunto de normas que enunciam o direito à saúde como um direito fundamental cuja finalidade maior é a promoção, prevenção e recuperação da saúde (DALLARI, 2003).

³ “Os direitos sociais de natureza positiva (prestacional) pressupõem seja criada ou colocada à disposição a prestação que constitui seu objeto, já que objetivam a realização da igualdade material, no sentido de garantirem a participação do povo na distribuição pública de bens materiais e imateriais” (SARLET, 2009, p. 282).

O Direito Sanitário não pode ser classificado rigidamente como pertencente ao Direito Público ou ao Direito Privado porque:

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 tem 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 (DALLARI, 2003, p. 48).

Antes da Constituição de 1988, o direito à saúde era restrito àqueles que podiam pagar assistência médica privada ou àqueles trabalhadores formais que contribuíaam ao Instituto Nacional de Previdência Social (dentro de uma nítida concepção de cidadania regulada). Para aqueles que não se enquadravam em nenhuma dessas hipóteses, restava a ação de misericórdia; caridade. Tratava-se de um sistema de saúde marcado pela restrição ao acesso às ações e aos serviços oferecidos (WEBER, 2010).

O recrudescimento dos movimentos sociais, a partir do final dos anos 1970 e da década de 1980, propiciaram as bases para a luta por uma nova concepção de direito à saúde no Brasil que culminou com a Constituição Federal de 1988. Neste contexto de movimentos ou mudanças sociopolíticas ocorridas no Brasil a partir dos anos 70, destaca-se, para o direito à saúde, o Movimento pela Reforma Sanitária.

A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (AROUCA, 1998, p.3).

O Movimento pela Reforma Sanitária reivindicou e conquistou a inscrição do direito à saúde na Constituição de 1988 através de um sistema regionalizado, unificado e descentralizado de ações e serviços de saúde. Um sistema estruturado em princípios fundamentais expressos na universalização no atendimento e da cobertura, na integralidade e na equidade da atenção à saúde. Esse movimento é importante para o estudo da Saúde do Trabalhador porque, como explica Nardi (2002, p. 283), “o termo Saúde do Trabalhador surge

no Brasil no bojo do Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil a partir da década de 1980, tendo a Reforma Sanitária Italiana como seu exemplo inspirador”.

A materialização das propostas do Movimento pela Reforma Sanitária iniciou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986. O relatório final da 8ª Conferência de Saúde dispôs expressamente que:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços 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. (BRASIL, RELATÓRIO FINAL VIII CONFERÊNCIA DE SAÚDE, 1986).

A consolidação do direito à saúde na Constituição de 1988 é resultante do processo de redemocratização do país, em que uma nova concepção de saúde foi proposta. Mas, não basta apenas a enunciação do direito à saúde como um direito universal, é necessária também sua garantia. Por isso, a Constituição estabeleceu, no próprio artigo 196, que o direito à saúde é “garantido mediante políticas sociais e econômicas”. De forma que, “é por intermédio das políticas públicas que se busca a efetivação do acesso à saúde de maneira universal e igualitária” (DELDUQUE, 2008, p. 107)

O direito à saúde caracteriza-se, conforme explica Sarlet (2007a) por sua dupla dimensionalidade: uma dimensão positiva, no sentido do direito à saúde como direito a prestações materiais, e dimensão negativa, no sentido de um direito que deve ser protegido contra qualquer agressão de terceiros.

O direito à saúde pode ser considerado como constituindo simultaneamente direito de defesa, no sentido de impedir ingerências indevidas por parte do Estado e terceiros na saúde do titular, bem como - e esta a dimensão mais problemática - impondo ao Estado a realização de políticas públicas que busquem a efetivação deste direito para a população, tornando, para além disso, o particular credor de prestações materiais que dizem com a saúde (...) (SARLET, 2007a, p. 8).

Reforçando a dimensão positiva do direito à saúde, no sentido do dever estatal de realizar prestações positivas através de políticas públicas para a sua efetivação, repete-se que o artigo 6º da Constituição Federal incluiu o direito à saúde dentre os direitos sociais. Comparando com os

ditos direitos de primeira geração, os direitos sociais, tais como o direito à saúde (considerados de segunda geração)⁴ permitem maior visibilidade da característica da necessidade de uma contraprestação, de modo a ensejar uma atuação positiva estatal. Trata-se de uma peculiaridade que os direitos sociais prestacionais apresentam para a realização da igualdade.

Entretanto, o fato da maioria desses direitos necessitarem de uma atuação positiva do Estado, no sentido de realizar uma prestação em prol da coletividade, ou do cidadão individualmente considerado, faz com que esses direitos adquiram problemas de efetividade. Isso porque, a despeito de todos os direitos implicarem em um custo para sua efetivação, é certo que os direitos sociais prestacionais implicam em uma maior alocação de recursos para se materializarem (SARLET, 2008). O custo dos direitos passa a ser visto como problemático quando propagado que o Estado não possui recursos suficientes para a promoção e para a implementação de todos os direitos de modo universal, de maneira que necessita realizar escolhas em relação à forma, ao modo e ao destino que dará aos recursos. Na prática, essa limitação de recursos acaba se constituindo, por vezes, em limitação da materialização de direitos.

Especificamente no caso do direito à saúde, essa problemática passa a ser ainda mais dramática. Não é necessária nenhuma análise mais profunda para constatar que, no caso brasileiro, o direito à saúde sofre claros problemas de efetividade em razão da propagada insuficiência de recursos públicos. Diante do descumprimento dos entes federativos em desenvolver políticas públicas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, muitas vezes o cidadão acaba privado de um dos direitos mais elementares, que é o direito à saúde. Por isso, atualmente, na tentativa de alcançar o direito à saúde, muitos indivíduos têm recorrido ao Poder Judiciário. Essa busca pelo Judiciário tem dado origem a um problema muito atual: a judicialização do direito à saúde.

⁴ Comumente, os direitos sociais são classificados como “direitos de segunda geração”. Essa classificação é utilizada fundamentalmente para fins didáticos, pois se presta a delimitar o momento histórico em que direitos fundamentais passaram a ser reconhecidos pela maioria dos Estados. Ressalta-se, entretanto, que, obviamente, ela não consegue explicar toda a complexidade do processo de formação histórica e social dos direitos, marcada dialeticamente por avanços, retrocessos e contradições. Ademais, a ressalva também é feita porque se trata de uma classificação a qual pode passar a equivocada ideia de gerações de direitos que vigeram em determinado momento, mas foram substituídas pelas gerações subsequentes, ou seja, tiveram seu fim com o surgimento de uma nova geração. É sabido que o desenvolvimento dos direitos fundamentais não ocorreu de forma linear. Na medida em que foram surgindo novas gerações de direitos, as anteriores não deixaram de existir, ao contrário, em alguns casos, fortaleceram-se adquirindo novos contornos que se adaptavam melhor aos novos tempos. É importante, ainda, admitir a seguinte crítica: trata-se apenas de uma classificação e, “como todas as classificações, essa é uma que reduz o entendimento da coisa classificada, razão pela qual é preciso usá-la com as reservas que se fazem necessárias” (LIMA JUNIOR, 2002. p. 658).

A crescente procura pelo Judiciário denota a crise que o Sistema Único de Saúde vem perpassando, mostrando deficiências para gerir as ações e serviços públicos de saúde de modo igualitário e equitativo, como prevê a Constituição Federal de 1988. No entanto, é importante que se ressalte que o direito à saúde, como um direito fundamental, possui um núcleo, o qual seria o “mínimo existencial”, que indicaria o conteúdo mínimo de concreção dos direitos; vedado ao Estado omitir-se ou realizar conduta que frustre a materialização desse mínimo. O “mínimo existencial” tem sido considerado como importante limitativo à “reserva do possível”⁵.

No entanto, não pode ser esquecido o fato de que os direitos sociais, como é o caso do direito à saúde, são condicionantes para o efetivo exercício da cidadania, bem como, em sentido mais amplo, para o exercício da própria democracia, razão pela qual deve haver a devida ponderação entre “mínimo existencial” e “reserva do possível”. Nesse sentido, a saúde, como “mínimo existencial”, impõe ao Estado o dever de promover o acesso e de realizar ações para a materialização desse direito. Isso porque o direito à saúde implica a responsabilidade do Estado pela prestação, promoção e recuperação dos serviços públicos de saúde, de modo universal e equitativo (SARLET, 2009).

A Constituição Federal de 1988, marcada pela participação de movimentos sociais e sindicais, representou uma grande conquista para dar visibilidade ao direito à saúde de modo universal e equitativo. Dentre essas conquistas, destacam-se as diretrizes básicas organizadoras do sistema de saúde, postas no artigo 198. Nesse artigo, constam as principais diretrizes as quais as ações e serviços públicos de saúde devem seguir: descentralização, atendimento integral e participação na comunidade.

A descentralização preceitua a transferência de responsabilidades de gestão para os municípios (o que não isenta o governo federal e o governo dos estados de arcarem com suporte técnico, operacional e financeiro). O atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, impõe que as ações de promoção, proteção e recuperação de saúde ocorram de forma articulada, considerando o indivíduo em sua totalidade. Já a participação da comunidade constitui-

⁵ “De acordo com a noção de reserva do possível, a efetividade dos direitos sociais a prestações materiais estaria sob a reserva das capacidades financeiras do Estado, uma vez que seriam direitos fundamentais dependentes de prestações financiadas pelos cofres públicos. A partir disso, a “reserva do possível” passou a traduzir (...) a ideia de que os direitos sociais a prestações materiais dependem da real disponibilidade de recursos financeiros por parte do Estado, disponibilidade esta que estaria localizada no campo discricionário das decisões governamentais e parlamentares, sintetizadas no orçamento público” (SARLET, 2009. p. 282).

se em elemento indispensável para uma gestão democrática e transparente do sistema. Possibilita o controle social na definição dos rumos da política de saúde e na sua fiscalização.

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, regulamentou o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, dispondo sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; bem como estabeleceu os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo.

Para a satisfação do direito à saúde, é preciso levar em consideração o fato de que o Brasil adotou uma concepção ampliada de direito à saúde. No sentido de abranger os determinantes sociais de saúde⁶, ou seja, as condições de vida e de trabalho como condicionantes do processo saúde/doença. Essa concepção de saúde propõe a superação do modelo clínico curativo monocausal, em que a explicação da doença está num único fator (o agente biológico), para alcançar um paradigma de atenção integral em saúde. Delduque (2010, p. 97) salienta que a proteção jurídica à saúde, através de seu tratamento como um direito fundamental, implica considerar outros fatores, além do biológico, como parte do processo saúde-doença:

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. 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 médico (DELDUQUE, 2010, p. 97).

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser definida não apenas como a ausência de doenças, mas como resultante da presença de condições de alimentação, educação, salário, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade e etc.

⁶ “Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, ou, de acordo com a frase de Tarlov, ‘as características sociais dentro das quais a vida transcorre’. Os determinantes sociais de saúde apontam tanto para as características específicas do contexto social que afetam a saúde, como para a maneira com que as condições sociais traduzem esse impacto sobre a saúde” (SOLAR; IRWIN, 2005).

A Lei 8080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde - LOS⁷, regulamentou os dispositivos constitucionais, estabelecendo os determinantes sociais como componentes da concepção de direito à saúde. Dispõe o 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 (BRASIL, LEI 8080/90).

Para o atendimento do direito à saúde, uma série de condições que promovam o bem estar completo do ser humano devem ser atendidas. Dentre elas, deve estar incluído o meio ambiente. O sistema jurídico brasileiro aborda a relação entre meio ambiente e saúde no artigo 225 da Constituição Federal de 1988. Esse artigo assegura a todos o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, impondo ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e de preservá-lo para as presentes e futuras gerações. Tal dispositivo é categórico ao afirmar que o meio ambiente ecologicamente equilibrado é essencial à sadia qualidade de vida, ou seja, essencial à própria saúde.

Daí se infere a importância essencial do meio ambiente e dos mecanismos que o projetam e preservem, para que sejam fornecidos fundamentos para o estabelecimento da saúde. Claro está que só o meio ambiente não assegura a saúde, mas é elemento indispensável, sem o qual aquela deixa de existir. Desse modo apreende-se que o legislador constituinte optou por tutelar de forma imediata a qualidade do meio ambiente e de forma mediata a saúde, o bem-estar e a segurança da população, que vem sintetizada na expressão qualidade de vida (SANTOS, 2002, p. 99).

A proteção da saúde está diretamente vinculada a um meio ambiente sadio, de forma que está tutelado pelo ordenamento constitucional o equilíbrio entre o meio ambiente e a incolumidade física e psíquica dos cidadãos. O meio ambiente, inclui o meio ambiente do trabalho, por isso maiores considerações sobre o direito ao meio ambiente seguro e saudável e sua positivação na Constituição Federal de 1988 serão feitas no capítulo 3 desta dissertação.

A saúde é definida não como um conceito abstrato e indeterminado, mas sim como um direito fundamental, o qual deve ser atendido tanto através de premissas básicas que estão inscritas na Constituição, como direitos sociais, quanto através do efetivo funcionamento das

⁷ Juntamente com a Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

ações e serviços de saúde sistematicamente organizado. A Lei 8080/90, ao tratar sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, definiu saúde como “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (art. 2). A seguir, far-se-á menção ao tratamento do direito à Saúde do Trabalhador.

1.2 DIREITO À SAÚDE DO TRABALHADOR

1.2.1 Origens do Direito à Saúde do Trabalhador: Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador

Não há na doutrina uma classificação rígida quanto ao enquadramento conceitual referente à Medicina do Trabalho, à Saúde Ocupacional e à Saúde do Trabalhador. De modo que são tratadas como ‘etapas relativas às abordagens do processo saúde-doença dos trabalhadores’ ou ‘modelos de tratamento da relação saúde-doença dos trabalhadores’; ou ainda ‘campos teórico-interventivos relativos à saúde-doença dos trabalhadores’ (OLIVEIRA, 2011; SILVA, 2008; MENDES; DIAS, 1991; NARDI, 2002; LACAZ, 2007; VASCONCELLOS, 2011; MINAYO-GOMEZ, 2011). Utilizando-se como referência Mendes e Dias (1991), opta-se pela não rigidez terminológica. Isso porque o objetivo que se pretende com esta distinção, entre Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador, é identificar, através da origem conceitual, elementos compositivos do conteúdo do direito à saúde do trabalhador sob a perspectiva da Saúde do Trabalhador. Para tanto, necessário perquirir que perspectiva é essa e em que ela diferencia-se de outras abordagens relativas ao processo saúde-doença dos trabalhadores.

Conforme Mendes e Dias (1991, p. 341), “a medicina do trabalho enquanto especialidade médica surge na Inglaterra, na primeira metade do século XIX, com a Revolução Industrial”. No entanto, sua expansão somente veio de fato a ocorrer na primeira metade do século XX (OLIVEIRA, 2011). Fatores, como a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT), no ano de 1919, preconizando, através de Convenções e Recomendações, a proteção à ‘saúde dos trabalhadores’, e as exigências do modo de

acumulação capitalista, pautado na estratégia taylorista-fordista⁸, impulsionaram a expansão de serviços de Medicina do Trabalho no interior das empresas.

A Recomendação n.112 da OIT publicada em 1959 exerceu forte contribuição para que se difundissem os serviços de medicina do trabalho no interior das empresas. Dias e Mendes (1991, p. 342) ressaltam que “este primeiro instrumento normativo de âmbito internacional passou a servir como referencial e paradigma para o estabelecimento de diplomas legais nacionais (onde, aliás, baseia-se a norma brasileira)”. No primeiro item dessa Recomendação consta que o serviço de medicina do trabalho é destinado a: a) proteger os trabalhadores contra todo risco à sua saúde que possa decorrer do seu trabalho ou das condições em que este é realizado; b) contribuir para a adaptação física e mental dos trabalhadores, em particular para a adequação do trabalho aos trabalhadores e pela sua colocação em lugares de trabalho correspondentes às suas aptidões; c) contribuir para o estabelecimento e a manutenção do mais alto grau possível de bem-estar físico e mental dos trabalhadores (OIT, RECOMENDAÇÃO Nº 112, 1959).

Na concepção da Recomendação 112 da OIT, o serviço de Medicina do Trabalho restringe-se a atuação do médico no interior do local de trabalho, bem como é atribuído ao médico a tarefa de realizar a adaptação do trabalhador. De forma que “tanto a expectativa de promover a ‘adaptação’ do trabalhador, quanto a da ‘manutenção de sua saúde’, refletem a influência do pensamento mecanicista na medicina científica e na fisiologia” (MENDES; DIAS, 1991, p. 342-3).

Essa premissa da Medicina do Trabalho é importante para o estudo da prevenção de agravos à saúde do trabalhador porque revela as insuficiências dos parâmetros que se detém na atuação unicausal, do médico, sobre riscos específicos, através principalmente da medicalização. A Medicina do Trabalho prioriza a visão de que o médico possui o

⁸ Taylorismo: “sistema de organização do trabalho, especialmente industrial, baseado na separação das funções de concepção e planejamento das funções de execução, na fragmentação e na especialização das tarefas, no controle de tempos e movimentos e na remuneração por desempenho. O Taylorismo é uma estratégia patronal de gestão/organização do processo de trabalho e, juntamente com o fordismo, integra a Organização Científica do Trabalho” (CATTANI, 2002. p. 309). “Fordismo é um termo que se generalizou a partir da concepção de Gramsci, que o utiliza para caracterizar o sistema de produção e gestão empregado por Henry Ford em sua fábrica, a Ford Motor Co., em Highland Park, Detroit, em 1913. (...) Hoje, o termo tornou-se a maneira usual de se definirem as características daquilo que muitos consideram constituir-se um modelo/tipo de produção, baseado em inovações técnicas e organizacionais que se articulam tendo em vista a produção e o consumo em massa. Neste sentido, referindo-se ao processo de trabalho propriamente dito, o fordismo caracterizar-se-ia como prática de gestão na qual se observa a radical separação entre concepção e execução, baseando-se esta no trabalho fragmentado e simplificado, com ciclos operatórios muito curtos, requerendo pouco tempo para formação e treinamento dos trabalhadores”(LARANGEIRA, 2002. p. 123).

papel principal, devendo tratar as doenças e identificar o agente causador destas. Tarefa essa, que pode diagnosticar as doenças já em estágio avançado, pois “torna-se difícil, sob essa ótica, identificar os processos que as geraram, bem mais amplos que a mera exposição a um agente exclusivo” (MINAYO GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 23).

No Brasil, os serviços de Medicina do Trabalho somente passaram a ser obrigatórios na década de 1970, conforme o grau de risco e à quantidade de empregados em determinada empresa. Atualmente, esses serviços estão previstos no art. 162 da CLT cuja disciplina é realizada pela Norma Regulamentadora n. 4 (NR4) da Portaria n. 3.214/78. A NR-4 prevê a obrigatoriedade de as empresas públicas e privadas, que possuam empregados regidos pela CLT, manterem Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT, “com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho” (item 4.1 da NR-4), conforme o risco da sua atividade principal e a quantidade de empregados (Quadros I e II).

A NR-4 baseou-se nos princípios estabelecidos pela Recomendação n. 112 da OIT (MENDES; DIAS, 1991, p. 342), comprovando a influência que os elementos contidos nas Recomendações e Convenções da OIT exercem no direito brasileiro. Logo, a Convenção 187 da OIT (objeto de atenção da presente dissertação) também poderá contribuir com elementos para o incremento da prevenção à saúde relacionada ao trabalho no Brasil.

As principais críticas referentes à Medicina do Trabalho residem no fato de que sua premissa básica é a descoberta e o controle do agente etiológico causador da doença. No sentido de que, “a ênfase é colocada na doença, no desviante ou disfuncionante e quase nada na saúde ou na vida” (DIAS, 1994, p. 52). Ademais, o trabalhador é visto como “objeto” de proteção restrita ao local de trabalho, desconsiderando-se sua condição de sujeito de direitos que está inserido em um contexto social (MENDES, 2003).

Os questionamentos acerca dos limites da Medicina do Trabalho na compreensão e na intervenção dos problemas entre trabalho e saúde suscitaram o aparecimento da Saúde Ocupacional. As características da Medicina do Trabalho, no sentido da centralidade da figura do médico e da ausência de intervenção na muticausalidade de fatores do adoecimento, foram alguns dos principais desencadeadores do nascimento da Saúde Ocupacional (MENDES; DIAS, 1991).

A ascensão da Saúde Ocupacional pôde ser mais claramente visualizada após a 2ª Guerra Mundial⁹. Os esforços para a reconstrução no pós-guerra repercutiram no aumento de acidentes do trabalho. Além disso, a estratégia de formação de equipes, com vários profissionais para desenvolver tecnologias para a Guerra, mostrou-se um bom caminho a ser imitado para combater os problemas de morte e de adoecimentos no trabalho.

As profundas transformações no cenário mundial, após a II Guerra Mundial, refletiram-se de modo particular no mundo do trabalho. No que se refere à saúde dos trabalhadores, a perda e o desgaste da força de trabalho infligidos diretamente pela Guerra, acrescido por aqueles provocados pelos acidentes do trabalho e pelas doenças profissionais, numa economia de esforço de guerra e de reconstrução pós-guerra, impulsionada por um intenso desenvolvimento tecnológico e mobilização social, obrigaram a busca de alternativas que “dessem conta” dessa realidade emergente, para a qual a prática da Medicina do Trabalho se mostrava inadequada ou insuficiente. (DIAS, 1994, p. 52).

Ademais, indiretamente os apelos humanitários internacionais, expressos pela criação da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1945, pela criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1946 e pela Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948, exigiam uma intervenção que mostrasse maior eficácia na proteção à saúde do homem no ambiente de trabalho. Nessa linha, o Comitê Misto da Organização Internacional do Trabalho (OIT)/Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu em 1959 que:

A Saúde Ocupacional tem como finalidade incentivar e manter o mais elevado nível de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as profissões; prevenir todo o prejuízo causado à saúde destes pelas condições de seu trabalho; protegê-los em seu serviço contra os riscos resultantes da presença de agentes nocivos à sua saúde; colocar e manter o trabalhador em um emprego que convenha às suas aptidões fisiológicas e psicológicas e, em resumo, adaptar o trabalho ao homem e cada homem ao seu trabalho (NOGUEIRA, 1984, p. 495).

Esse conceito da OIT/OMS sobre Saúde Ocupacional propõe a análise das doenças e dos acidentes do trabalho através da trindade agente-hospedeiro-ambiente. No sentido de

⁹ Frisa-se que após a 2ª Guerra Mundial tornaram-se mais claros os limites da Medicina do Trabalho e, conseqüentemente, evidenciou-se a importância da Saúde Ocupacional para a intervenção no processo saúde-doença no ambiente de trabalho. No entanto, registra-se que Nogueira faz o seguinte relato histórico: “A saúde ocupacional nasceu com a Revolução Industrial e é, em grande parte, fruto dos movimentos trabalhistas ingleses que, principalmente após o ‘Massacre de Peterloo’ resultou, em 1802, na primeira lei de proteção aos trabalhadores, a ‘Lei de Saúde e Moral dos Aprendizes’. Não obedecida, por falta de um organismo fiscalizador, resultou, finalmente, na ‘Lei das Fábricas’ de 1833, onde se cria o ‘Inspetorado de Fábricas’, órgão governamental que, pela primeira vez entra no interior das fábricas para verificar se a saúde do trabalhador estava sendo protegida contra os agravos do trabalho. Inicia-se assim, a conscientização da importância da saúde ocupacional que, finalmente, tem seus objetivos definidos em 1957 pela Comissão Mista da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Organização Mundial da Saúde (OMS)” (NOGUEIRA, 1984, p. 495).

que, “as consequências do trabalho para a saúde são resultado da interação do corpo (hospedeiro) com agentes/fatores (físicos, químicos, biológicos, mecânicos), existentes no meio (ambiente) de trabalho” (LACAZ, 2007, p. 759). Ademais, trata-se de um conceito que evidencia a natureza da saúde ocupacional, no sentido de ser uma estratégia de intervenção nos locais de trabalho com a finalidade de prevenir ou controlar os riscos ambientais.

A tentativa de “adaptar” o ambiente de trabalho leva em consideração a saúde do trabalhador médio. De forma que se inicia a criação de patamares/padrões de limitação de tolerância, de riscos permitidos, de utilização de equipamentos de proteção individual (EPI's), enfim de normatização de formas de trabalhar consideradas “seguras”, com o intuito de adaptar o homem ao ambiente de trabalho e vice-versa. Com a Saúde Ocupacional, “iniciou-se assim, o período do enfoque multidisciplinar na melhoria do ambiente de trabalho, na fixação de limites de tolerância para exposição aos agentes agressivos e na utilização de equipamentos de proteção” (OLIVEIRA, 2011, p. 62).

A Saúde Ocupacional prioriza uma intervenção de controle dos riscos físicos, químicos, biológicos e ergonômicos no ambiente do trabalho. Diferentemente da Medicina do Trabalho, a Saúde Ocupacional incorpora a teoria da multicausalidade na determinação do adoecimento, ou seja, mais de um fator de risco é levado em consideração para a determinação do processo saúde-doença. Por isso, a formação de uma equipe multidisciplinar desempenha um papel fundamental.

No enfoque da Saúde Ocupacional, o instrumental de disciplinas como a higiene do trabalho, engenharia, ergonomia, enfermagem e medicina preventiva, por exemplo, são essenciais para a intervenção sobre o ambiente de trabalho. Caracteriza-se pela ampliação da atuação médica para a formação de uma equipe multiprofissional com conhecimentos capazes de identificar os vários riscos/agentes que atuam sobre a saúde em determinado ambiente de trabalho. No Brasil, com base no modelo da Saúde Ocupacional ocorreram mudanças no Capítulo V do Título II da CLT, pela Lei n. 6.514/77, as quais tiveram “o propósito de aprofundar as medidas preventivas para retirar o Brasil da incômoda posição de campeão mundial em acidentes do trabalho” (OLIVEIRA, 2006, p. 1431).

Apesar de representar um importante passo na caminhada contra as agressões provindas da relação trabalho e saúde, deve-se mencionar que a Saúde Ocupacional tem

limitações. Elas são advindas principalmente de seu enfoque exclusivo no agente/risco ambiental sobre a doença. Os agentes/riscos são naturalizados como inerentes ao ambiente de trabalho, restringindo a atuação dos profissionais, que operam sob o modelo da Saúde Ocupacional, a intervenções pontuais sobre riscos mais evidentes (MENDES, 2003).

O somatório de diferentes fatores/agentes de risco não é suficiente para a compreensão de como interagem com o trabalhador. Ou seja, a explicação multicausal não é suficiente para abarcar a natureza social e histórica do processo saúde-doença. Assim como na Medicina do Trabalho, na Saúde Ocupacional os agentes/riscos são isolados sem que haja uma contextualização social com as causas de sua origem. Tanto na Saúde Ocupacional quanto na Medicina do Trabalho, o trabalho “é sinônimo de condições materiais de produção, não sendo cogitado o trabalho como relação social, segundo formas determinadas de organização das sociedades, que tem historicidade” (MENDES, 2003, p. 65).

Lacaz (2007) comenta que essa relação de causalidade simples, própria da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, impede o conhecimento de nexos causais mais complexos, pouco contribuindo para a compreensão e intervenção de processos de adoecimentos que marcam os dias de hoje, tais como os psicossomáticos/mentais e cardiovasculares.

A intervenção, na abordagem da Saúde Ocupacional, prioriza a prevenção dos riscos através, sobretudo da utilização de equipamentos de proteção individual (EPIs). Assim, contribui para a divulgação da ideia de que, caso ocorram acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, eles devem ser imputados ao trabalhador negligente com o uso de EPI's. A participação do trabalhador, no sentido de indicar as melhorias que devem ser feitas nas condições ou na organização do trabalho, não é posta em relevância. Neste sentido, a Saúde Ocupacional segue com o enfoque da Medicina do Trabalho, considerando o trabalhador como “objeto” das ações de saúde e negando sua condição de sujeito ativo (MENDES, 2003).

Além disso, Mendes e Dias (1991) chamam a atenção para o fato de que o apelo à interdisciplinaridade, através da formação de equipes com profissionais de diferentes áreas (tais como, engenheiros e técnicos em segurança do trabalho, médicos do trabalho, enfermeiros e assistentes sociais), não alcançou os resultados esperados. Esses autores constatarem que a prática da Saúde Ocupacional demonstrou ser baseada em intervenções

fragmentadas e permeadas por lutas tipicamente corporativas. A simples reunião de profissionais não foi suficiente para uma articulação entre as profissões. De modo que, a prática evidenciou a reunião de profissionais, mas não a sua “mistura”.

Ademais, Dias (1994) relata que os mitos dos limites de tolerância e de exposição segura, que fundamentam a intervenção da Saúde Ocupacional, não resistem a uma investigação mais aprofundada. Isso porque repetidamente restou demonstrado que condições de trabalho tidas inicialmente como ‘seguras’, por estarem dentro dos limites de tolerância, causaram danos à saúde dos trabalhadores. Ademais, as insuficiências da Saúde Ocupacional também começaram a ser expostas devido aos adoecimentos decorrentes de novas tecnologias, os quais estão relacionados, sobretudo à organização do trabalho e à sua inter-relação com a subjetividade dos trabalhadores (DIAS, 1994).

Essas demonstrações da limitação da Saúde Ocupacional contribuíram para o desenvolvimento da Saúde do Trabalhador. De modo que, a Saúde do Trabalhador emerge em oposição às formas hegemônicas representadas pela Medicina do Trabalho e pela Saúde Ocupacional. Assim “ao superar a visão da saúde ocupacional, a saúde do trabalhador se situa na perspectiva da ‘saúde como direito, conforme a tendência internacional e a que foi plasmada no SUS, de universalização dos direitos fundamentais” (MINAYO GOMEZ, 2011, p. 25).

O momento do surgimento da Saúde do Trabalhador costuma ser fixado no final da década de 1960 porque, internacionalmente, seu período de nascimento é associado aos movimentos sociais da década de 1960 (cuja principal referência é maio de 68) e da década de 1970. Nesse período, as críticas dos movimentos sociais e das reivindicações populares repercutiram “nas mais variadas áreas, inclusive na luta pela saúde e contra a organização do trabalho” (LACAZ, 1997, p. 8).

O Modelo Operário Italiano é considerado internacionalmente como o ponto de partida da Saúde do Trabalhador. Esse movimento italiano surgiu em Turim, no fim da década de 1960, e foi formulado por um grupo de operários e profissionais que, “utilizando-se do lema ‘Saúde não se vende’, passaram a questionar a monetização do risco, pelo recebimento de adicionais, e começaram a priorizar o trabalho digno em ambiente seguro e saudável” (OLIVEIRA, 2011, p. 65).

Minayo Gomez e Thedim Costa (1997, p. 29) explicam que o reconhecimento do saber do trabalhador, ou seja, a fundamentabilidade de sua participação nas decisões sobre as condições e sobre a organização do trabalho “foi o sustentáculo do ‘Modelo Operário Italiano’ que emergiu no bojo do dinamismo dos movimentos sociais do final da década de 1960”.

Uma das iniciativas mais significativas que influenciou e redirecionou o debate sobre o campo das relações entre saúde-trabalho no século XX foi o denominado “Modelo Operário Italiano (MOI)”, cujo propósito era combater a nocividade dos ambientes de trabalho. Nascido no âmbito da CGIL (Confederazione Generale Italiana del Lavoro), na década de 1960, estendeu-se para diversas organizações operárias, transformando-se em referencial metodológico para as questões ambientais no trabalho (PAIVA; VASCONCELLOS, 2011, p. 357).

Em consequência do movimento denominado Modelo Operário Italiano, a Itália incorporou as principais reivindicações realizadas, por meio da Lei nº 300, de 20 de maio de 1970 (Norme per la libertà e la dignità dei lavoratori, della libertà sindacale e dell’attività sindacale nei luoghi di lavoro), mais conhecida como “Estatuto dos Trabalhadores”. Parmeggiani (1985) destaca o conteúdo dessa Lei:

A Lei nº 300, de 1970, conhecida como o “estatuto dos trabalhadores” estipula que, por intermédio de seus representantes, os trabalhadores têm direito a supervisionar a aplicação, no âmbito da empresa, das normas vigentes referentes à prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, assim como a promover a investigação, elaboração e aplicação de medidas visando proteger sua saúde e sua integridade física. Os representantes dos trabalhadores se comprometem a rechaçar todo tipo de bonificação por trabalhos arriscados ou “retribuição do perigo” e, em geral, a submeter a discussão dos temas relativos a segurança e higiene na negociação coletiva por setor industrial. (PARMEGGIANI, 1985, p. 21).

Minayo-Gomez e Thedim Costa (1997, p. 30) ressaltam que, “mesmo confrontadas as potencialidades e limitações de um enfoque centrado eminentemente na experiência-subjetividade operária”, o modelo italiano é considerado como marco inicial internacional de contraponto às formas hegemônicas de conhecimento e de intervenção representadas pela Medicina do Trabalho e pela Saúde Ocupacional. Parmeggiani (1985) destaca que as reivindicações, expressas nos princípios fundamentais em Saúde do Trabalhador, incorporados na experiência italiana, ultrapassaram as fronteiras tradicionais restritas à proteção contra acidentes do trabalho. O autor conclui que se trata de demandas “em favor do melhoramento do ambiente de trabalho e de que se reexaminem os critérios que devem

reger a organização o trabalho, como parte de suas reivindicações gerais em prol da qualidade do trabalho e da vida” (PARMEGGIANI, 1985, p. 21).

No Brasil, a incorporação da perspectiva da Saúde do Trabalhador no sistema jurídico ocorreu por influência do Movimento da Reforma Sanitária, de modo que “nos moldes do conceito italiano original, surgiu o conceito técnico-normativo de saúde do trabalhador, inscrito na Constituição brasileira de 1988 e consolidado na Lei Orgânica da Saúde” (VASCONCELLOS, 2011, p. 407), conforme será analisado quando se tratar do direito à saúde do trabalhador no plano nacional.

A partir da década de 1970, a exemplo da Itália, outros países como Estados Unidos, Inglaterra, Suécia e França (inclusive o Brasil, como será visto) também incorporaram em suas legislações princípios básicos dos movimentos em prol da Saúde do Trabalhador, os quais Dias (1994) explica que são os seguintes:

Essas normas legais estão baseadas no reconhecimento de direitos fundamentais dos trabalhadores, entre eles: o direito à informação (sobre a natureza dos riscos a que estão expostos, as medidas de controle que estão sendo adotadas pelo empregador, os resultados de exames médicos e de avaliações ambientais); o direito à recusa ao trabalho em condições de risco grave para a saúde ou a vida; o direito à consulta prévia aos trabalhadores, pelos empregadores, antes de mudanças de tecnologia, métodos, processos e formas de organização do trabalho e o estabelecimento de mecanismos de participação, que inclui, em alguns países, opinarem na escolha dos profissionais que irão atuar nos serviços de saúde no trabalho (DIAS, 1994, p. 55-6).

Em 1976, Organização Internacional do Trabalho (OIT), influenciada pelos movimentos em prol da Saúde do Trabalhador, divulgou o Programa Internacional para Melhoramento das Condições e Meio Ambiente de Trabalho (PIACT, iniciais em francês), que será analisado no Capítulo 3.

Sintonizada com o movimento renovatório da década de 1970 e diante do quadro preocupante das condições de trabalho, a Conferência Internacional do Trabalho da OIT aprovou, por unanimidade, resolução instituindo o Programa Internacional para Melhoramento das Condições e do Meio Ambiente de Trabalho, denominado PIACT, em razão das iniciais do programa em francês. O propósito da OIT é prestar assistência para impulsionar programas locais de melhoria das condições e do meio ambiente de trabalho, assessorando trabalhadores, governos e empregadores (OLIVEIRA, 2011, p. 66).

O PIACT influenciou a elaboração das Convenções 155 e 161 da OIT, conferindo um novo regramento das relações saúde e trabalho no plano do direito internacional sob a perspectiva da Saúde do Trabalhador (SUSSEKIND, 2004).

Dentre as características básicas da Saúde do Trabalhador, Mendes e Dias (1991) destacam as seguintes:

- 1) “Novo pensar sobre o processo saúde-doença, e o papel exercido pelo trabalho na sua determinação”;
- 2) “Há o desvelamento circunscrito, porém inquestionável, de um adoecer e morrer dos trabalhadores, caracterizados por verdadeiras “epidemias”, tanto de doenças profissionais clássicas, quanto de “novas” doenças relacionadas ao trabalho, como LER, por exemplo”;
- 3) “São denunciadas as políticas públicas e o sistema de saúde, incapazes de dar respostas às necessidades de saúde da população, e dos trabalhadores, em especial”
- 4) Reivindicações de melhores condições de trabalho, através da ampliação do debate, circulação de informações, inclusão de pautas nas negociações coletivas, reformulação do trabalho das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs) (MENDES; DIAS, 1991).

A consolidação da Saúde do Trabalhador como “campo de conhecimento, de intervenção e de práticas” (MINAYO-GOMEZ, 2011, p. 27) deu-se a partir do modelo de determinação social do processo saúde-doença. Laurell e Noriega (1989) desenvolveram o conceito de *cargas de trabalho* tido, desde então, como um conceito clássico para o estudo da Saúde do Trabalhador. Para esse conceito, as cargas de trabalho – físicas, químicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas, psíquicas, bem como as resultantes da forma como o trabalho está dividido e organizado – se inter-relacionam entre si e com a saúde do trabalhador, sem que haja uma hierarquia entre elas.

Trata-se de um conceito que ultrapassa a concepção de riscos (alguns tidos como ‘socialmente aceitáveis’) da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, para considerar o processo de trabalho em sua totalidade. De modo que, para a Saúde do Trabalhador, a compreensão do processo saúde-doença é realizada em articulação com as condições de trabalho e de vida dos trabalhadores.

Para Nardi (2004, p. 47), “o processo saúde-doença não pode ser analisado fora do contexto no qual ele acontece, assim como não pode ser pensado dele se excluindo o sujeito de que sofre”. Nesse sentido, na Saúde do Trabalhador, o processo de trabalho é contextualizado de maneira histórica-social-subjetiva e é considerado central na determinação ou explicação do viver, do adoecer e do morrer das pessoas.

Segundo o *modelo da determinação social do processo saúde-doença* o trabalho organiza a vida dos homens: o que e como produzem, o que pensam, o que consomem (onde moram, o que comem, onde estudam, como se informam/formam, os serviços a que tem acesso), o que valorizam, em que acreditam (DIAS, 1994, p. 61).

As doenças são resultantes tanto da inserção do trabalhador em um dado processo de trabalho, quanto de sua inserção social. Dias (1994, p. 69) sintetiza que “atuação na área de Saúde do Trabalhador está baseada na premissa de que os trabalhadores apresentam um viver, adoecer e morrer compartilhado com o conjunto da população, que é, também, específico”. Essa especificidade é dada pelas condições e organizações do processo de trabalho. Ao tratar de Saúde do Trabalhador, o Ministério da Saúde determina que em “relação aos trabalhadores, há que se considerar os diversos riscos ambientais e organizacionais aos quais estão expostos, em função de sua inserção nos processos de trabalho” (BRASIL, CADERNO 5 SAÚDE DO TRABALHADOR, 2002).

O direito à saúde do trabalhador na perspectiva da Saúde do Trabalhador pressupõe tanto o tratamento; melhoria do local de trabalho, quanto os outros aspectos socialmente manifestos do processo produtivo (determinantes sociais). Isto é, o direito à saúde do trabalhador na perspectiva da Saúde do Trabalhador implica manutenção e aprimoramento das condições e da organização do trabalho¹⁰, em articulação com os determinantes sociais do processo saúde-doença, para uma atuação em prol da prevenção de danos à saúde do trabalhador.

¹⁰ “Por *organização do trabalho* designamos a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade etc.”. “Por *condição de trabalho* é preciso entender, antes de tudo, ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, altitude etc), ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças etc), o ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), as condições de higiene, de segurança, e as características antropométricas do posto de trabalho” (DEJOURS, 1992. p. 25).

De modo que o direito à saúde do trabalhador sob a perspectiva da Saúde do Trabalhador situa-se no contexto de universalização do direito à saúde como um direito fundamental (MINAYO-GOMEZ, 2011). Neste sentido, analisa-se o direito à saúde sob a perspectiva da Saúde do Trabalhador, de modo que a investigação dos elementos constantes na Convenção 187 da OIT (objeto da presente dissertação) não será realizada sob a perspectiva da Saúde Ocupacional, mas sim sob a perspectiva da Saúde do Trabalhador.

1.2.2 O Direito à Saúde do trabalhador no Plano Internacional: A Atuação Normativa da Organização Internacional do Trabalho (OIT)

No plano do direito internacional, a principal fonte normativa da relação saúde e trabalho é a Organização Internacional do Trabalho (OIT). Criada em 1919, através do Tratado de Versalhes (Parte XIII), a OIT é uma agência especializada do Sistema das Nações Unidas (REZEK, 2010), cuja principal finalidade (desde a sua criação até os dias de hoje) constitui-se em “indicar diretrizes sociais globais, balizar a interpretação das normas locais e integrar os sistemas nacionais e internacionais de proteção ao trabalhador” (BARZOTTO, 2007, p. 100).

A atuação normativa da Organização Internacional do Trabalho (OIT) ocupa posição de centralidade para a uniformização internacional da legislação laboral, bem como para o estabelecimento de um patamar mínimo universal de proteção laboral, visando conferir “às legislações nacionais maior estabilidade e evitar regressões no campo social” (BARZOTTO, 2007, p. 97). De forma que Mello (2000, p. 671) explica que “a sua razão de ser é a paz universal e a justiça social”.

A atividade normativa constitui-se em meio de ação privilegiada da OIT para promover a justiça social. É a atividade que implica a elaboração de Normas Internacionais do Trabalho (NIT), com o propósito de que sejam aceitas de modo mais amplo possível, facilitando sua execução pelos Estados-Membros. Uma norma *internacional do trabalho é texto jurídico preparado pela OIT para uso dos Estados-Membros e da comunidade internacional, nas quais se definem padrões mínimos para o mundo do trabalho* (BARZOTTO, 2007, p. 76).

As Convenções e as Recomendações são os principais instrumentos resultantes da atividade normativa da OIT para a proteção à saúde dos trabalhadores¹¹. As Convenções são espécies de tratados internacionais, “tratados-lei” (REZEK, 2010, p. 28). Elas devem ser aprovadas por 2/3 dos membros presentes na Conferência Internacional do Trabalho¹², as quais fixam normas para regulamentar o trabalho, e questões conexas, no âmbito internacional. As Convenções distinguem-se das Recomendações:

A diferença entre as convenções e as recomendações da OIT é puramente **formal**, uma vez que, materialmente, ambas podem tratar dos mesmos assuntos ou temas. (...) formalmente, ambas se distinguem, uma vez que as **convenções** são tratados internacionais em devida forma e devem ser ratificadas pelos Estados-membros da Organização para que tenham eficácia e aplicabilidade nos seus respectivos Direitos internos, ao passo que as **recomendações** não são tratados e visam tão somente sugerir ao legislador de cada um dos países vinculados à OIT mudanças no seu Direito interno relativamente às questões que disciplina (*grifos no original*) (MAZZUOLI, 2013, p. 73).

Apesar de pertencerem à categoria dos tratados multilaterais abertos (as Convenções não têm destinatário certo, estão abertas à ratificação ou à adesão dos países-membros), as Convenções da OIT possuem peculiaridades que lhes conferem um caráter *sui generis* no campo do Direito Internacional. Essas peculiaridades são expressas fundamentalmente pelo fato das Convenções serem produzidas em foro único (a Conferência Internacional do Trabalho) e pelo fato de participarem, de sua produção, representantes dos governos, dos empregadores e dos trabalhadores (tripartismo), e, não apenas dos governos tal como nas convenções multilaterais em geral (MAZZUOLI, 2013).

De modo que o tripartismo, ou seja, a participação de representantes dos governos, dos empregadores e dos trabalhadores “é a característica mais original do processo normativo da OIT” (BARZOTTO, 2007, p. 77), conferindo à produção normativa da OIT um caráter *sui generis*.

¹¹ “Os instrumentos normativos da OIT são: a) Constituição; b) Convenções; c) Protocolos; d) Recomendações; e) Declarações; f) Resoluções; g) Orientações; h) Trabalho dos Órgãos de Supervisão da OIT; i) Documentos Autorizados”. “Tanto pela qualidade como pela quantidade, as normas internacionais do trabalho sobre as quais dedica-se maior atenção são as convenções e as recomendações” (BARZOTTO, 2007, p. 88).

¹² A Conferência Internacional do Trabalho é composta por delegações: dois delegados do governo, um delegado dos empregadores e um dos trabalhadores. Cada um dos quatro delegados pode ser acompanhado por conselheiros técnicos (MELLO, 2000).

As “características do tripartismo trouxeram a novidade da OIT para o Direito Internacional. A forma de produção normativa com cooperação dos destinatários da norma representa uma evolução no direito internacional” (BARZOTTO, 2007, p. 78).

Essa organização internacional é *sui generis*, na medida em que conta ordinariamente com a participação não apenas de representantes diretos dos governos nacionais, mas também dos trabalhadores e dos empregadores dos países. Assim, as normas internacionais produzidas na OIT são aprovadas pelo voto desses três grupos nacionais (MELO, 2013, p. 153).

O modo tripartite de produção normativa da OIT implica paridade e diálogo social entre governos, empregadores e trabalhadores (através de representantes) para a solução de problemas comuns, de forma a estabelecer padrões para os locais de trabalho, proteção aos trabalhadores e obrigações aos Estados-Membros. A Convenção 144 da OIT, em vigor no plano internacional desde maio de 1978, trata especificamente das “Consultas Tripartites sobre Normas Internacionais do Trabalho”. Essa Convenção foi ratificada pelo Brasil em 1994, entrando em vigência em 1995.

Desde a sua criação, em 1919, a segurança e a saúde no trabalho tem sido uma questão central para a OIT e “segue como um requisito fundamental para alcançar os objetivos do Programa Trabalho Decente” (OIT, GB 288/3/1, 2003). A Declaração de Filadélfia (anexo da Constituição da OIT) prevê que a OIT tem uma solene obrigação de promover programas para proteger adequadamente a vida humana e a saúde dos trabalhadores em todas as profissões (artigo g, parágrafo III).

No Documento GB 288/3/1, de 2003, da OIT (o qual contém as discussões iniciais precursoras e propulsoras da elaboração da Convenção 187 da OIT), a OIT reafirma sua posição de centralidade no tratamento da segurança e saúde no trabalho (SST) no plano do direito internacional:

Deve-se outorgar maior prioridade a SST em nível internacional, nacional e empresarial e incentivar a participação de todos os interlocutores sociais no estabelecimento e manutenção de mecanismos para a melhoria contínua dos sistemas nacionais de SST. Em razão de sua composição tripartite e de seu mandato de alcance mundial reconhecido na área de SST, a OIT está particularmente bem preparada para exercer, através de sua estratégia global, uma influência real no mundo do trabalho (OIT, GB 288/3/1, 2003).

Oliveira (2011) cita que pelo menos vinte e duas Convenções da OIT estão direta ou indiretamente relacionadas ao tema da proteção jurídica à saúde no trabalho¹³. Podem ainda ser incluídas, como Convenções relacionadas à proteção jurídica à saúde no trabalho, àquelas que tratam do controle de jornada, de férias remuneradas, de intervalos para repouso e alimentação, entre outras, as quais tratam de direitos que, se suprimidos, certamente afetarão a saúde dos trabalhadores.

Dentre as Convenções da OIT, relacionadas ao tema da proteção jurídica à saúde no trabalho, destacam-se, por conterem expressamente dispositivos relativos ao direito à saúde do trabalhador, na perspectiva da Saúde do Trabalhador, as Convenções 155, 161 e 187.

A Convenção 155 da OIT foi concluída em junho de 1981 (ratificada pelo Brasil em maio de 1992, passando a vigorar em maio de 1993 e promulgada em setembro de 1994, através do Decreto 1.254). Essa Convenção versa sobre “Segurança e Saúde dos Trabalhadores e o Meio Ambiente de Trabalho”. Destaca-se pelo seu amplo campo de aplicação, abrangendo todas as áreas de atividades econômicas em que existam trabalhadores empregados, inclusive na Administração Pública. Divide-se em quatro partes: I- Área de Aplicação e Definições; II- Princípios de uma Política Nacional; III- Ação em Nível Nacional; IV- Ação em Nível de Empresa. Logo, verifica-se que ela define direitos e deveres aplicáveis aos Estados, aos empregadores e aos trabalhadores, comprovando o caráter tripartite da produção normativa da OIT.

¹³ São elas: Convenção n.103 sobre o amparo à maternidade; Convenção n.115 sobre a proteção contra as radiações ionizantes; Convenção n.121 sobre as prestações em caso de acidentes do trabalho e doenças profissionais; Convenção n.127 sobre o peso máximo das cargas; Convenção n. 134 sobre prevenção de acidentes de trabalho dos marítimos; Convenção n.136 sobre proteção contra os riscos de intoxicação provocados pelo benzeno; Convenção n.139 sobre a prevenção e controle de riscos profissionais causados pelas substâncias ou agentes cancerígenos; Convenção n. 148 sobre a proteção dos trabalhadores contra os riscos devidos à contaminação do ar, ao ruído e às vibrações no local de trabalho. Convenção n.152 sobre segurança e higiene nos trabalhos portuários; Convenção n. 155 sobre segurança e saúde dos trabalhadores e meio ambiente de trabalho; Convenção n.159 sobre reabilitação profissional e emprego de pessoas deficientes; Convenção n. 161 sobre os serviços de saúde no trabalho; Convenção n.162 sobre a utilização do asbesto com segurança; Convenção n.163 sobre a proteção da saúde e a assistência médica aos trabalhadores marítimos; Convenção n.167 sobre segurança e saúde na construção; Convenção n.170 sobre a segurança na utilização de produtos químicos no trabalho; Convenção n.171 sobre o trabalho noturno; Convenção n.174 sobre a prevenção dos acidentes industriais maiores; Convenção n.176 sobre segurança e saúde nas minas; Convenção n.182 sobre a proibição das piores formas de trabalho infantil e a ação imediata para sua eliminação; Convenção n.184 sobre a segurança e a saúde na agricultura; Convenção n.187 Marco Promocional para a Segurança e Saúde no Trabalho.

No art. 3º, alínea “e”, a Convenção 155 da OIT define o termo “saúde com relação ao trabalho”:

Art. 3º, alínea “e”: o termo “saúde”, com relação ao trabalho, abrange não só a ausência de afecções ou de doenças, mas também os elementos físicos e mentais que afetam a saúde e estão diretamente relacionados com a segurança e a higiene no trabalho (OIT, CONVENÇÃO 155, 1981).

Trata-se de um conceito que inclui a proteção jurídica à saúde mental do trabalhador, de forma a definir o direito à saúde no trabalho de maneira integral (física e mental). Com a entrada em vigor da Convenção 155 da OIT, foram superadas quaisquer dúvidas quanto à existência do direito ao trabalho num ambiente psicologicamente saudável ou quanto ao dever do empregador de prever os danos à saúde mental do trabalhador e ressarcí-los, nos casos em que venham a ocorrer.

A Convenção 155 da OIT é um nítido exemplo em que o modo de produção normativa tripartite da OIT estabelece tanto deveres para os Estados, quanto para os empregadores, quanto para os trabalhadores. No artigo 4º, essa Convenção estabelece os princípios de uma política nacional em matéria de segurança e saúde dos trabalhadores e o meio ambiente de trabalho *para todos os Estados-membros*. No artigo 19, alíneas “c”, “d”, e “e” estabelece o *dever do empregador* de fornecer informação adequada acerca das medidas tomadas para garantir a segurança e a saúde no trabalho. No artigo 19, alínea “f” estabelece o *dever do trabalhador* de informar imediatamente o seu superior sobre qualquer situação de trabalho que envolva perigo iminente e grave para a sua vida ou sua saúde.

Dentre as definições trazidas pela Convenção 155, o estabelecimento de princípios para uma política nacional, obrigando a todos os Estados-Membros a formular, colocar em prática e reexaminar periodicamente uma “política nacional coerente em matéria de segurança e saúde dos trabalhadores e meio ambiente de trabalho”. Essa Convenção determina que:

Art. 4º, II: Essa política terá como objetivo prevenir os acidentes e os danos à saúde que forem consequência do trabalho, tenham relação com a atividade de trabalho, ou se apresentarem durante o trabalho, reduzindo ao mínimo, na medida que for razoável e possível, as causas dos riscos inerentes ao meio ambiente de trabalho (OIT, CONVENÇÃO 155, 1981).

A formulação da política nacional em matéria de segurança e saúde dos trabalhadores e meio ambiente de trabalho deverá determinar as funções e responsabilidades das autoridades públicas, dos empregadores, dos trabalhadores e de interessados, em consonância com o

caráter complementar dessas responsabilidades, assim como as condições e práticas nacionais (Convenção 155, art. 6º). As políticas públicas são a principal forma de dar efetividade ao direito à saúde, o que se inclui o direito à saúde do trabalhador.

No artigo 5º, a Convenção 155 determina “esferas de ação” que a política nacional em matéria de segurança e saúde dos trabalhadores e meio ambiente de trabalho deverá levar em consideração. Destaca-se a comunicação e a cooperação em níveis de grupo de trabalho e empresa e em todos os níveis apropriados, inclusive no nível nacional (alínea d), bem como a proteção dos trabalhadores e de seus representantes contra toda medida disciplinar justificadamente empreendida de acordo com os objetivos da política nacional (alínea e).

No artigo 11, a Convenção determinou tarefas às autoridades competentes para tornar efetiva essa política. Dentre essas tarefas, cita-se a de elaborar estatísticas anuais sobre os acidentes do trabalho e doenças ocupacionais; realizar sindicâncias a cada vez que um acidente do trabalho, um caso de doença ocupacional ou qualquer outro dano à saúde indique uma situação grave; sendo obrigatória a publicação anual de informações sobre as medidas adotadas para aplicação de uma política nacional (alíneas c, d e e).

A política nacional em matéria de segurança e saúde dos trabalhadores e meio ambiente de trabalho deverá ser reexaminada periodicamente com a finalidade de “identificar os principais problemas, elaborar meios eficazes para resolvê-los, definir a ordem de prioridade das medidas que for necessário adotar, e avaliar os resultados (art. 7º).

Quando as circunstâncias requererem, e se a prática e as condições nacionais permitirem, deverá ser criado um organismo central a fim de alcançar a necessária coordenação entre as diversas autoridades e os diversos organismos encarregados de assegurar a coerência da política nacional em matéria de segurança e saúde dos trabalhadores e meio ambiente de trabalho (art. 15).

A Convenção 155 da OIT assegurou que o empregador não poderá exigir trabalho em situação que envolva perigo grave ou iminente para a saúde e para a vida do trabalhador (art. 19, alínea f). O trabalhador deverá imediatamente informar seu superior hierárquico sobre qualquer situação de trabalho que, a seu ver e por motivos razoáveis, envolva um perigo iminente ou grave, sendo-lhe assegurado o direito de interromper suas atividades até que o empregador tome medidas corretivas.

Silva (2008, p. 131) destaca que no artigo 17 a Convenção 155 da OIT estabeleceu a “solidariedade entre as empresas no que tange à saúde dos trabalhadores” (ou seja, as empresas respondem concomitantemente pelo dever de preservar à saúde do trabalhador). Isso porque expressamente instituiu, neste artigo 17, que “sempre que duas ou mais empresas desenvolverem simultaneamente atividades num mesmo local de trabalho, as mesmas terão o dever de colaborar na aplicação das medidas previstas na presente Convenção”.

A Convenção 155 da OIT assegurou princípios básicos em Saúde do Trabalhador, tais como o direito à informação e o direito à participação dos trabalhadores sobre as decisões que envolvam saúde relacionada ao trabalho.

Art. 19: Deverão ser adotadas disposições, em nível de empresa, em virtude das quais:

c) os representantes dos trabalhadores na empresa recebam informação adequada acerca das medidas tomadas pelo empregador para garantir a segurança e a saúde, e possam consultar as suas organizações representativas sobre essa informação, sob condição de não divulgarem segredos comerciais;

d) os trabalhadores e seus representantes na empresa recebam treinamento apropriado no âmbito da segurança e da higiene no trabalho;

e) os trabalhadores ou seus representantes e, quando for o caso, suas organizações representativas na empresa estejam habilitados, de conformidade com a legislação e a prática nacionais, para examinarem todos os aspectos da segurança e da saúde relacionados com seu trabalho, e sejam consultados nesse sentido pelo empregador. Com essa finalidade, e em comum acordo, poder-se-á recorrer a conselheiros técnicos alheios à empresa (OIT, CONVENÇÃO 155, 1981).

Em 2002, a Conferência da Organização Internacional do Trabalho aprovou um Protocolo¹⁴ relativo à Convenção 155 da OIT. Trata-se do “Protocolo de 2002 relativo à Convenção Sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores” (ainda não ratificado pelo Brasil)¹⁵. O objetivo do Protocolo é

(...) melhorar os procedimentos de registro e notificação dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais, assim como de promover a harmonização dos sistemas de registro e notificação com a finalidade de determinar suas causas e estabelecer medidas preventivas. (OIT, PROTOCOLO CONVENÇÃO 155, 2002).

¹⁴ “Os protocolos são instrumentos que modificam parcialmente ou algum artigo das Convenções e estão abertos para a ratificação de um Estado obrigado pela convenção, o que não significa reserva e, sim, revisão da norma”. (BARZOTTO, 2007. p. 87).

¹⁵ “A validade normativa dos acréscimos deste Protocolo depende de ratificação pelo Estado-Membro, tal como ocorre com as Convenções” (OLIVEIRA, 2011. p. 96).

O Protocolo de 2002, relativo à Convenção Sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores, adota definições, direitos e deveres para promover o registro e a notificação dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Define termos, tais como acidente do trabalho, doença profissional e acidente de trajeto. A principal contribuição desse Protocolo é estabelecer princípios básicos para sistemas de registro e notificação de acidentes e doenças relacionados ao trabalho.

A Convenção 161 da OIT relativa aos “Serviços de Saúde do Trabalho” foi concluída em junho de 1985 (ratificada pelo Brasil em maio de 1990 e em vigor desde maio de 1991, através da promulgação realizada pelo Decreto 127). Os Serviços de Saúde do Trabalho devem ser investidos de funções essencialmente preventivas e devem encarregar-se de aconselhar o empregador, os trabalhadores e seus representantes na empresa sobre “os requisitos necessários para estabelecer e manter um ambiente de trabalho seguro e salubre, de forma a favorecer uma saúde física e mental ótima em relação com o trabalho” (art. 1º).

Os princípios básicos para uma política nacional coerente em relação aos serviços de saúde no trabalho são definidos pela Convenção 161 da OIT. Destaca-se a ampla abrangência dessa Convenção, visto que, no artigo 3º, ela estabelece que todo Membro deve se comprometer a instituir progressivamente “serviços de saúde no trabalho para todos os trabalhadores, entre os quais se contam os do setor público, e os cooperantes das cooperativas de produção, em todos os ramos de atividade econômica e em todas as empresas”.

No artigo 5º, a Convenção 161 da OIT estabelece funções aos serviços de segurança e saúde no trabalho, dentre as quais se destaca “colaborar na difusão da informação, na formação e na educação nas áreas de saúde e da higiene no trabalho, bem como na ergonomia”. De forma que essa Convenção destaca um princípio basilar em Saúde do Trabalhador que é o direito à informação. Ela estabelece que, “os serviços de saúde no trabalho devem ser informados, pelo empregador e pelos trabalhadores, de todo fator conhecido e todo fator suspeito do ambiente do trabalho, que possa ter efeito sobre a saúde dos trabalhadores” (art. 14). No artigo 15, novamente, destaca-se o direito à informação:

Art. 15: Os serviços de saúde no trabalho devem ser informados dos casos de doença entre os trabalhadores e das faltas ao serviço por motivos de saúde, a fim de estarem aptos a identificar toda relação que possa haver entre as causas da doença ou da falta e os riscos à saúde que possam existir no local de trabalho não dever ser instado, pelo empregador, no sentido de averiguar o fundamento ou as razões de falta ao serviço. (OIT, CONVENÇÃO 161, 1985).

As Convenções 155 e 161 da OIT são as Convenções que exerceram histórica contribuição para o início da divulgação dos princípios da perspectiva da Saúde do Trabalhador, vista no item anterior deste trabalho. Minayo Gomez (2011, p. 25) explica que “ao superar a visão da saúde ocupacional, a saúde do trabalhador se situa na perspectiva da ‘saúde como direito’, conforme a tendência internacional”.

Já a Convenção 187 é a mais recente (de 2006) Convenção da OIT que trata especificamente sobre Segurança e Saúde no Trabalho. Trata-se da Convenção objeto da presente dissertação, por isso, será analisada também no Capítulo 2 e 3. Essa Convenção constitui-se em um quadro promocional para a segurança e saúde no trabalho e marca a importância de promover, de forma contínua, uma cultura nacional de prevenção em saúde relacionada ao trabalho. De modo que a Convenção 187 é a materialização de uma das maiores preocupações da OIT, na atualidade, ao tratar de saúde relacionada ao trabalho, que é a promoção de uma cultura de prevenção. Comprovando tal afirmação, o Documento da OIT “Crear una Cultura de Prevención en Materia de Seguridad y Salud” foi elaborado apenas para enfatizar a importância da criação de uma cultura de prevenção em matéria de segurança e saúde no trabalho (OIT, CREAR UNA CULTURA DE PREVENCIÓN EN MATERIA DE SEGURIDAD Y SALUD, 2013).

Embora ainda não ratificada pelo Brasil, a Convenção 187 já está em vigor em 27 países, sendo que, em 2015, passará a vigorar em mais quatro: França, Albânia, Eslovênia e Vietnã¹⁶. A Recomendação 197 da OIT sobre o Quadro Promocional para a Segurança e Saúde no Trabalho, complementa a Convenção 187 da OIT. Essa recomendação funciona como uma espécie de regulamento da Convenção 187, descrevendo com maiores detalhes as normas estipuladas.

No Brasil, com o objetivo de avaliar e propor medidas para a ratificação da Convenção 187 da OIT, os Ministérios da Previdência Social, do Trabalho e Emprego e da Saúde instituíram, através da Portaria Interministerial nº 152, de 13 de maio de 2008, a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho (CT-SST).

¹⁶ Em consulta realizada no site da OIT (<http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:11300:0::NO:11300:P11300_INSTRUMENT_ID:312332:NO>) em 06 fevereiro de 2015 a Convenção 187 da OIT já estava em vigor em: Alemanha, Argentina, Áustria, Bósnia Herzegovina, Canadá, República Tcheca, Chile, Chipre, República da Coreia, Cuba, Dinamarca, Eslováquia, Espanha, Ex República Iugoslava da Macedônia, Finlândia, Japão, Malásia, República Maurício, República de Moldova, Nigéria, Reino Unido, Rússia, Sérvia, Singapura, Suécia, Togo e Turquia.

A Secretaria de Inspeção do Trabalho – SIT, através da Nota Informativa n.232/2009/DSST, já manifestou não ter oposição sobre a ratificação da Convenção 187 e da Recomendação 197.

Em dezembro de 2009, o Parecer CONJUR/MTE 663, concluiu “pela não existência de óbice jurídico na Convenção 187 e na Recomendação 197, ambas da Organização Internacional do Trabalho, estando os normativos aptos para o debate político a ser travado no Parlamento”¹⁷. Esses movimentos institucionais brasileiros denotam o início de uma soma de esforços que sinalizam a intenção de incorporar a Convenção 187 da OIT em nosso ordenamento jurídico.

A partir da Convenção 187 da OIT, estão se desencadeando estratégias mundiais em busca da promoção e da divulgação da importância de culturas nacionais de prevenção. Vasta tem sido a ênfase, através de Documentos, Relatórios e Conferências Internacionais, com intuito de chamar a atenção para a necessidade da criação, efetivação e fortalecimento contínuo de uma prevenção em saúde relacionada ao trabalho.

Neste sentido, cita-se que a Declaração de Seul, publicada por ocasião do XVIII Congresso Mundial sobre Segurança e Saúde no trabalho (SST), realizado em 2008, elencou (no art. 4º) como ação prioritária, para melhorar de maneira sistemática o funcionamento nacional da SST, a ratificação da Convenção 187 da OIT. A Declaração de Seul enfatizou como prioridade o estabelecimento e o fomento de uma cultura nacional de prevenção em matéria de SST, através do conceito elaborado pela Convenção 187 da OIT (DECLARAÇÃO DE SEUL, 2008).

Igualmente ressaltando a importância da Convenção 187 para o estabelecimento de uma cultura da prevenção, a OIT editou o Plano de Ação 2010-2016, para alcançar um amplo grau de ratificação e de aplicação efetiva dos instrumentos sobre segurança e saúde no trabalho (Convenção n.155, seu Protocolo de 2002 e a Convenção n. 187). Esse Plano da OIT tem como objetivo principal criar uma sensibilização mundial sobre a importância das normas em matéria de saúde e segurança no trabalho (SST). Da mesma forma que a Declaração de Seul, o Plano de Ação 2010-2016 da OIT elege como uma das principais estratégias, em saúde e segurança no trabalho da atualidade, a promoção e a garantia do estabelecimento de

¹⁷ Disponível em: <<http://www.agu.gov.br/page/atos/detalhe/idato/239425>> Acesso em 17 ago. 2014.

uma cultura nacional de prevenção em SST, repetindo o conceito dado pela Convenção 187 da OIT (OIT, PLANO DE AÇÃO 2010-2016).

O Plano de Ação Mundial sobre Saúde dos Trabalhadores 2008-2017 da Organização Mundial da Saúde (OMS) insiste na necessidade de uma cultura de promoção e prevenção da saúde no trabalho, destacando que essa cultura deveria ser uma prioridade da atenção primária em saúde. Ademais, esse Plano da OMS enfatiza a necessidade de desenvolvimento da vigilância em saúde do trabalhador (OMS, PLANO DE AÇÃO 2008-2017).

É importante ressaltar que o recente Marco Estratégico da União Europeia em Matéria de Segurança e Saúde 2014-2020 destaca que a cultura de prevenção deve ser holística. Expressamente frisa que “é necessário criar um ambiente seguro e saudável ao longo de toda a vida ativa de uma mão de obra cada vez mais diversificada. O fomento de uma cultura da prevenção é essencial para tanto” (CEE, MARCO ESTRATÉGICO 2014-2020).

Antes de chegar nesse Marco, a Comissão Europeia realizou uma consulta pública para ouvir partes interessadas sobre a aplicação da estratégia anterior em matéria de saúde e segurança no trabalho e sobre qual caminho seguir. De forma que, o Marco Estratégico Europeu de 2014-2020 chegou à conclusão de que três são os grandes desafios a serem enfrentados durante o período: 1) melhorar a aplicação das normas vigentes em matéria de SST, especialmente mediante o reforço da capacidade das microempresas e empresas de pequeno porte para executarem eficazes e eficientes estratégias de prevenção; 2) melhorar a prevenção das doenças relacionadas com trabalho combatendo os riscos existentes, novos e emergentes; 3) Levar em conta o envelhecimento da mão de obra: na União Europeia, pois o número de pessoas de sessenta anos ou mais aumenta cada ano em mais de dois milhões (CEE, MARCO ESTRATÉGICO 2014-2020).

Em conformidade com a Diretiva 89/391/CEE (relativa à aplicação de medidas destinadas a promover a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores) (CEE, DIRETIVA 89/391/CEE), o Marco Estratégico da União Europeia em Matéria de Segurança e Saúde 2014-2020 comunica que a Comissão Europeia está realizando uma avaliação completa em todo o corpus legislativo em matéria de SST, buscando possíveis simplificações ou reduções da carga administrativa (CEE, MARCO ESTRATÉGICO 2014-2020).

Em agosto de 2014, na cidade de Frankfurt, ocorreu o XX Congresso Mundial sobre Segurança e Saúde no Trabalho, sob o lema: “Compartilhando uma Visão de Prevenção

Sustentável”. Esse Congresso reafirmou o empenho da OIT (uma das organizadoras) na divulgação de uma cultura de prevenção em segurança e saúde no trabalho. As seções especializadas do Congresso discutiram: 1) “Cultura de Prevenção – Estratégias de Prevenção”, com enfoque na necessidade de uma cultura de prevenção que inclua todos os continentes em favor da SST e de estratégias sustentáveis; 2) “Desafios em Matéria de Saúde no Trabalho” com enfoque no deslocamento da produção, a outros países ou continentes, provocados por novas tecnologias e pela contínua globalização, a qual desloca também riscos para a saúde do trabalhador; 3) “Diversidade no Mundo do Trabalho”, com enfoque nas estratégias de prevenção, as quais devem adaptar-se ao fato de que cada vez mais pessoas de distintas raízes étnicas, culturais, religiosas e idiomáticas trabalham conjuntamente, de modo a sustentar socialmente os efeitos da globalização econômica¹⁸.

Depreende-se, portanto, que a Convenção 187 da OIT vem fomentando iniciativas internacionais no sentido de promover a sua ratificação pelos Estados-membros para a implementação e aprimoramento da prevenção em matéria de saúde relacionada ao trabalho. A ratificação dessa Convenção impinge ao Estado-membro o dever de “instituir efetivamente uma cultura nacional de prevenção, de modo a promover, como prioridade máxima, a melhoria contínua da segurança e saúde no trabalho” (OLIVEIRA, 2011, p. 76).

1.2.3 Direito à Saúde do Trabalhador no Plano do Direito Nacional

As concepções jurídico-políticas constantes na Constituição de 1988, somadas às posteriores regulamentações como a Lei 8080/90, iniciaram a construção do que hoje se tem como direito à saúde do trabalhador no Brasil. Neste sentido, Oliveira (2011, p. 76) ressalta que “a Constituição da República de 1988 foi o marco principal da introdução da saúde do trabalhador no ordenamento jurídico nacional”.

¹⁸ Disponível em: < http://www.ilo.org/safework/events/meetings/WCMS_300646/lang--es/index.htm> Acesso em 16 jan. 2015.

A Saúde do Trabalhador passa a ter nova definição e novo delineamento institucional, a partir da Constituição Federal de 1988, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua incorporação com área de competência própria da saúde. Tal resultado, advindo de um processo constituinte com participação dos movimentos social e sindical, ensejou estados e municípios a atualizarem seus estatutos jurídicos de forma a acompanhar essas modificações e reforçar suas práticas no campo da Saúde, em especial da Saúde do Trabalhador. (BRASIL, LEGISLAÇÃO EM SAÚDE, 2005).

O Movimento da Reforma Sanitária, considerado como o momento de “difusão das ideias de Saúde do Trabalhador” (DIAS, 1994) exerceu influências marcantes na elaboração do texto da Constituição de 1988. A partir de sua promulgação, o texto constitucional passou a ser considerado como a principal fonte normativa em saúde do trabalhador no Brasil.

A Constituição Federal de 1988 preconiza que a dignidade humana (a saúde é uma de suas dimensões) e os valores sociais do trabalho são fundamentos sobre os quais se edifica, de modo permanente, a construção do Estado Democrático de Direito (art. 1º, III e IV). Esses fundamentos são atendidos quando o trabalho é decente e desempenhado em condições seguras e salubres.

O artigo 6º da Constituição Federal de 1988 classifica a saúde como um direito social. Logo, a saúde do trabalhador também se encontra abrangida nesta classificação. A implicação prática desta classificação dá-se no sentido de que o direito à saúde do trabalhador possui uma natureza positiva prestacional, no sentido de que pressupõe a criação ou a disposição das prestações que constituem o seu objeto (SILVA, 2008). Esse direito à prestação compositivo do direito à saúde do trabalhador pode ser dividido em direito à prevenção e direito à reparação.

Neste sentido, no Brasil, o direito à saúde do trabalhador é classificado como um direito fundamental, o qual possui uma dupla dimensão: negativa (no sentido de abstenção de condutas que lhe causem agressões) e positiva (exige prestações positivas para a sua satisfação).

Trata-se a saúde do trabalhador de um direito humano fundamental de natureza negativa e positiva, como já apontado, o qual exige tanto do empregador quanto do Estado não somente a abstenção de práticas que ocasionem a doença física ou mental do trabalhador, mas também uma positividade, isto é, a adoção de medidas preventivas de tal doença. Eis aí os dois aspectos essenciais do mencionado direito: a) o direito à abstenção; b) e o direito à prestação, por sua vez subdividido em direito à prevenção e direito à reparação (SILVA, 2008, p. 136).

A obrigação de prevenção em saúde do trabalhador no plano constitucional foi expressamente estabelecida no artigo 7º, inciso XXII, a Constituição Federal de 1988:

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 (BRASIL, CONSTITUIÇÃO FEDERAL 1988).

Por esse dispositivo constitucional, “pela primeira vez o texto da Constituição menciona ‘normas de saúde’, e por isso não pode ser relegada a segundo plano a amplitude do conceito de saúde” (OLIVEIRA, 2011, p. 144). O artigo 7º, inciso XXII, deve ser interpretado em consonância com a Convenção 155 da OIT, a qual realiza uma definição de saúde sob o aspecto da integralidade (abrangendo aspectos físicos e mentais). De acordo com esse artigo constitucional, o trabalhador deverá ter assegurado o “direito à redução de todos os riscos (físicos, químicos, biológicos, mecânicos e fisiológicos, estressantes, psíquicos e outros) que afetam à saúde no ambiente de trabalho” (OLIVEIRA, 2011, p. 144)

O artigo 7º, inciso XXII, da Constituição Federal de 1988 dispõe sobre “um princípio fundamental sobre promoção de medidas preventivas nos locais de trabalho” (OLIVEIRA, 2011, p. 47). Isso porque a redução de riscos inerentes ao trabalho pode ser considerada como um dos principais objetivos dos programas de prevenção.

Oliveira (2011) considera que o artigo 7º, inciso XXII, deve ser interpretado como veiculador do “princípio do risco mínimo regressivo”. O autor elabora essa denominação para explicar que o cumprimento do artigo 7º, inciso XXII, deve se dar de forma que “a primeira atuação do empregador deve ter como objetivo eliminar totalmente os riscos à vida ou à saúde do trabalhador” (OLIVEIRA, 2011, p. 148). Caso a completa eliminação não seja possível, o empregador deverá reduzir a exposição aos agentes nocivos ao mínimo possível, e “mesmo assim, deverá reduzir progressivamente na direção do risco zero” (OLIVEIRA, 2011, p. 148).

Em consulta à jurisprudência trabalhista a respeito da aplicabilidade do artigo 7º, inciso XXII da Constituição Federal, verifica-se que sua aplicabilidade nas demandas judiciais ocorre, principalmente, nos casos de redução de intervalos.

Ementa: Intervalo Intrajornada. Redução. Previsão em norma coletiva. Afronta ao disposto nos artigos 71 da CLT e 7º, XXII, da Constituição da República. Em que pese, a princípio, ser devida a observância dos regramentos contidos em negociação coletiva, em observância do princípio da autonomia das vontades coletivas, consagrado no inciso XXVI do art. 7º da Constituição da República, não se pode aceitar a prevalência da vontade coletiva quando esta discrepa das normas legais de ordem pública e sua aplicação importar prejuízo ao trabalhador, sendo o que ocorre quando há redução do intervalo previsto nos artigos 71 da CLT e 7º, XXII, da Constituição da República (*grifou-se*) (BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0000041-31.2013.5.04.0371. Relator: Clóvis Fernando Schuch Santos. Data de julgamento: 15.05.2014).

Também pode ser verificada a aplicabilidade do 7º, inciso XXII, em casos em que é pleiteada indenização por dano moral em razão do empregador não ter proporcionado condições dignas aos trabalhadores.

Ementa: Indenização por Danos Morais. Hipótese em que demonstrado que as rés não proporcionaram condições de trabalho dignas ao reclamante e adequadas à preservação da saúde, higiene e segurança do empregado (art. 7º, XXII, da CF), o que caracteriza ato ilícito e dá ensejo ao reconhecimento do dano moral. Mantida a condenação das rés à indenização por danos morais (BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0001193-58.2012.5.04.0401. Relator: Roberto Antonio Carvalho Zonta. Data de julgamento: 30.04.2014).

No inciso seguinte, XXIII, o artigo 7º da Constituição Federal dispôs sobre:

Art. 7º: São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: XXII- adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas, na forma da lei; (BRASIL, CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988).

Obviamente que o trabalho insalubre ou perigoso não pode ser proibido, pois algumas atividades assim consideradas são imprescindíveis para a vida em sociedade (tal, como, o recolhimento de lixo hospitalar). No entanto, o pagamento de adicionais para todas as atividades que possam envolver perigo ou insalubridade, sem ao menos serem feitas tentativas para eliminar ou diminuir os riscos existentes, desvia os objetivos dos preceitos constitucionais. Conforme adverte Oliveira, “a opção de instituir recompensa monetária pela

exposição aos riscos desvia a preocupação com o problema central, que é a saúde do trabalhador” (OLIVEIRA, 2011, p. 155).

As grandes discussões doutrinárias e jurisprudenciais nesta área referem-se à base de cálculo para pagamento, direito adquirido, ampliação ou redução das atividades que propiciam os adicionais. A luta, na realidade, tem sido travada em busca do direito ao adicional e não do direito à saúde; o adicional, que foi instituído como sanção, lamentavelmente se tornou o preceito...Como assevera Arnaldo Sussekind “é incompreensível que se permita ao trabalhador vender a saúde em troca de um sobressalário (OLIVEIRA, 2011, p. 155).

O artigo 7º, inciso XXIII, da Constituição Federal (que trata dos adicionais remuneratórios por atividades penosas, insalubres e perigosas), sempre foi mais conhecido e debatido do que inciso anterior (que trata da eliminação/redução dos riscos no trabalho). Isso porque, para Oliveira (2011), “a doutrina jurídico-trabalhista sempre esteve mais preocupada com a cultura dos adicionais compensatórios e não com a manutenção da saúde do trabalhador como bem maior a ser tutelado” (OLIVEIRA, 2011, p. 508).

A utilização da monetização do risco, através do pagamento de adicionais sem que sejam adotadas (ou ao menos tentadas) medidas para sua erradicação ou neutralização, colide com os princípios constitucionais de defesa da saúde do trabalhador, principalmente o da dignidade humana.

O artigo 7º, XXVIII, da Constituição Federal de 1988, trata da responsabilidade do empregador pelos danos materiais e/ou morais causados ao trabalhador:

Art. 7º: São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: XXVIII- seguro contra acidentes do trabalho, a cargo do empregador, sem excluir a indenização a que este está obrigado, quando incorrer em dolo ou culpa (BRASIL, CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988).

Esse artigo constitucional tem sido uma referência jurídica (doutrinária e jurisprudencial) ao tratar-se da temática “saúde do trabalhador”. Isso porque o artigo 7º, XXVIII, garantiu o direito à indenização em caso de acidentes do trabalho (em sentido genérico, incluído, portanto, as doenças ocupacionais). Na interpretação desse artigo ocorrem divergências a respeito da possibilidade de responsabilização objetiva do empregador por danos decorrentes de acidentes do trabalho e/ou doenças ocupacionais, pois a Constituição estabelece expressamente que indenização será devida quando o empregador “incorrer em dolo ou culpa”.

Diversas obras e artigos jurídicos¹⁹ tem se empenhado em defender uma ou outra corrente. Ou seja, posicionam-se interpretando o artigo 7º, XXVIII, da Constituição Federal de 1988 de maneira restritiva, admitindo somente a possibilidade de responsabilidade subjetiva do empregador em caso de acidente do trabalho ou doenças ocupacionais ou posicionam-se admitindo a possibilidade de responsabilidade objetiva em casos de riscos acentuados, em consonância com o artigo 927 do Código Civil.

Cita-se, exemplificativamente, acórdão, em interpretação ao artigo 7º, XXVIII, da Constituição Federal de 1988, aplicando a responsabilidade subjetiva em acidente do trabalho.

Ementa: Responsabilidade Objetiva ou Subjetiva. Acidente do Trabalho. A responsabilidade do empregador em acidente do trabalho será sempre subjetiva, dependendo da prova do dolo ou culpa, por força do art. 7º, XXVIII, da Constituição Federal. Caso o acidente envolva as circunstâncias de que tratam os artigos 927, parágrafo único, e 932, inciso III, ambos do Código Civil, a responsabilidade do empregador será objetiva, mas em razão de tais circunstâncias e não do acidente em si. Na situação dos autos, as atividades típicas da empresa demandada não oferecem risco por sua natureza, sendo hipótese de investigação da responsabilidade subjetiva, que restou demonstrada (BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0000904-52.2012.5.04.0781. Relator: Marcelo Gonçalves de Oliveira. Data de julgamento: 27.03.2014).

Cita-se também jurisprudência interpretando o artigo 7º, XXVIII, da Constituição Federal combinado com o Código Civil, aplicando a responsabilidade objetiva por acidente do trabalho:

Ementa: Acidente de trabalho. Teoria do risco da atividade. Responsabilidade civil objetiva. Indenização. O artigo 7º, inciso XXVIII, da Constituição Federal, preconiza que o empregador é responsável pelo pagamento de indenização decorrente de acidente do trabalho quando incorrer em dolo ou culpa. Com amparo no artigo 927, parágrafo único, do Código Civil Brasileiro, a responsabilidade civil do empregador é objetiva, nos casos em que há o exercício de atividade perigosa ou de risco acentuado. Responsabilidade solidária que se impõe à recorrente, tomadora dos serviços junto à formal empregadora, com exclusividade e em benefício de sua atividade-fim. Provimento negado (BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0001223-42.2012.5.04.0030. Relator: Juraci Galvão Júnior. Data de julgamento: 25.09.2014).

No entanto, chama-se a atenção para o fato de que o artigo 7º, XXVIII, trata do direito à saúde do trabalhador na dimensão que abrange a obrigação de reparação dos danos. Não se trata de um dispositivo constitucional voltado para a obrigação de prevenção. De modo que,

¹⁹ Nesse sentido, (ALMEIDA, 2003; DAL COL, 2005; SCHIAVI, 2006; DALLEGRAVE NETO, 2005; MELO, 2006; SOUTO MAIOR 2006).

como explica Oliveira (2011, p. 147) “é provável que a preocupação com as consequências dos acidentes e das doenças ocupacionais tenha desviado os estudos para o campo da infortunística, restando pouca dedicação ao desenvolvimento das técnicas e das normas de prevenção”.

Basta mencionar a existência de considerável construção doutrinária em torno da reparação dos danos, mas poucos estudos jurídicos no sentido de promover efetivamente a segurança e a saúde nos locais de trabalho. Em outras palavras, a precedência estava centrada nas medidas de assistência, reparação e reabilitação da vítima, em vez de ações de promoção, prevenção e proteção da saúde do trabalhador (OLIVEIRA, 2011, p. 147).

A Constituição de 1988 estabeleceu, no art. 200, inciso II e VIII, que compete ao Sistema Único de Saúde (SUS) executar ações na área de saúde do trabalhador.

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 (BRASIL, CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988).

O artigo 200, II, estabelece o dever do SUS de executar ações de saúde do trabalhador. A partir da Constituição de 1988, “a Saúde do Trabalhador passa a ter nova definição e novo delineamento institucional com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua incorporação como área de competência própria da saúde” (BRASIL, LEGISLAÇÃO EM SAÚDE, 2005).

No art. 200, VIII, tem-se a positivação constitucional expressa do meio ambiente do trabalho (a qual será objeto de maiores comentários no capítulo 3 desta dissertação). A proteção da saúde está diretamente vinculada a um meio ambiente sadio, de forma que a incolumidade físico-psíquica dos cidadãos deve ser tutelada através de um meio ambiente equilibrado, o que inclui o meio ambiente do trabalho.

A interpretação sistemática dos artigos 6º, 7º, XXII, 196 a 200 e 225 da Constituição Federal não deixa dúvidas de que a saúde do trabalhador foi erigida ao patamar de um direito social de natureza constitucional cujo cumprimento é imposto ao empregador, ao Poder Público e a toda a sociedade. Isso porque interpretação sistemática dos artigos constitucionais permite depreender que o direito à saúde do trabalhador deve ser tratado de forma preventiva

levando-se em conta todos os fatores intervenientes no meio ambiente do trabalho e não somente nos limites do *posto* de trabalho.

No plano infraconstitucional, o direito à saúde do trabalhador no Brasil é objeto de regulamentação dispersa entre diversos órgãos e setores competentes. Não há um organismo central com a função de assegurar a coerência da matéria, conforme preconiza a Convenção 155 da OIT²⁰. De modo que falar em direito à saúde do trabalhador no plano infraconstitucional pressupõe percorrer um mosaico com peças provenientes de diversos setores jurídico-institucionais (OLIVEIRA, 2006).

As disposições da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e das Normas Regulamentadoras (NR's) instituídas pela Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego n. 3.214/78, fundamentam obrigações de fazer e de não fazer voltadas especialmente ao empregador. Na CLT, o capítulo V trata da segurança e da medicina do trabalho, correspondendo aos artigos 154 a 200. Para Magano (1992, p. 155), “no capítulo em foco, encontra-se o cerne do Direito Tutelar do Trabalho porque a matéria nele versada é aquela em que se realça o intuito do legislador de evitar acidentes”.

As normas do capítulo V da CLT foram regulamentadas pela Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego n. 3.214/78, a qual contém as chamadas Normas Regulamentadoras (NRs). Trata-se de uma legislação “em resposta” ao momento vivenciado na década de 1970, quando o Brasil foi considerado o “campeão” mundial de acidentes do trabalho (OLIVEIRA, 2011). As Normas Regulamentadoras complementaram e sistematizaram o conteúdo da CLT, possuindo eficácia equivalente às leis ordinárias. Isso porque a “CLT adotou a técnica legislativa de apenas enunciar os comandos básicos, delegando ao Ministério do Trabalho a competência normativa para regulamentar os preceitos legais” (OLIVEIRA, 2006, p. 1435).

²⁰ Convenção 155 da OIT art. 15: 1. A fim de se assegurar à coerência da política referida no artigo 4 da presente Convenção e das Medidas adotadas para aplicá-la, todo membro deverá implementar, mediante consulta prévia, tão cedo quanto possível, com as organizações mais representativas de empregadores e de trabalhadores e, quando for apropriado, com outros organismos, disposições de acordo com a prática e as condições nacionais a fim de conseguir a necessária coordenação entre as diversas autoridades e os diversos organismos encarregados de tornar efetivas as Partes II e III da presente Convenção. 2. Quando as circunstâncias requererem a prática e as condições nacionais permitirem, essas disposições deveriam incluir o estabelecimento de um organismo central (OIT, CONVENÇÃO 155, 1981).

Os empregadores tem a obrigação de cumprir os requisitos estabelecidos nas NRs, sob pena de ficar caracterizada a culpa no caso de acidente ou doença ocupacional²¹. Cita-se jurisprudência, confirmando a função das NR's para efetivar o direito fundamental à prevenção da saúde do trabalhador, previsto no artigo 7º, XXII, da Constituição Federal:

EMENTA: Nulidade do Auto de Infração. As Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego que dispõem sobre medidas complementares no campo da prevenção de doenças e acidentes do trabalho cumprem expressa delegação normativa contida em Lei Federal, além de efetivarem direito fundamental previsto no artigo 7º, XXII, da Constituição Federal (BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0000736-45.2011.5.04.0018. Relator: Maria Cristina Schaan Ferreira. Data de julgamento: 24.09.2014).

Dentre os dispositivos do Capítulo V da CLT, destaca-se o artigo 156, o qual estabelece a competência das Delegacias Regionais do Trabalho para fiscalizar o cumprimento das normas de segurança e medicina do trabalho, adotar medidas que tornem exigíveis determinando obras e reparos nos locais de trabalho, bem como para impor penalidades por descumprimento das normas constantes no Capítulo V da CLT. A NR 28, da Portaria 3.214/78, regulamenta a fiscalização e as penalidades no âmbito da segurança e medicina do trabalho.

O artigo 157 da CLT determina às empresas (leia-se empregador) a obrigação de cumprir e fazer cumprir as normas de segurança e medicina do trabalho; instruindo os empregados através de ordens de serviço e adotando as medidas que lhes sejam determinadas pelo órgão competente.

Já o artigo 158 da CLT determina aos empregados: observar as normas de segurança e medicina do trabalho, bem como colaborar com a empresa. De forma que o artigo 158 enquadra como ato faltoso do empregado a recusa injustificada à observância das instruções expedidas pelo empregador e ao uso dos equipamentos de proteção individual (EPI). Neste sentido, “a não observância por parte do empregado das instruções expedidas pelo

²¹ “A violação de norma legal, ao acarretar dano ao trabalhador, desencadeia a possibilidade de responsabilidade haja vista que faz nascer a presunção de culpa do empregador – culpa contra a legalidade – incumbindo-lhe o ônus de provar o contrário. Oliveira explica que: “na investigação da possível culpa do reclamado, relacionada com o acidente do trabalho ou doença ocupacional, o primeiro passo é verificar se houve descumprimento das normas legais ou regulamentares que estabelecem os deveres do empregador quanto à segurança, higiene e saúde ocupacional. A simples violação de alguma dessas normas, havendo nexo causal, cria a presunção de culpa do empregador pelo acidente do trabalho ocorrido, uma vez que o descumprimento da conduta normativa prescrita já é a confirmação da sua negligência, a ilicitude objetiva ou culpa contra a legalidade” (OLIVEIRA, 2007, p. 160-161).

empregador, o uso dos EPI's e as demais normas de segurança e medicina do trabalho implicam justa causa para a sua dispensa” (MARTINS, 2005, p. 206).

O artigo 160 da CLT estabelece que nenhum estabelecimento poderá iniciar suas atividades sem prévia inspeção e aprovação das respectivas instalações pela autoridade competente em matéria de segurança e medicina do trabalho. Caso ocorra modificação substancial nas instalações, inclusive nos equipamentos, nova inspeção deverá ser feita. Melo (2008, p. 35) considera o artigo 160 “como a mais importante forma de prevenção dos agravos à saúde do trabalhador, embora na prática seja pouco cumprido”. A NR 2 da Portaria 3.214/78 versa sobre a inspeção prévia.

O artigo 161 assegura ao Delegado Regional do Trabalho a interdição de estabelecimento, setor de serviço, máquina ou equipamento, ou embargar a obra, que demonstre grave e iminente risco para o trabalhador. A NR 3 da Portaria 3.214/78 trata do embargo ou interdição de estabelecimento. Já o artigo 162 determina que as empresas estão obrigadas a manter serviços especializados em segurança e medicina do trabalho. Esse artigo foi regulamentado pela NR4, da Portaria 3.214/78, a qual trata dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT com a “finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho (NR 4, item 4.1). Os SESMT organizam-se conforme o grau de risco da atividade principal e ao número total de empregados do estabelecimento. Cita-se jurisprudência neste sentido:

Ementa: Multas Administrativas. Dimensionamento do SESMT. O dimensionamento do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) deve levar em consideração o risco da atividade principal da empresa e o número total de empregados em atividade no estabelecimento, excluídos os empregados com contrato de trabalho suspenso por motivo de aposentadoria por invalidez. Recurso ordinário da União desprovido (BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0068200-91.2008.5.04.0018. Relator: Denis Marcelo De Lima Molarinho. Data de julgamento: 01.12.2011).

Os SESMT devem ser compostos por médico do trabalho, engenheiro de segurança do trabalho, enfermeiro do trabalho, técnico de segurança do trabalho e auxiliar de enfermagem do trabalho. De forma que o “SESMT deve ser integrado por profissionais habilitados, empregados da empresa, cuja prioridade está voltada para a eliminação dos riscos existentes no ambiente do trabalho, ou seja, tem caráter essencialmente prevencionista” (OLIVEIRA, 2011, p. 443).

Cabe ressaltar, entretanto, que esse serviço especializado abrange um universo reduzido de empregadores, porque só é obrigatório para as empresas de grau de risco 4, a partir de 50 empregados; para as empresas de grau de risco 3, a partir de 100 empregados e para as empresas de grau de risco 1 e 2, a partir de 500 empregados. Mesmo assim, em muitas empresas, o SESMT fica reduzido ao papel de medicalização, tratando dos sintomas sem eliminar os agentes agressivos provenientes da atividade exercida (OLIVEIRA, 2011, p. 442-3).

A Convenção 161 da OIT, em vigor no Brasil desde 1991, realizou inovações legais, que deixou desatualizada a legislação brasileira a respeito do SESMT (OLIVEIRA, 2011). Por exemplo, o art. 13 da Convenção 161 da OIT prevê que todos os trabalhadores devem ser informados dos riscos para a saúde inerentes ao seu trabalho. De forma que a “a informação pormenorizada dos riscos ao trabalhador não é mera faculdade do SESMT, tendo passado a ser obrigação” (OLIVEIRA, 2011, p. 445).

O artigo 163 obriga a constituição de Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) conforme regulamentação do Ministério do Trabalho. A CIPA é regulamentada pela NR 5, a qual define que ela tem por objetivo “a prevenção de acidentes de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador” (NR5, item 5.1).

A CIPA tem como objetivo definido na regulamentação a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador. Entretanto, a contribuição da CIPA na melhoria das condições de trabalho é tímida. Na maioria das pequenas e médias empresas, a CIPA só existe formalmente, isto é, no papel, porque não encontra liberdade ou espaço para atuar (OLIVEIRA, 2011, p. 445).

Para que tenha a obrigação de constituição de CIPA, a empresa deverá ter mais de 20 empregados. Martins (2005, p. 112) explica que “o dimensionamento da CIPA será proporcional ao número de funcionários da empresa, com paridade de representantes de empregados e empregadores”. A CIPA deve composta por representantes da empresa e dos empregados. Os representantes da empresa, titulares e suplentes, serão designados pelo empregador. Ao passo que os representantes dos empregados deverão ser eleitos exclusivamente pelos empregados interessados. O mandato dos membros da CIPA terá a duração de 1 ano, permitida uma reeleição. O artigo 165 da CLT estabelece que os titulares da

representação dos empregados nas CIPAs não poderão sofrer despedida arbitrária. Neste sentido, cita-se jurisprudência:

Estabilidade provisória. CIPA. Posse de suplente posterior a eleição. Os representantes eleitos dos empregados na Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), titulares e suplentes, possuem direito à estabilidade provisória até um ano após o mandato. Por força das normas do Ministério do Trabalho e Emprego, a CIPA deve manter um número fixo de titulares e suplentes, de forma que o afastamento definitivo de um representante dos empregados na CIPA acarreta na assunção do mandato do empregado mais votado entre os não eleitos originariamente, observando o tempo de serviço como critério de desempate. Em tais casos específicos, o suplente recém assumido passa a ter direito à estabilidade, não podendo ser dispensado sem justo motivo até um ano após o mandato. Recurso da reclamante parcialmente provido para deferir indenização substitutiva (BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0001556-09.2012.5.04.0122. Relator: Flávia Lorena Pacheco. Data de julgamento: 03.04.2014).

O artigo 10, inciso II, letra a, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, veda a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para o cargo de direção de Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA, desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato. Cita-se jurisprudência confirmando garantia provisória no emprego, a teor do art. 10, II, *a*, do ADCT da Constituição Federal:

Ementa: Estabilidade do Membro da CIPA. Despedida Arbitrária ou sem Justa Causa. Comprovação. Indenização correspondente ao período faltante. Devida. Tratando-se de empregado membro integrante da CIPA, a ele se estende a garantia provisória no emprego, a teor do art. 10, II, *a*, do ADCT da Constituição Federal, sendo vedada a dispensa, reputada arbitrária, no interregno que medeia o registro de sua candidatura e até um ano após o final do mandato. Comprovado que o cipeiro foi despedido durante o período de garantia mínima ao emprego, e esgotado este, é devida uma indenização correspondente aos salários desde a despedida arbitrária até alcançar um ano após o término do mandato (BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0001251-19.2012.5.04.0027. Relator: Marcelo José Ferlin Ambroso. Data de julgamento: 05.06.2014).

Sussekind (2004, p. 263) destaca que “nas empresas em que o funcionamento das CIPAS é prestigiado pela respectiva administração, os índices de frequência e gravidade dos acidentes do trabalho tendem a cair”. A CIPA tem regulamentação jurídica para servir como veículo democrático e “para canalizar as apreensões, receios e dúvidas dos trabalhadores com relação às condições de trabalho, bem como contribui para criar uma cultura prevencionista no âmbito do estabelecimento, especialmente nas grandes empresas” (OLIVEIRA, 2011, p.

439). Por isso, a necessária mudança do atual quadro em que “o que mais chama a atenção para o profissional do Direito é a estabilidade provisória dos representantes dos empregados, em vez das importantes finalidades dessa comissão, ocorrendo o mesmo no campo da pesquisa jurisprudencial” (OLIVEIRA, 2011, p. 454).

Em termos de normas infraconstitucionais relativas à preservação da segurança e saúde no trabalho destaca-se a NR 7, que instituiu a obrigatoriedade das empresas elaborarem um Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional- PCMSO, e a NR 9, que criou o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA.

O PPRA é um programa preventivo que objetiva antecipar, reconhecer e avaliar para propor medidas de controle ou de eliminação de riscos ambientais existentes ou que possam vir a existir no ambiente de trabalho. Com base no PPRA, deve o PCMSO promover a prevenção, o rastreamento e o diagnóstico precoce dos agravos relacionados ao trabalho, “privilegiando o instrumento clínico epidemiológico na abordagem da relação entre saúde e trabalho” (Item 7.2.2 da NR-7), o que evidencia a preocupação com a coletividade de trabalhadores, não somente com o indivíduo. A exigência legal do PCMSO e do PPRA representou teoricamente “a superação de um ‘viés biologista/ambiental’ e a introdução de um ‘olhar coletivo’ nas questões relacionadas com a segurança e a saúde dos trabalhadores brasileiros” (MIRANDA; DIAS, 2004, p. 225).

Mildner (2012) relata que apesar do PPRA e do PCMSO serem exemplos nítidos de aplicação do princípio da prevenção em prol da saúde do trabalhador, na realidade, ainda apresentam problemas que impedem uma efetiva atuação. Destaca, entre os principais óbices, a não participação dos trabalhadores na elaboração e na implementação dos programas, de modo que a não integração dos trabalhadores (e até mesmo dos empregadores) faz com que as propostas sejam meramente técnicas para o cumprimento de uma exigência legal.

Miranda e Dias (2004) realizaram inspeções que resultaram em um estudo de Programas de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA, da NR-9) e de Programas de Controle Médico da Saúde Ocupacional (PCMSO, da NR-7). Selecionaram trinta empresas, de diferentes ramos econômicos, com mais de cem empregados em Salvador, Bahia. Concluíram que entre as 28 empresas que elaboraram o PPRA, 26 (92,9%) delas apresentaram algum tipo de inconsistência em seu programa, seja em relação ao reconhecimento dos riscos, à avaliação quantitativa, à implantação de medidas coletivas, ao planejamento do programa ou ao cronograma de execução das ações. E, dentre as 28 empresas que elaboraram o PCMSO, 24

(85,7%) apresentaram algum tipo de inconsistência relacionada ao monitoramento biológico de riscos físicos ou em relação aos riscos químicos. O estudo ainda concluiu que dentre as 28 empresas que tinham elaborado o PPRA ou o PCMSO, em nenhuma os trabalhadores ou representantes de seu sindicato participaram dessa elaboração. Tampouco houve a ampliação das diretrizes gerais e dos parâmetros mínimos dos programas PPRA e PCMSO mediante negociação coletiva de trabalho. Em 89,3% dos casos os documentos bases do PPRA ou do PCMSO não foram apresentados e discutidos na CIPA (MIRANDA; DIAS, 2004).

A NR 17 abordou de maneira mais clara a questão da ergonomia nos postos de trabalho e a NR 18 instituiu o Programa de Controle e Meio Ambiente de Trabalho – PCMAT, direcionado para construção civil, representaram um grande avanço teórico no campo prevencionista.

Ao se tratar de direito à saúde do trabalhador no plano do direito nacional faz-se importante, ainda, mencionar instrumentos normativos que são dirigidos, especialmente, para fomentar a atuação do Estado na implementação e na materialização desse direito. Uma das mais importantes normas neste sentido é a Lei 8080/90, cujo detalhamento foi realizado através de Portarias. Tais como, a Portaria que criou a Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador (CIST); a que criou o Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (GEISAT); a que aprovou a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST); a que instituiu Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST).

A Lei 8080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Essa lei incluiu “no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): a execução de ações de saúde do trabalhador” (art. 6º, I, “c”). No artigo 6º, § 3º, a Lei definiu que:

Art. 6º § 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, 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 reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, LEI 8080/90).

De acordo, com os princípios instituídos pela Lei 8080/90, as ações de Saúde do Trabalhador englobam de modo articulado o estudo, a prevenção, a assistência, a vigilância

epidemiológica e a vigilância sanitária. O direito à saúde do trabalhador exige condutas positivas específicas dispostas no artigo art. 6º § 3º da Lei 8080/90:

Art. 6º § 3º: I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores (BRASIL, LEI 8080/90).

No capítulo da Organização, da Direção e da Gestão, a Lei 8080/90 refere-se à criação de uma comissão intersetorial de saúde do trabalhador, como forma de articular políticas e programas de interesse para a saúde cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS. A criação da Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador (CIST) deu-se pela Portaria Interministerial nº01, de 20 de abril de 1993, sendo composta pelos Ministérios da Saúde, do Trabalho, da Previdência Social e da Secretaria da Administração Federal. A produção de portarias, ordens de serviço e protocolos de intenção pela CIST tem contribuído para a expansão do direito à saúde do trabalhador no Brasil (BRASIL, LEGISLAÇÃO EM SAÚDE, 2005).

A Portaria Interministerial (do Ministério do Trabalho, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência Social) nº18, de 09 de novembro de 1993, inaugurou o Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (GEISAT) com o objetivo de promover

ações integradoras na implantação concreta das políticas emanadas entre os órgãos responsáveis pela execução da saúde do trabalhador²².

Em 30 de outubro de 1998, a Portaria MS nº 3.908 aprovou a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), a qual estabeleceu procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no SUS. A NOST é de fundamental importância porque faz referência aos mecanismos de financiamento das ações de saúde do trabalhador, detalhando e complementando a NOB-SUS 01/96²³.

Desse mesmo ano (1998), é importante ressaltar que foi publicada a Instrução Normativa da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) pela Portaria GM-MS 3120/1998, que continua vigente. Posteriormente, a Portaria nº 1.172/GM, de 15 de junho de 2004, regulamentou a NOB-SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados e municípios e Distrito Federal, na área Vigilância em Saúde, bem como definiu a sistemática de financiamento²⁴.

Em 2002 foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, através da Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. A RENAST foi definida, pelo Ministério da Saúde, como a principal estratégia para operacionalização da política nacional de saúde do trabalhador no SUS. A criação da RENAST evidencia-se como corolário de um conjunto de ações de saúde do trabalhador iniciadas ao longo dos anos 1980. Representa um importante marco de ações de saúde do trabalhador no SUS.

²² A composição e objetivos do Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador – GEISAT – foram instituídos pela Portaria Interministerial MT/MS/MPAS nº 7, de 25 de julho de 1997. Posteriormente, a Portaria Interministerial nº 1.570/GM, de 29 de agosto de 2002, passou a dispor sobre o Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador (GEISAT). O GEISAT recebeu alterações pela Portaria Interministerial n.º 153, de 13 de fevereiro de 2004, com vistas a estruturar a articulação intragovernamental em relação às medidas voltadas para as questões de segurança e saúde do trabalhador.

²³ A fim de dar cumprimento ao princípio da descentralização, o qual pressupõe maior autonomia para os entes da federação na gestão de ações e serviços de saúde foram editadas as Normas Operacionais Básicas (NOB) do Sistema Único de Saúde (SUS) – NOB-SUS. “As Normas Operacionais Básicas a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, se voltam, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade deste Sistema”. A NOB-SUS 96 estabeleceu nova forma de divisão de responsabilidades entre estados e municípios; estabeleceu critérios diferentes de alocação de recursos; trouxe nova regulamentação relativa ao Piso Assistencial Básico (PAB); apresentou diferente valor per capita para financiamento das ações de atenção básica; normatizou a Programação Pactuada e Integrada (PPI); definiu novas regras ao Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACs) e ao Programa Saúde da Família (PSF), como estratégias de mudança do modelo assistencial (BRASIL, NOB-SUS 96).

²⁴ A Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013, regulamentou as responsabilidades e definiu diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

O principal objetivo desta rede é o de articular ações de saúde do trabalhador na perspectiva da intrasetorialidade, voltadas à assistência, à vigilância, e promoção da saúde, visando garantir a atenção integral à saúde dos trabalhadores. Tem também como objetivo articular ações intersetoriais, estabelecendo relações com outras instituições e órgãos públicos e privados, como universidades e instituições de pesquisa (BRASIL, SAÚDE BRASIL 2008).

A Portaria 2.437/GM, de 7 de dezembro de 2005, ampliou a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no SUS. Essa Portaria foi revogada por outra: a Portaria de nº 2.728/GM/MS, de 11 de novembro de 2009, a qual passou a regulamentar a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Em sua atual formatação, a RENAST deve integrar a rede de serviços do SUS por meio de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Ademais, atualmente há um maior enfoque da importância do desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na Atenção Primária.

O Decreto 7.602, de 7 de novembro de 2011, dispôs sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho – PNSST. Trata-se de uma recente legislação com inegável importância para o efetivo reconhecimento, implementação e exercício do direito à saúde do trabalhador no Brasil. Ademais, como política pública social, a PNSST representa uma dimensão necessária da democracia, a qual consubstancia indicativos do projeto político formulado pela sociedade, através de seus representantes, em relação aos rumos pretendidos ao tratamento da relação saúde-trabalho.

Apesar das limitações, essa política pode representar uma abertura para articulações efetivas no futuro (MINAYO-GOMEZ, 2013). Por isso, a PNSST está sendo considerada como um marco na abordagem legislativa das relações saúde-trabalho no Brasil, pois pela primeira vez “um documento oficial explicita as responsabilidades e ações a serem desenvolvidas pelos organismos de governo responsáveis pela proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores” (DIAS; SILVA, 2013, p. 34).

A PNSST estabelece ações a serem desenvolvidas pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social, sem prejuízo da participação de outros órgãos e instituições que atuem na área. De modo que, a PNSST deverá ser implementada “por meio da articulação continuada das ações de governo no campo das relações de trabalho, produção, consumo, ambiente e trabalho” (art. 3º).

A prevenção recebe especial destaque na PNSST, pois é eleita, no art. 2º, como um de seus princípios, ao lado da universalidade; precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação; diálogo social e integralidade. Ademais, o objetivo da PNSST é a promoção da saúde e da qualidade de vida do trabalhador, bem como a *prevenção* de acidentes e de danos advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele. A partir da PNSST foi formulado, pela CT-SST (Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho), um Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PLANSAT, estabelecendo objetivos e estratégias para a aplicação prática da PNSST.

Importante também mencionar que Portaria 1.823, de 23 de agosto de 2012, instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT, com finalidade de “definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)” (art. 2º). A PNSTT-SUS confere especial ênfase ao fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), incitando o princípio da precaução como um de seus princípios norteadores.

No capítulo 3, ao tratarmos sobre o Sistema de Direitos: Deveres e Responsabilidades, voltaremos ao assunto Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho – PNSST.

2 A PREVENÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR E A CONVENÇÃO 187 DA OIT: POSSIBILIDADES E DESAFIOS

Neste segundo capítulo, o objetivo será tratar da prevenção em saúde do trabalhador em articulação com a Convenção 187 da OIT. Inicia-se abordando os possíveis paradigmas de tutela ao meio ambiente do trabalho. De maneira a investigar os modelos em que as estratégias de prevenção aos agravos à saúde relacionada ao trabalho podem se inserir. Neste sentido, fundamental perquirir em qual paradigma a prevenção realizada no Brasil é enquadrada.

Também, neste momento, inicia-se a investigação do conceito de prevenção em matéria de saúde relacionada ao trabalho proposto pela Convenção 187 da OIT. Para tanto, fundamental se fará a busca pelas atas e pelos documentos oficiais da OIT que antecederam a essa Convenção, os quais contem as discussões propulsoras para a sua elaboração.

Após analisar as possibilidades de articulação entre a prevenção em saúde do trabalhador e os conceitos propostos pela Convenção 187 da OIT, parte-se para análise dos principais desafios para a materialização da prevenção em saúde do trabalhador. Primeiramente, aborda-se os desafios globais ressaltados nos documentos (informes oficiais e relatórios) da OIT para a prevenção à saúde do trabalhador. Posteriormente, identifica-se possíveis obstáculos presentes no atual paradigma brasileiro de prevenção em saúde relacionada ao trabalho.

2.1 A PREVENÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR: PARADIGMAS DE TUTELA AO MEIO AMBIENTE DO TRABALHO

A atenção à saúde do trabalhador exige a consideração dos impactos do trabalho sobre o processo saúde-doença. De modo que, a prevenção em saúde já ofertada aos trabalhadores, como integrantes da população em geral, deve ser ampliada de modo a “olhá-los como sujeitos a um adoecimento específico que exige estratégias – também específicas – de promoção, proteção e recuperação da saúde” (DIAS, 1994, p. 17). Neste sentido, a prevenção em saúde do trabalhador justifica-se porque, além de compartilharem um viver, nascer e

morrer semelhante ao da população em geral, os trabalhadores estão sujeitos a um adoecimento específico, representado pelos acidentes do trabalho e pelas doenças ocupacionais.

Trata-se de uma especificidade que deve ser contemplada para todos os trabalhadores “independente de seu maior ou menor valor no sistema de produção ou de sua maior ou menor capacidade de organização e pressão” (DIAS, 1994, p. 17). Trata-se de uma particularidade da atenção à saúde do trabalhador (incluindo, portanto, a prevenção) que:

Apesar de simples (e óbvia para alguns), esta proposição tem sido questionada de muitas formas e por vários motivos, tanto por aqueles que não concordam ou não percebem essa especificidade, quanto, particularmente por aqueles que olham a questão da saúde dos trabalhadores apenas como um fator de produção ou uma questão de relações de trabalho, e não enquanto direito básico de cidadania (DIAS, 1994, p. 17).

As estratégias de prevenção em saúde do trabalhador podem ser estudadas levando-se em consideração modelos de tutela ao meio ambiente do trabalho. Neste sentido, Rocha (2013), considera que os paradigmas de tutela ao meio ambiente do trabalho possuem certas características em comum que permitem a sua classificação em três paradigmas diferenciados: “Paradigma Protetivo Tradicional”, “Paradigma em Transição” e “Paradigma Emergente”. Para o autor,

(...) existem modelos de proteção que privilegiam medidas de segurança e uso de equipamentos de proteção individual; outros começam a implantar tutelas preventivas; e existem, ainda, aqueles que, em uma perspectiva emergente incorporam a tutela preventiva e implementam legislações que tratam efetivamente do meio ambiente do trabalho como um todo. Em vista disso, denomina-se o primeiro paradigma de tradicional; o segundo, em transição; e o último, preventivo emergente. (...) experiências em sistemas legais (campos jurídicos estatais) delimitam diferenciações e similitudes dos paradigmas propostos (ROCHA, 2013, p. 119).

Neste sentido, os “paradigmas de tutela à saúde do trabalhador são dispostos numa

tipologia fundada em três modelos básicos” (ROCHA, 2013, p. 121). De maneira em que:

Os sistemas legais foram agrupados em paradigmas conforme critérios classificatórios que tomam em consideração as variáveis: medida protetiva individual vs. medida protetiva coletiva; neutralização de agentes agressivos vs. substituição e proibição de agentes agressivos; compensação (reparação) vs. prevenção; adaptação do trabalhador ao trabalho vs. adaptação do trabalho ao trabalhador; modelo higiene e segurança vs. modelo integral do meio ambiente do trabalho e saúde coletiva; sistemas centralizados de gestão vs. cogestão e coparticipação dos trabalhadores (ROCHA, 2013, p. 121).

No “Paradigma Protetivo Tradicional”, as medidas individuais de proteção ocupam centralidade. O objetivo maior da prevenção sob esse paradigma é neutralizar os agentes agressivos presentes no local de trabalho. De modo que o “modelo preventivo tradicional constituiu-se gradualmente e representa um avanço considerável em relação à ausência de qualquer proteção” (ROCHA, 2013, p. 122). No entanto, “adapta-se o homem trabalhador aos riscos e perigos de determinadas atividades, estabelecendo sistema de compensação pelo trabalho realizado em áreas insalubres e perigosas” (ROCHA, 2013, p. 122). Priorizam-se medidas que preconizam o uso dos equipamentos de proteção individual (EPI’s).

Neste paradigma de prevenção, insere-se os chamados “limites de tolerância”, os quais, segundo Rocha (2013, p. 161), constituem-se verdadeiros “limite de letalidade, pois trabalhadores em determinadas atividades insalubres são obrigados a laborar em ambientes de trabalho com agentes físicos e químicos danosos à saúde de forma permanente”.

Sob o Paradigma Protetivo Tradicional, as inspeções/fiscalizações do trabalho são conduzidas para verificar a observância, ou não, de cumprimento dos instrumentos de proteção individual. Trata-se de fiscalizações realizadas em detrimento de inspeções que abrangem aspectos do ambiente do trabalho e que valorizem a participação do trabalhador. A inspeção no Paradigma Protetivo Tradicional não é considerada como um momento em que medidas preventivas no trabalho poderiam ser inseridas ou aprimoradas, mas sim considerada como um momento punitivo (ROCHA, 2013).

Para os trabalhos realizados em áreas insalubres ou perigosas, nas quais os equipamentos de proteção individual (EPI’s) não são suficientes para a redução ou neutralização dos riscos, são instituídos sistemas financeiros de compensação. Os adicionais de insalubridade e periculosidade representam uma remuneração extra pelo trabalho em

ambientes agressivos à saúde. Já as indenizações por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho representam o pagamento pela ocorrência do dano à saúde (ROCHA, 2013).

O segundo paradigma, denominado de “Paradigma em Transição”, constitui-se num avanço em relação ao Paradigma Protetivo Tradicional. Trata-se de um modelo em que as medidas coletivas de proteção começam a ter gradual prioridade sobre as medidas individuais. De modo que “classificam-se como paradigma em transição os modelos encontrados em campos legais onde se assiste a um processo gradual de práticas clássicas de proteção, mas que ainda não reuniu condições suficientes de uma tutela essencialmente preventiva” (ROCHA, 2013, p. 147).

O Paradigma em Transição se refere a modelos de prevenção que mesclam tanto características do paradigma protetivo tradicional quanto experiências a caminho do paradigma emergente preventivo. São modelos jurídicos de prevenção os quais “ainda não alcançaram patamar de medidas legais que tenham como referência fundamental o meio ambiente do trabalho e a implementação efetiva e preponderante do modelo preventivo” (ROCHA, 2013, p. 148).

Já o terceiro paradigma, denominado de “Paradigma Emergente”, a tutela preventiva à saúde do trabalhador incorpora efetivamente a prevenção, no sentido de implementar legislações que tratam do meio ambiente do trabalho como um todo. Trata-se de “uma etapa diferenciada de tutela, pois consubstancia a atuação prioritariamente na prevenção, considerando a temática da saúde dos trabalhadores em todos os aspectos relacionados com o trabalho, superando os limites do posto de trabalho” (ROCHA, 2013, p. 186).

Constitui-se em um novo paradigma de percepção das relações de trabalho em que o centro é o meio ambiente do trabalho em uma concepção que “inclui todos os fatores (psicológicos, físicos e sociais) que interferem no bem-estar do ser humano” (ROCHA, 2013, p. 185). Um modelo que se destaca diante das exigências de um novo paradigma no contexto global, qual seja, a proteção ao meio ambiente (LORENZETTI, 2010). Pode-se afirmar que a centralidade do paradigma emergente concentra-se na prevenção relacionada ao meio ambiente do trabalho, considerado de modo integral. As relações laborais são estabelecidas com a participação dos trabalhadores, buscando implementar com máxima prioridade o princípio da prevenção.

O princípio que fundamenta a legislação é o de que medidas precaucionárias, como o planejamento das atividades no meio ambiente do trabalho, constituem melhor opção de proteção. Mais do que nunca predomina a ideia de prevenção dos acidentes e doenças ocupacionais (ROCHA, 2013, p. 188).

Rocha (2013) enquadra a tutela à proteção da relação jurídica saúde-trabalho realizada no Brasil no segundo paradigma, ou seja, no Paradigma em Transição. Para o autor, o Brasil ainda não rompeu com o Paradigma Protetivo Tradicional para instaurar o Paradigma Emergente centrado no meio ambiente do trabalho. Isso porque os dispositivos da CLT “representam muito pouco do que pode ser entendido por medidas preventivas”. Mas, com a Constituição Federal de 1988, “observa-se uma crescente ruptura com o paradigma tradicional de higiene e segurança no trabalho e o aparecimento do modelo preventivo de tutela” (ROCHA, 2013, p. 156-7).

O autor salienta que a Constituição Federal de 1988 inicia uma concepção preventiva que escolhe uma nítida opção ambientalista, a qual se irradia influenciando todo o sistema de prevenção. De modo que “a Constituição tem influenciado as legislações que surgiram posteriormente à sua vigência, incorporando-se gradualmente no sistema legal nacional o paradigma de tutela ao meio ambiente do trabalho” (ROCHA, 2013, p. 159). A Lei 8080/90 “constitui-se exemplo significativo, reportando-se inúmeras vezes ao meio ambiente do trabalho e à saúde dos trabalhadores, com fundamento em uma filosofia basicamente preventiva” (ROCHA, 2013, p. 159).

No entanto, apesar dos avanços representados principalmente pela Constituição Federal de 1988, o Brasil classifica-se no Paradigma em Transição (e não no Paradigma Emergente) porque se encontra obstáculos e contradições no interior do próprio sistema. De modo que “com base na compreensão dos paradigmas de tutela à saúde do trabalhador, o sistema retributivo e compensatório (que ainda persiste no cenário jurídico) conflita com o Paradigma Emergente encontrado em dispositivos da Carta Constitucional” (ROCHA, 2013, p. 161).

O campo jurídico estatal brasileiro insere o paradigma emergente após a Constituição Federal de 1988, opondo-se ao modelo tradicional da higiene e segurança do trabalho, essencialmente individualista e monetarista. Contudo, persistem obstáculos e contradições no interior do próprio sistema, pois mantem-se dentro, inclusive da órbita constitucional, instrumentos como os adicionais de insalubridade, periculosidade e penosidade (ROCHA, 2013, p. 160).

A tutela à saúde do trabalhador sob o Paradigma Emergente deve ser feita em consideração à máxima prioridade ao princípio da prevenção, em respeito ao meio ambiente seguro e saudável. De modo que se busca evitar danos à saúde do trabalhador e, conseqüentemente, cumprir o direito à saúde do trabalhador essencialmente pela satisfação da obrigação de prevenção, ao invés, da reparação.

O conceito de cultura nacional de prevenção em matéria de saúde e segurança dado pela Convenção 187 da OIT tem como elemento central o meio ambiente de trabalho seguro e saudável. De forma que insere-se nesta linha preconizada pelo Paradigma Emergente de prevenção em saúde do trabalhador centrada no ambiente do trabalho como um todo. A seguir, passa-se a análise da prevenção em saúde do trabalhador na Convenção 187 da OIT.

2.2 A PREVENÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR NA CONVENÇÃO 187 DA OIT

A Organização Internacional do Trabalho, através de sua atividade normativa, tem somado esforços para a promoção de relações laborais que preservem à saúde dos trabalhadores. De modo que “a proteção dos trabalhadores contra as doenças e acidentes relacionados ao trabalho, prevista no Preâmbulo da Constituição da OIT é um elemento fundamental e segue sendo uma alta prioridade para a OIT” (OIT, INFORME VI, 2003).

Durante a realização da Reunião da 91ª Conferência Internacional do Trabalho (CIT)²⁵, ocorrida em 2003, expressamente restou deliberado a necessidade de elaboração de um novo instrumento que representasse um marco de promoção em matéria de segurança e saúde no trabalho com caráter prioritário (OIT, GB 288/3/1, 2003). Após a realização dessa 91ª Reunião, a OIT concluiu “que era necessário fomentar, com máxima prioridade, uma cultura preventiva a respeito da segurança e saúde do trabalhador em nível internacional, nacional e empresarial” (OLIVEIRA, 2011, p. 102).

²⁵ A Conferência Internacional do Trabalho, órgão normativo, é composta: por dois delegados do governo, um delegado dos empregadores e um dos trabalhadores. Cada um dos quatro delegados pode ser acompanhado por conselheiros técnicos, em número máximo de dois por matéria discutida na ordem do dia da sessão, sem direito a voto. Anualmente, ocorrem reuniões da Conferência Internacional do Trabalho na sede da OIT na Suíça (Genebra). Artigos 3º a 6º da Constituição da OIT: OIT. Constituição da Organização Internacional do Trabalho. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/portugue/region/ampro/brasil/inf/download/constituicao_oit.pdf> Acesso em 08 mar. 2015.

A proposta de realização de um novo instrumento, representativo de um marco de promoção em matéria de segurança e saúde no trabalho, foi submetida a exame durante a 93ª Reunião da Conferência Internacional do Trabalho, ocorrida em 2005. Nesta 93ª Reunião, restou decidido que o novo instrumento teria a forma de uma Convenção e de uma Recomendação (OIT, INFORME IV (1), 2005).

Durante a 95ª Reunião da Conferência Internacional do Trabalho, em junho de 2006, após discussões e propostas de emendas solicitadas pelos membros empregadores, trabalhadores e governamentais, a OIT aprovou a Convenção 187 e a Recomendação 197. Na 95ª Reunião, o representante do Secretario Geral da OIT abriu os trabalhos, destacando em sua fala, que o objetivo geral era discutir um novo instrumento que constituísse um marco promocional para segurança e a saúde no trabalho. Para tanto, a prevenção em matéria de segurança e saúde no trabalho seria um aspecto fundamental. Em seguida, manifestou-se o vice-presidente empregador e a vice-presidente trabalhadora. Ambos realizaram suas manifestações no sentido de que, em razão do elevado número de acidentes e de doenças relacionados ao trabalho, o objetivo do novo instrumento deveria ser fomentar compromissos políticos para propiciar a prevenção em matéria de segurança e saúde. (OIT, 95ª REUNIÃO ATAS, 2006).

Após a aprovação da Convenção 187 e da Recomendação 197, o diretor geral da OIT, Juan Somavia, destacou que a questão da segurança e da saúde no trabalho sempre foi um elemento central do trabalho da OIT e que o alto número de mortes e doenças relacionadas ao trabalho era inaceitável. O diretor salientou que os novos instrumentos aprovados ajudariam a avançar para uma sensibilização mundial para uma maior importância à segurança e à saúde no trabalho (OIT, 95ª REUNIÃO ATAS, 2006).

Neste sentido, a Convenção 187 da OIT foi elaborada com o intuito de demarcar uma nova estratégia mundial em termos de saúde relacionada ao trabalho. Trata-se do resultado de uma estratégia global, com respaldo político dos Estados-Membros, que passou a “representar, verdadeiramente, um marco nas medidas preventivas de segurança e saúde nos locais de trabalho” (OLIVEIRA, 2011, p. 102). Essa necessidade de construção de um novo instrumento no âmbito da OIT, que ressaltasse a importância da prevenção em matéria de segurança e saúde, emergiu diante das estatísticas globais relativas aos acidentes e doenças relacionados ao trabalho.

As conclusões da CIT destacaram a gravidade das repercussões dos acidentes e das doenças ocupacionais em todo o mundo e reafirmaram que a segurança e a saúde no trabalho (SST) segue sendo um requisito fundamental para alcançar os objetivos do Programa Trabalho Decente. Nas conclusões se pede a adoção de novas estratégias e soluções tanto para os perigos bem conhecidos, como para os problemas que podem surgir (OIT, GB 288/3/1, 2003).

A Convenção 187 da OIT prevê a necessidade de desenvolvimento, implantação e revisão periódica, em consulta tripartite, de uma estrutura composta por um sistema nacional. Dispõe sobre a necessidade de uma política nacional coerente de segurança e saúde no trabalho e sobre um plano nacional de segurança e saúde no trabalho. O sistema nacional relacionado à saúde e segurança no trabalho proposto pela Convenção será objeto de maiores análises no capítulo 3, ao tratarmos do item sistema de direitos: deveres e responsabilidades.

Dentre os conceitos propostos pela Convenção 187 da OIT, destaca-se a definição de *Cultura Nacional de Prevenção em Matéria de Saúde e Segurança* constante no artigo 1º, alínea “d”. Essa definição tem como elemento fundamental o respeito a um meio ambiente de trabalho seguro e saudável. Transcreve-se:

Artigo 1º, alínea “d”: A expressão **cultura nacional de prevenção** em matéria de saúde e segurança diz respeito a uma cultura em que o direito a um meio ambiente seguro e saudável de trabalho é respeitado em todos os níveis, em que governo, empregadores e trabalhadores participam ativamente em iniciativas destinadas a assegurar um meio ambiente de trabalho seguro e saudável através de um sistema de direitos, responsabilidades e deveres, definidos e que seja atribuída a máxima prioridade ao princípio da prevenção (OIT, CONVENÇÃO 187, 2006).

No Documento GB.288/3/1, de 2003, da OIT (o qual contém as discussões iniciais precursoras e propulsoras da elaboração da Convenção 187 da OIT) extrai-se já uma primeira discussão desse conceito “cultura nacional de prevenção” empregado pela OIT:

Uma cultura nacional de prevenção em matéria de segurança e saúde no trabalho implica o respeito ao direito de gozar de um meio ambiente de trabalho seguro e saudável em todos os níveis; a participação ativa dos governos, dos empregadores e dos trabalhadores para assegurar um meio ambiente de trabalho seguro e saudável através de um sistema de direitos, responsabilidades e deveres definidos; e a atribuição de máxima prioridade ao princípio da prevenção. A fim de instaurar e manter uma cultura de prevenção em matéria de segurança e saúde devem ser empregados todos os meios disponíveis para aumentar a sensibilização, o conhecimento e a compreensão geral a respeito dos conceitos perigo e risco, assim com da maneira de preveni-los e controla-los (OIT, GB 288/3/1, 2003).

Através de pesquisa nas atas das reuniões da Conferência Internacional do Trabalho, especialmente as reuniões de n. 91^a, 93^a e 95^a (e nos documentos oficiais resultantes das conclusões elaboradas por essas Conferências Internacionais do Trabalho), desvela-se o processo de elaboração do conceito de *cultura nacional de prevenção em matéria de segurança e saúde no trabalho* presente na Convenção 187. Quando a Oficina Internacional do Trabalho²⁶ elaborou um “Projeto de Convenção sobre o Marco Promocional para a Segurança e Saúde no Trabalho”, a expressão cultura nacional de prevenção em matéria de segurança e saúde foi definida como:

A expressão cultura nacional de prevenção em matéria de saúde e segurança diz respeito a uma cultura em que o direito a um meio ambiente seguro e saudável de trabalho é respeitado em todos os níveis, em que governo, empregadores e trabalhadores participam ativamente em iniciativas destinadas a assegurar um meio ambiente de trabalho seguro e saudável através de um sistema de direitos, responsabilidades e deveres, definidos e que seja atribuída a máxima prioridade ao princípio da prevenção (OIT, INFORME IV (1), 2005).

Após a elaboração do Projeto de Convenção, a OIT convidou os Estados-Membros para que enviassem seus comentários sobre questões específicas e sobre quaisquer modificações que desejassem formular nos textos dos Projetos de Convenção e de Recomendação sobre o Marco Promocional para a Segurança e Saúde no Trabalho. Essa resposta deveria chegar a Oficina da OIT até 15 de novembro de 2005. Até essa mesma data, os Estados-Membros também deveriam informar à Oficina se consideravam como viáveis os textos dos Projetos de Convenção e de Recomendação para serem postos em discussão durante a 95^a reunião da Conferência Internacional do Trabalho (OIT, INFORME IV (2A), 2006).

Em conformidade com o artigo 39, § 6º, do Regulamento da Conferência, foi solicitado aos governos que antes de formular definitivamente suas respostas, consultassem as organizações mais representativas de empregadores e de trabalhadores e indicassem quais

²⁶ Em conformidade com o artigo 39 do Regulamento da Conferência Internacional do Trabalho, a Oficina Internacional do Trabalho, que se constitui em um órgão técnico-administrativo da OIT com a função principal de “preparar os documentos e informes que constituem o material básico indispensável para as conferências a Organização” (BARZOTTO, 2007, p. 81).

organizações haviam consultados. A Oficina da OIT recebeu respostas de 63 Estados-Membros²⁷. Transcreve-se a resposta dada pelo Brasil:

Requer-se um novo exame de diversos assuntos, a saber, a possibilidade de que se considere que a segurança e a saúde no trabalho conformam um direito fundamental, a aplicação de uma política nacional e de seu conteúdo (mecanismos de financiamento, de gestão, de vigilância e de controle), a necessidade de adotar enfoques transversais na aplicação de uma política nacional e a aplicação de programas nacionais em que se adotem enfoques multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais. CNC (Confederação Nacional do Comércio): Para efeitos de contribuir de verdade com a segurança e a saúde no trabalho, o tipo de instrumento que deveria ser adotado é uma declaração investida de grande prioridade política e na qual se promova estratégias nacionais de segurança e saúde no trabalho fundamentadas numa cultura de prevenção e numa aplicação mais difundida das normas (OIT, INFORME IV (2A), 2006).

As respostas apresentadas pelos Estados-Membros para a alteração da definição de cultura nacional de prevenção em matéria de saúde e segurança no trabalho foram basicamente no sentido de substituir a expressão “atribuída máxima prioridade ao princípio da prevenção” para “atribuído na medida do possível o princípio da prevenção”, bem como sugerir que houvesse uma definição de “meio ambiente de trabalho” (OIT, INFORME IV (2A), 2006). No entanto, essas propostas de alteração não foram aprovadas, de maneira que o texto do conceito de *cultura nacional de prevenção em matéria de saúde e segurança no trabalho* não sofreu alterações desde a sua elaboração como projeto pela Oficina da OIT. De forma que o artigo 1º, alínea d, da Convenção 187 da OIT repetiu literalmente o conceito do Projeto de Convenção sobre o Marco Promocional para a Segurança e Saúde no Trabalho.

A Convenção 187 da OIT define elementos para uma cultura de prevenção em saúde do trabalhador porque ela propõe uma cultura de prevenção que assegure o direito a um meio ambiente seguro e saudável, enfatizando a máxima prioridade ao princípio da prevenção, dentro de um sistema de direitos que atribua responsabilidades e deveres para os diferentes níveis estatais, bem como assegure a efetiva participação de trabalhadores.

²⁷ São eles: Alemanha, Argentina, Armênia, Austrália, Áustria, Barbados, Belarus, Bélgica, Brasil, Canadá, República Checa, China, Chipre, República de Coreia, Costa Rica, Dinamarca, Egito, El Salvador, Emirados Árabes Unidos, Eslováquia, Espanha, Estônia, Filipinas, Finlândia, França, Grécia, Guatemala, Hungria, Índia, Islândia, Itália, Japão, Jordânia, Quênia, Kuwait, Líbano, Lituânia, Luxemburgo, Malásia, Malawi, Marrocos, Maurício, México, República de Moldova, Mongólia, Noruega, Nova Zelândia, Países Baixos, Panamá, Nova Guiné, Peru, Polônia, Portugal, Reino Unido, República Árabe, Síria, África do Sul, Suécia, Suíça, Suriname, Tunísia, Turquia, Ucrânia e Uruguai (OIT, INFORME IV (2A), 2006).

Expressamente a Convenção 187 da OIT expõe que a prevenção em matéria de saúde e segurança diz respeito a uma cultura em que governos, empregadores e trabalhadores participam ativamente em iniciativas destinadas a assegurar um meio ambiente de seguro e saudável. Portanto, os deveres e direitos pertinentes ao estabelecimento de prevenção em saúde do trabalhador, nos parâmetros da Convenção 187 da OIT, estão endereçados tanto aos Estados, quanto aos empregadores, quanto aos trabalhadores.

A OIT esclarece que o objetivo dos conceitos demarcados pela Convenção 187 é fomentar a prevenção através do desenvolvimento de compromissos políticos para lançar estratégias nacionais destinadas a promover a melhoria contínua em saúde do trabalhador, bem como pondera que medidas concretas poderão ser periodicamente adotadas a fim de alcançar progressivamente ambientes de trabalho saudáveis (OIT, LOCAIS DE TRABALHO SEGUROS E SAUDÁVEIS, 2007).

A Recomendação 197 da OIT, sobre o Quadro Promocional para a Segurança e Saúde no Trabalho (aprovada como uma espécie de regulamento da Convenção 187 da OIT) descreve com maiores detalhes as normas estipuladas na Convenção. No artigo 5º, a Recomendação 197 da OIT sugere que “ao promover uma cultura de prevenção em matéria de segurança e saúde tal como definida na alínea d, do artigo 1º da Convenção, os Estados procurarão”:

- 1) Aumentar a informação, nos locais de trabalho e entre o público, sobre a segurança e saúde no trabalho através de campanhas nacionais articuladas, sempre que necessário, com iniciativas nos locais de trabalho e em nível internacional;
- 2) Promover mecanismos para a oferta de educação e formação sobre segurança e saúde no trabalho, em especial no caso dos gestores, supervisores, trabalhadores e seus representantes e funcionários governamentais responsáveis pela segurança e saúde;
- 3) Introduzir conceitos de segurança e saúde no trabalho e, quando necessário, competências, nos programas de ensino e de formação profissional;
- 4) Facilitar o intercâmbio de estatísticas e de dados sobre segurança e saúde no trabalho entre as autoridades competentes, os empregadores, trabalhadores e seus representantes;

- 5) Prestar informações e conselhos aos empregadores e trabalhadores e respectivas organizações e promover ou facilitar a cooperação entre os mesmos a fim de eliminar ou minimizar, na medida do possível, os perigos e riscos relacionados com o trabalho;
- 6) Promover, nos locais de trabalho, o estabelecimento de políticas de segurança e saúde e a criação de comissões mistas para a segurança e saúde, bem como a designação de representantes dos trabalhadores para as questões de segurança e saúde, de acordo com as leis e práticas nacionais;
- 7) Ter em conta as limitações das micro-empresas, das pequenas e médias empresas e dos empreiteiros na implementação de políticas e regulamentos relativos à segurança e saúde, de acordo com as leis e práticas nacionais (OIT, RECOMENDAÇÃO 197, 2006).

A Recomendação 197 da OIT salienta a importância do direito à informação para a prevenção em matéria de saúde e segurança no trabalho. Essa Recomendação salienta que os Estados-membros, para promover uma cultura nacional de prevenção em matéria de SST, deverão “aumentar a informação, nos locais de trabalho e entre o público, sobre segurança e saúde no trabalho através de campanhas nacionais articuladas, sempre que necessário, com iniciativas nos locais de trabalho e em nível internacional” (art. 5º, “a”).

As campanhas, com vistas a alcançar a sensibilização social para a realidade dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, desempenham fundamental papel na luta para romper o silêncio social e para promover mobilizações eficazes em prol de uma cultura de prevenção²⁸. Neste sentido, cita-se que, a OIT promove, desde 2001, o Dia Mundial da Segurança e Saúde no Trabalho, celebrado todos os anos, no dia 28 de abril²⁹. Neste dia, a OIT realiza internacionalmente divulgações, através de diferentes métodos, para a criação e manutenção de uma cultura de prevenção em matéria de segurança e saúde no trabalho (SST).

²⁸ Especificamente no caso brasileiro, importante mencionar que a Resolução n.96/2012 do Conselho Superior da Justiça do Trabalho dispôs sobre o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho – Programa Trabalho Seguro – no âmbito da Justiça do Trabalho. Esse Programa objetiva desenvolver ações voltadas para a promoção da saúde do trabalhador, para a prevenção de acidentes do trabalho e para o fortalecimento da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. Dentre suas ações, está a colaboração na implementação de políticas públicas de defesa do meio ambiente, da segurança e da saúde no trabalho.

²⁹ “A ideia de instituir um Dia Mundial da Segurança e Saúde no Trabalho foi retirada do movimento dos trabalhadores que, todos os anos desde 1989, celebram no dia 28 de Abril, a Jornada Internacional em memória dos trabalhadores mortos ou lesionados no trabalho. A Confederação Internacional dos Sindicatos Livres e as Federações Sindicais Mundiais (a actual Federação Internacional de Sindicatos) tornaram esta jornada numa manifestação mundial e alargaram o seu âmbito de forma a abranger a noção de trabalho e locais de trabalho sustentáveis” (OIT, LOCAIS DE TRABALHO SEGUROS E SAUDÁVEIS, 2007).

No Brasil, a Lei 11.121/2005 instituiu o “Dia Nacional em Memória das Vítimas de Acidentes e Doenças do Trabalho”, a ser celebrado no dia 28 de abril de cada ano.

No item 15, a Recomendação 197 da OIT institui dever da OIT de facilitar a cooperação técnica internacional em matéria de SST de forma a prestar assistência aos países, sobretudo aos países em desenvolvimento, para os seguintes efeitos: “reforçar a capacidade dos países para o estabelecimento e manutenção de uma cultura nacional de prevenção em matéria de segurança e saúde” (OIT, RECOMENDAÇÃO 197, 2006).

A promoção da prevenção em saúde do trabalhador nos moldes da definição da Convenção 187 da OIT (com os respectivos detalhamentos realizados pela Recomendação 197 da OIT) poderá contribuir para a melhora contínua dos sistemas jurídicos de prevenção, incluída a legislação, as medidas de apoio, bem como sua aplicação através da jurisprudência dos Tribunais.

2.3 DESAFIOS GLOBAIS À PREVENÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR RESSALTADOS PELA OIT

A OIT, através de informes oficiais e relatórios, tem ressaltado que mudanças nas características das organizações de trabalho impactam diretamente sobre a saúde dos trabalhadores. Isso porque, “a segurança e a saúde no trabalho constituem uma parte essencial das relações de trabalho, pelo que é afetada pelas mesmas forças de mudança que dominam o contexto socioeconômico e global” (OIT, SAÚDE E VIDA NO TRABALHO, 2009).

Neste sentido, o primeiro desafio global que pode ser identificado para a materialização das estratégias globais de prevenção de agravos à saúde dos trabalhadores refere-se ao contexto macrossocietário atual. Trata-se de um contexto que denota transformações na esfera laboral que impactam negativamente sobre a saúde dos trabalhadores e, conseqüentemente, demandam novas táticas em termos de prevenção. Essas transformações macrossociais expressam-se, principalmente, pela velocidade de criação de tecnologias, pela introdução de novos modelos de gestão empresarial e pelas mudanças na

estrutura produtiva, as quais trazem novas formas de agressões e danos à saúde dos trabalhadores (OLIVEIRA, 2011).

Não obstante a proativa agenda da Organização Internacional do Trabalho em fomento de ambientes de trabalho dignos, através de seu grande lema traduzido na promoção do trabalho decente, – no sentido da promoção de um trabalho com justa remuneração e exercido em condições de liberdade, equidade e segurança para uma vida com dignidade, – a precarização do trabalho, decorrente das transformações macrossociais em curso, indica o agravamento dos números relacionados aos acidentes e doenças relacionados ao trabalho. (OIT, TRABALHO DECENTE NAS AMÉRICAS, 2006).

Os números aflitivos das estatísticas mundiais a respeito dos acidentes do trabalho e doenças ocupacionais reforçam e fundamentam a busca de uma nova ética de segurança e saúde como pressuposto indispensável para alcançar o trabalho digno e decente. Fica muito evidente, portanto, a tendência para os próximos anos de conferir grande destaque e vigoroso impulso ao direito dos trabalhadores a um meio ambiente de trabalho seguro e saudável (OLIVEIRA, 2006, p. 1434).

O Relatório da OIT sobre “Tendências Mundiais e Desafios da Segurança e Saúde no Trabalho” aponta que o incremento da intensidade do trabalho vinculado às pressões relativas ao rendimento das empresas pode levar a que se dedique menos tempo à prevenção e a sistemas menos eficazes na gestão da SST (OIT, RELATÓRIO TENDÊNCIAS MUNDIAIS, 2011). Neste mesmo sentido, cita-se que o Plano de Ação Mundial sobre Saúde dos Trabalhadores 2008-2017 da Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que a mobilidade cada vez maior dos trabalhadores, dos produtos e das tecnologias pode contribuir para difundir soluções inovadoras em matéria de prevenção, mas também pode fazer com que esses riscos afetem em maior medida os grupos mais vulneráveis socialmente (OMS, PLANO DE AÇÃO 2008-2017).

A efetividade da prevenção em matéria de saúde no trabalho, para alcançar êxito, necessariamente deve levar em consideração a potencialização das agressões à saúde do trabalhador provocadas pelo modelo de acumulação flexível. Esse modelo de gestão do trabalho produz consequências, tais como a intensificação do ritmo de trabalho; a exigência exacerbada de metas de produtividade; a imposição da autoaceleração através de multitarefas. Trata-se de um sistema que implica um maior desgaste psíquico do trabalhador. Segundo recente pesquisa do Eurobarômetro³⁰, os trabalhadores da União Europeia consideraram que o

³⁰ Disponível em: <http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-641_es.htm> Acesso em 15 dez. 2014.

stress é um dos principais riscos profissionais. Tal resultado chamou à atenção a respeito da repercussão que as transformações na organização do trabalhador, provocadas pelo modelo de acumulação flexível, têm causado sobre a saúde mental dos trabalhadores.

A exaustiva demanda física, psíquica e cognitiva da atualidade, a qual o trabalhador está submetido, pode ser atribuída, em grande parte, como decorrência do processo de reestruturação produtiva. Processo no qual houve a emergência da acumulação flexível, viabilizada pelas estratégias toyotistas. O Toyotismo, em suma, baseia-se na utilização intensiva de tecnologia e de informatização e pressupõe a flexibilização do aparato produtivo e das relações de trabalho (ALVES, 2011).

Através do processo de reestruturação produtiva, “vimos acontecer nas últimas décadas uma progressiva e contínua degradação das condições de trabalho, acrescidas, mais recentemente de precarizações”. Precarização do trabalho, “compreendido como processo social constituído pela amplificação e institucionalização da instabilidade e da insegurança, expressa nas novas formas de organização do trabalho” (THEBAUD-MONY; DRUCK, 2007, p. 31).

Em Documento intitulado “Locais de Trabalho Seguros e Saudáveis: Tornar o Trabalho Digno uma Realidade” (2007), a OIT destaca três grupos principais de trabalhadores os quais estão mais expostos a acidentes e doenças decorrentes do trabalho: os trabalhadores com empregos precários, os trabalhadores da economia informal e os trabalhadores das pequenas e médias empresas.

Em publicação oficial da OIT, Rodriguez (2009, p. 35) (em nítida referência a Castel) afirma: “o novo cenário mostra formas de emprego não tradicionais que representam um firme embate contra a sociedade salarial”. O resultado do esfacelamento da sociedade salarial produziu a multiplicação de trabalhos temporários, de regimes de subcontratação, de extensão de jornada de trabalho, de insegurança em relação à estabilidade do emprego e de organizações de trabalho agressoras à saúde do trabalhador.

Para Castel (1998), a precarização é um processo decorrente das novas exigências tecnológicas e econômicas. Nesse processo, a questão social se distingue sob três aspectos fundamentais: a desestabilização dos estáveis; a instalação da precariedade de diferentes trabalhadores; um déficit de lugares ocupáveis na estrutura social (parcela da população é tida como sobranter; ‘supranumerário’). Trata-se de um processo de transformações societárias que

repercute diretamente para a vulnerabilidade social. De modo que, “ênfatizar essa precarização do trabalho permite compreender os processos que alimentam a vulnerabilidade social e produzem, no final do percurso, o desemprego e a desfiliação” (CASTEL, 1998, p. 516).

As transformações no contexto macrossocial, as quais denotam a precarização como um processo multidimensional (que atinge, principalmente, a valorização simbólica do trabalho; proporciona uma instabilidade nos vínculos e relações de trabalho e gera ambientes de trabalho adversos à saúde do trabalhador) são desafios reais e latentes os quais devem ser e levados em consideração nas estratégias de prevenção em saúde do trabalhador (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010).

O segundo grande desafio que pode ser elencado para a materialização da prevenção em saúde do trabalhador em termos globais refere-se à invisibilidade social dos acidentes e doenças relacionados ao trabalho. No sentido de uma aceitabilidade social; não sensibilização; naturalização dos acidentes e doenças como algo inerente à lógica produtiva. Em 2011, o Diretor-Geral da OIT, Juan Somavia, em seu pronunciamento por ocasião do Dia Mundial sobre Segurança e Saúde no Trabalho assinalou que:

(...) os acontecimentos dramáticos como o acidente nuclear em Fukushima, Japão, neste ano, o acidente no rio Pike na Nova Zelândia no ano passado, foram as notícias mais importantes. No entanto, a maioria das lesões, enfermidades e mortes relacionadas com o trabalho passam despercebidas e não se informa sobre elas³¹.

A OIT estima que a cada 15 segundos, um trabalhador morra em razão de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho. A cada 15 segundos, 160 trabalhadores sofram um acidente do trabalho. Os dados da OIT retratam que a cada dia morrem 6,300 pessoas por causa de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho, somando mais de 2,3 milhões de mortes por ano. Anualmente ocorrem mais de 317 milhões de acidentes do trabalho³².

No entanto, em que pese o número assombroso de vítimas, até parece que nos acostumamos, e não nos sensibilizamos com os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho (SALVADOR; PAULO FILHO, 2011, p. 209). A OIT tem salientado que “em regra, o

³¹ Disponível em: <<http://www.oit.org.br/content/xix-congresso-sobre-seguran%C3%A7a-e-sa%C3%BAde-no-trabalho-discute-constru%C3%A7%C3%A3o-de-locais-de-trabalho-m>> Acesso em 05 mar. 2015.

³² Disponível em: <<http://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang-es/index.htm>> Acesso em 14 dez. 2014.

público está pouco sensibilizado para as questões de segurança e saúde no trabalho, esta área não beneficia da prioridade que merece” (OIT, SAÚDE E VIDA NO TRABALHO, 2009).

Infelizmente, de modo paradoxal, a sociedade moderna, talvez pelos altos índices de violência contra a vida humana, não se choca mais diante dos elevados números de acidentados na mesma proporção que repercute a matança e tráfico de animais, objeto de constantes matérias jornalísticas (SILVA, 2010, p. 35).

A invisibilidade social dos acidentes do trabalho constitui-se num desafio global à prevenção em saúde do trabalhador diretamente relacionado ao primeiro. Já que essa aceitabilidade social dos acidentes do trabalho, ou seja, a sua naturalização na sociedade, pode ser vista como um reflexo dos processos de precarização social do trabalho, advindos da reestruturação produtiva. Processos de precarização, os quais encobrem situações de desrespeito ao direito fundamental à dignidade do trabalhador, proporcionando um ‘silêncio social’ quanto aos agravos à saúde do trabalhador (MENDES, 2003).

A luta contra a invisibilidade social dos acidentes do trabalho e doenças relacionados ao trabalho constitui-se em um forte apelo à sensibilização social, institucional e política a respeito da necessidade de medidas de proteção à saúde do trabalhador. O rompimento da banalização e do silêncio social em torno da realidade dos acidentes do trabalho permite sua visibilidade social e, conseqüentemente, o desenvolvimento de estratégias de prevenção em saúde do trabalhador. Enquanto houver a invisibilidade social, no sentido de aceitabilidade social dos acidentes e doenças relacionados ao trabalho, dificilmente haverá uma comoção social em torno da real necessidade da materialização de uma cultura que desencadeie um sistema de direitos contra as agressões à saúde do trabalhador provocadas pelos atuais processos produtivos.

2.4 DESAFIOS DO ATUAL MODELO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO EM SAÚDE NO TRABALHO

Elege-se três premissas, as quais denominamos de “premissas-problema” do atual modelo nacional de prevenção em saúde no trabalho, que podem ser citadas como desafios presentes no paradigma brasileiro. Essas premissas podem ser vistas como um obstáculo para

uma prevenção em saúde do trabalhador baseada na proteção ao meio ambiente do trabalho em sentido integral. São elas: limites de tolerância, culpabilização da vítima, cultura do EPI.

2.4.1 Limites de Tolerância

A primeira premissa-problema que pode ser identificada no atual modelo nacional de prevenção está baseada na tendência de observar e garantir que certos fatores de risco estejam dentro dos limites de tolerância. Os limites de tolerância versam sobre um conceito emprestado da higiene industrial e da toxicologia, o qual baliza a “intervenção na realidade laboral, buscando ‘adaptar’ ambiente e condições de trabalho a parâmetros preconizados para a média dos trabalhadores normais quanto à suscetibilidade individual aos agentes/fatores” (LACAZ, 2007, p. 759). Rocha (2013, p. 161) denomina os limites de tolerância como “verdadeiros limites de letalidade”, constituindo-se “num estorvo no sistema legal brasileiro contemplados em legislação infraconstitucional, *e.g.*, nas NRs do Ministério do Trabalho”.

A CLT dispõe, no art. 190, que o Ministério do Trabalho deverá dispor sobre os limites de tolerância aos agentes agressivos, meios de proteção e o tempo máximo de exposição do empregado a esses agentes. Isso foi feito pela NR 15, Portaria 3.214/78, que trata das atividades e operações insalubres, a qual caracterizou o limite de tolerância:

15.1.5 Entende-se por Limite de Tolerância, para fins desta Norma, a concentração ou intensidade máxima ou mínima, relacionada com a natureza e o tempo de exposição ao agente, que não causará dano à saúde do trabalhador, durante a sua vida laboral (BRASIL, NR 15, 1978).

O estabelecimento dos limites de tolerância tem como finalidade primordial propor um nível de concentração, em função de uma média de tempo, em que a incidência de efeitos adversos, presentes ou gerados no ambiente de trabalho, sejam tolerados pela saúde do trabalhador. Os avanços trazidos pela ideia de limites de tolerância são evidentes, pois “serviram de base à proibição ou restrição do uso de muitas substâncias danosas à saúde” (VASCONCELOS, 1995, p. 590). Principalmente, na década de 1970, a fixação de limites de tolerância representou uma importante orientação em termos de prevenção à segurança no trabalho. Organizações internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a

Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Associação Internacional de Saúde Ocupacional editaram inúmeros documentos preconizando que os países deveriam estabelecer limites de tolerância (SALGADO; FERNÍCOLA, 1989).

Neste sentido, cita-se que, em 1976, reuniu-se em Genebra, um comitê de peritos da OMS, especialista em métodos utilizados para estabelecer níveis admissíveis de exposição profissional aos agentes nocivos, com objetivos, dentre os quais, se destaca o estabelecimento de níveis admissíveis de exposição profissional aos agentes nocivos, bem como o assessoramento aos países em desenvolvimento sobre os sistemas mais adequados para estabelecer e aplicar níveis admissíveis. Dessa reunião, originou-se o Informe Técnico 601 da OMS, versando sobre Métodos Utilizados para Estabelecer Níveis Admissíveis de Exposição Profissional aos Agentes Nocivos (OMS, INFORME TÉCNICO 601, 1977).

Nesse Informe Técnico, da década de 1970, a OMS expressamente relata que um número cada vez maior de países estabelece níveis admissíveis de exposição, em razão dos limites de tolerância “constituírem atualmente um fator fundamental de proteção sanitária dos trabalhadores” (OMS, INFORME TÉCNICO 601, 1977). Nota-se, portanto, que no período em que foi editado o Informe Técnico da OMS, a fixação de limites de tolerância representava uma moderna medida de prevenção à saúde no trabalho.

Desse mesmo período, a Convenção 148 da OIT, de 1977, sobre Meio Ambiente do Trabalho (Contaminação do Ar, Ruído e Vibrações), expressamente dispôs, no art. 8º, III, que “a autoridade competente deverá estabelecer os critérios que permitam definir os riscos de exposição à contaminação do ar, o ruído e as vibrações no lugar de trabalho, e fixar, se for possível, sobre a base de tais critérios, os limites de exposição” (OIT, CONVENÇÃO 148, 1977).

Correlata à ideia de limites de tolerância aparece a ideia de “risco aceitável”. O conceito de risco aceitável baseia-se na “inter-relação entre o diagnóstico pericial e a determinação das normas que enquadram os riscos nos limites do medicamento aceitável” (MENDES, 2003, p 77). Trata-se de um conceito que parte da ideia de que risco zero é impossível, logo é necessário adotar um nível que seja aceitável. No entanto, surgem os seguintes questionamentos: “aceitável para quem? Para quem gera o risco? Para quem está exposto? Rapidamente chega-se a ideia de que há distintos níveis de aceitabilidade frente ao mesmo risco” (RODRÍGUEZ, 2009, p. 53).

A noção de aceitação de um risco pode ser variável no tempo, conduzindo à tolerância, à naturalização, de um risco que inicialmente era considerado insustentável. Rodríguez (2009) exemplifica que a adaptação, positiva ou negativa, é uma capacidade do ser humano. O autor traz o exemplo de um sujeito que começa a trabalhar em um ambiente extremamente ruidoso: ao final dos primeiros dias, o trabalhador chegará em casa provavelmente com zumbido nos ouvidos e de mau humor. Alguns dias depois, ao ser questionado sobre o barulho, dirá que se adaptou. Trata-se de uma adaptação negativa que indica uma provável hipoacusia por ruído. Nesse caso, a adaptação significará também a amputação de um sentido (RODRÍGUEZ, 2009).

Nesta visão, prevenção significa tão somente evitar o risco ou afastá-lo do trabalhador. E, sabe-se que “um enfoque de prevenção centrado somente na noção de risco de higiene e segurança resulta absolutamente limitado” (RODRÍGUEZ, 2009, p. 53). A noção de prevenção deve abarcar tanto as noções de condições e organização do meio ambiente de trabalho quanto demais determinantes sociais, culturais e econômicos que incidem na saúde do trabalhador.

Nota-se, portanto, que o conceito de limites de tolerância apresenta fragilidades. A ideia de limites de tolerância traz consigo uma padronização que não tem como distinguir as características individuais dos trabalhadores. Os organismos humanos não são máquinas fabricadas em escala que apresentarão os mesmos ‘defeitos’ diante da exposição inadequada. Geralmente, os limites de tolerância são estabelecidos tecnicamente tomando por base a exposição humana apenas a uma substância. Ocorre que, com frequência, os trabalhadores encontram-se expostos a mais de um agente nocivo, podendo ocorrer uma potencialização ou sinergia dos agentes nocivos. Além disso, nem sempre os trabalhadores estão expostos a concentrações uniformes, por não se fixarem em apenas um local do ambiente de trabalho (SALGADO; FERNÍCOLA, 1989).

Sem mencionar o fato de que os trabalhadores também podem se encontrar expostos a “agentes químicos existentes na atmosfera não ocupacional, na água, nos alimentos e relacionados com a utilização de medicamentos, especialmente na autoprescrição e farmacodependência” (SALGADO; FERNÍCOLA, 1989, p. 94). Em suma, infinitas são as possibilidades de interações entre agentes ocupacionais e não ocupacionais. Ademais, as análises técnicas feitas, às vezes, não retratam com fidedignidade a situação de exposição agressiva à saúde, por ocorrerem problemas analíticos de amostragens. Além disso, “os

limites de tolerância estabelecidos, e a aplicação dos mesmos, leva em consideração principalmente a via respiratória” (SALGADO; FERNÍCOLA, 1989, p. 94), sem priorizar que as vias cutâneas e digestivas também devem ser consideradas.

No caso do Brasil, os limites de tolerância constantes na NR 15 foram em grande parte importados da lista da ACGIH (American Conference of Governmental Industrial Hygienists), Associação Americana Estatal de Higienistas Industriais, “sem que tivessem sido, pelo menos, feitos estudos sobre a sua aplicação nas condições de nosso país e de seus trabalhadores” (VASCONCELOS, 1995, p. 596). A prática de horas extras no Brasil também denota a falibilidade desta noção de limite de tolerância. Isso porque, geralmente, os limites de tolerância norte americanos levam em conta uma jornada semanal de 40 horas (VASCONCELOS, 1995).

Na jurisprudência, verifica-se a discussão quanto aos limites de tolerância, voltada para o deferimento, ou não, de adicional de insalubridade devido à exposição estar dentro, ou fora, dos limites de tolerância. Também é possível encontrar discussões relacionadas ao fato se houve, ou não, fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPI's) capazes de diminuir a intensidade do agente agressivo aos limites de tolerância. Neste sentido, cita-se:

Adicional de Insalubridade. Exposição dentro dos Limites de Tolerância. Indevido. Comprovado pelos documentos colacionados aos autos pela reclamada, e corroborados pelo laudo pericial, que a exposição se deu dentro dos limites de tolerância estabelecidos pelo Quadro nº 1, do Anexo 11, da NR-15, Portaria 3.214/78, não é devido adicional de insalubridade ao empregado, nos termos dos arts. 189 e 192 da CLT (BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0000233-36.2013.5.04.0541. Relator João Paulo Lucena. Data de Julgamento: 03.04.2014).

Há entendimentos jurisprudenciais no sentido de que o fornecimento de equipamento de proteção individual, que diminua a intensidade do agente agressivo a limites de tolerância, poderá fazer com que seja indevido o adicional de insalubridade:

Adicional de Insalubridade. Fornecimento de Equipamentos de Proteção. Necessidade de Comprovação. A eliminação ou a neutralização da insalubridade ocorre com a utilização de equipamentos de proteção individual ao trabalhador, que diminuam a intensidade do agente agressivo a limites de tolerância (art. 191, II da CLT; item 15.4.1, "a" da NR-15). Entretanto, é do empregador o ônus de comprovar a efetiva entrega desses equipamentos e, nos termos da Súmula nº 289 do TST,

demonstrar a fiscalização de seu uso. Recurso da reclamada improvido (BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0001595-58.2012.5.04.0234. Relator Francisco Rossal de Araújo. Data de Julgamento: 23.10.2014).

A noção de limites de tolerância e seus corolários, tais como a noção de risco aceitável, possui fragilidades que representam a necessidade de transição do atual modelo prevencionista. Os limites de tolerância “do ponto de vista prevencionista, não podem ser encarados com rigidez, e sim como parâmetros para a avaliação e controle dos ambientes de trabalho” (SALIBA; CORRÊA, 2009, p. 11). Não se trata de abolir qualquer regra que limite a tolerância a substâncias agressoras à segurança e à saúde no trabalho. Trata-se, sim, de preconizar uma prevenção em saúde do trabalhador que não esteja centrada nas intoleráveis agressões à saúde humana, normalizadas através de limites ditos tecnicamente aceitáveis, mas que, quando postos a prova, revelam falhas que atingem o bem humano mais precioso: a saúde.

2.4.2 Culpabilização da Vítima

A segunda premissa-problema, que pode ser identificada como um desafio do atual modelo nacional de prevenção, está baseada na tendência de atribuir, como causa dos acidentes do trabalho, atos inseguros do trabalhador-vítima, imputando-lhe, conseqüentemente, a culpa pelo ocorrido. De modo que, sob a tendência de culpabilizar a vítima, as medidas preventivas passam a ser centradas nos comportamentos dos trabalhadores, relegando a segundo plano causas ligadas à organização e às condições em que o trabalho se desenvolve.

No Brasil, o modelo explicativo monocausal centrado na culpa da vítima vem se mantendo intocável no meio técnico – industrial, em meios acadêmicos mais conservadores e em organismos oficiais como mostraremos neste estudo, mesmo após inúmeras críticas publicadas nas décadas de 80 e 90 (VILELA; IGUTI; ALMEIDA, 2004, p. 573).

Embora, a Instrução Normativa n. 88/2010, expedida pelo Ministério do Trabalho e Emprego (sobre diretrizes para as análises de acidentes de trabalho efetuadas por Auditor-Fiscal do Trabalho), ofereça um roteiro bastante amplo para a investigação das causas dos acidentes de trabalho e das doenças ocupacionais, por vezes, poderá prevalecer a ideia de que

os acidentes do trabalho são resultantes dos chamados atos inseguros; subjacente à ideia de culpabilização da vítima.

O conceito de ato inseguro é institucionalizado, no Brasil, através das normas técnicas da ABNT (NBR 14280 Cadastro de acidente do trabalho: procedimento e classificação, fev. 2001). Nesse conceito, o foco da investigação é centrado apenas no último ato que desencadeou o infortúnio, sem aprofundar nos demais fatores da rede causal.

Sob a perspectiva do conceito de ato inseguro, as consequências dos acidentes do trabalho são atribuídas, por exemplo, a aspectos psicológicos, a falhas humanas (ações ou omissões) que desrespeitaram normas prescritivas de segurança. De modo que as investigações tendem a atribuir como causa dos acidentes do trabalho a negligência do próprio acidentado, ou seja, a falha humana (MENDES, 2003).

Através da concepção de ato inseguro praticado por “culpa da vítima”, como fator desencadeante dos acidentes do trabalho, pode-se dizer que, “construiu-se um modelo conveniente e útil para a descaracterização da culpa do empregador ou de seus prepostos, mantendo-se um clima de impunidade em relação aos acidentes do trabalho” (VILELA; IGUTI; ALMEIDA, 2004, p. 577).

Na jurisprudência, é possível encontrar a aplicação da noção de ato inseguro para a atribuição de culpa exclusivamente à vítima, de forma a excluir a responsabilidade do empregador:

Ementa Acidente de Trabalho. Responsabilidade Civil. Nexos de Causalidade Inexistente. Culpa Exclusiva da Vítima. O ato inseguro, quando de culpa exclusiva do trabalhador, constitui hipótese de exclusão da responsabilidade do empregador pelos danos causados (BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0000158-80.2012.5.04.0751. Relator: George Achutti. Data de julgamento: 03.07.2014).

Juridicamente, considera-se que a culpa exclusiva da vítima rompe o nexo causal, não sendo devida indenização por acidente do trabalho ou doença ocupacional:

Ementa: Indenizações por Danos Material e Moral. Acidente de trânsito. Culpa exclusiva da vítima. Ausência de nexo causal com o trabalho. Indevidas. O acidente trânsito, quando causado por culpa exclusiva da vítima, ainda que no exercício da atividade laboral, não caracteriza o nexo de causalidade e afasta o dever de indenizar do empregador BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO

0000393-05.2012.5.04.0571. Relator: João Paulo Lucena. Data de julgamento: 13.11.2014.

A discussão em torno da culpa da vítima pelo acidente do trabalho pode ser relacionada ao cumprimento, ou não, por parte do empregador das normas que dizem respeito à segurança e saúde no trabalho. Isso porque o acidente do trabalho ou a doença ocupacional somente poderão ser imputados exclusivamente às vítimas quando restar comprovado que o trabalhador agiu de maneira a desencadear o ato danoso e for comprovado que não houve qualquer descumprimento por parte do empregador das normas legais de saúde e segurança no trabalho.

Ementa: Acidente do trabalho típico. Fato Exclusivo da vítima não comprovado. Responsabilização civil do empregador Configurada. O fato exclusivo da vítima enquanto excludente denexo causal e, por consequência, do dever de indenizar, somente se configura quando restar comprovado que o resultado danoso decorreu direta e exclusivamente da conduta da vítima. Hipótese em que os elementos probatórios não permitem concluir que o infortúnio ocorreu por qualquer atuação ou comportamento concorrente do trabalhador vitimado, mas por conta do descumprimento, pela empregadora, de normas legais ou regulamentares que dizem respeito a preceitos básicos de segurança relacionada ao trabalho. Recurso ordinário da reclamada a que se nega provimento (BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0010397-84.2012.5.04.0512. Relator: Laís Helena Jaeger Nicotti. Data de julgamento: 24.04.2014).

A construção em torno da culpabilização da vítima também pode ser atribuída ao fato de que temos um sistema jurídico em que a responsabilidade por acidentes do trabalho ou doenças ocupacionais é predominantemente subjetiva. De forma que, via de regra, deve ser perquirida de quem foi a culpa pelo infortúnio. Conforme já citado no primeiro capítulo deste trabalho, o art. 7º, inciso XXVIII da Constituição Federal de 1988 estabelece, como direito dos trabalhadores urbanos e rurais, “seguro contra acidentes de trabalho, a cargo do empregador, sem excluir a indenização a que está obrigado, quando incorrer em dolo ou culpa”. Denota-se diretamente do texto constitucional que o empregador responderá subjetivamente pelo acidente quando provocar o dano de forma intencional ou agir com imprudência, negligência ou imperícia.

Trata-se da tradicional e consolidada interpretação do art. 7º, inciso XXVIII, a qual preconiza que o empregador poderá ser responsabilizado nos casos em que tenha agido com dolo ou culpa. Diz-se tradicional interpretação visto que, com a entrada em vigor do Código

Civil de 2002, o qual no art. 927, parágrafo único, preconiza a responsabilidade objetiva, quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar riscos para outrem, surgiram posicionamentos, defendendo que esse artigo seria perfeitamente aplicável aos casos de acidente do trabalho³³. Seus defensores argumentam no sentido de que a adoção da responsabilidade objetiva do empregador traria benefícios ao trabalhador em sede probatória, pois esse último não teria o ônus de provar a culpa ou dolo do empregador na ocorrência do infortúnio. Nesse sentido, cita-se jurisprudência:

Não parece justificável interpretação restritiva do art. 7º, inciso XXVIII, da Constituição Federal, no sentido de que somente caberia responsabilidade subjetiva do empregador porque: “primeiro, porque, literalmente, a norma prevê que o empregador estará obrigado a indenizar “quando incorrer em culpa ou dolo”, sem utilizar a expressão “apenas”. Portanto, a norma eleva a status constitucional uma hipótese de responsabilização, fundada na responsabilidade subjetiva, sem excluir, ao menos expressamente, outras hipóteses, eventualmente previstas na legislação infraconstitucional. Segundo, porque o inciso está elencado no art. 7º da Constituição da República, que em seu caput, prevê direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, “além de outros que visem à melhoria de sua condição social”. A norma, portanto, estabelece direitos mínimos e não máximos. Terceiro porque nas situações em que o empregador causa dano no desempenho de atividade de risco, não haveria qualquer sentido para se distinguir a sua responsabilidade frente a seus empregados como subjetiva e frente a terceiros como objetiva (BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 01809-2005-203-04-00-5. Juiz Relator Fabiano de Castilhos Bertolucci. Data de julgamento: 19.12.2007).

Embora, inegável a constatação de que a aplicação da responsabilidade objetiva aos acidentes do trabalho pode trazer benefícios em sede probatória ao trabalhador-vítima, nesse tipo de responsabilização a ocorrência do dano segue constituindo-se como um elemento indispensável. Por isso, ao se tratar de saúde do trabalhador, tem sido crescente o apelo à “responsabilidade civil preventiva”, ou seja, à possibilidade de indenização sem dano. Trata-se de posicionamentos fundamentados na ideia de que a sociedade de risco atual demanda uma nova concepção de responsabilidade civil, baseada na prevenção e na precaução (SILVA, 2010).

³³ Neste sentido, cita-se: “Nota-se um nítido deslocamento do pensamento jurídico em direção à responsabilidade objetiva, especialmente nas questões que envolvem maior alcance social. Uma observação cuidadosa permite mesmo identificar o ritmo de certo movimento nesse sentido, em razão do qual é possível intuir os próximos passos, com boa margem de acerto” (OLIVEIRA, 2014, p. 122). Neste mesmo sentido: “[...] os novos rumos da responsabilidade civil caminham no sentido de considerar objetiva a responsabilidade das empresas pelos danos causados aos empregados, com base na teoria do risco-criado, cabendo a estes somente a prova do dano e do nexu causal com o acidente” (MELO, 2006, p. 27).

A culpabilização da vítima contribui para a naturalização; aceitação do risco como algo inerente ao processo produtivo. De forma que caberia, como medida de prevenção, apenas o trabalhador ser mais atento e cuidadoso ao realizar seu trabalho. Nessa concepção, não são relacionadas organização, condições e processo de trabalho em totalidade (MENDES; WÜNSCH, 2007).

Não raro, o trabalhador acidentado recebe a pecha de “desatento”, “negligente” e, portanto, em cima de suas condutas individuais é que devem ser realizadas as ações de prevenção. De modo que a culpabilização da vítima, além de outras nefastas consequências, poderá contribuir para a discriminação dos trabalhadores que sofreram um acidente do trabalho ou doença ocupacional (BUTIERRES, 2012).

Do ponto de vista da prevenção, as conclusões emitidas reforçam a ideia e a cultura em vigor de que as medidas cabíveis para se evitar novas ocorrências devem ser centradas na mudança do comportamento dos trabalhadores, para que estes prestem mais atenção, tomem cuidado etc., permanecendo intocadas as condições, processos de trabalho, atividades e meios produtivos que são assim naturalizados – assumidos como perigosos (VILELA; IGUTI; ALMEIDA, 2004, p. 577).

O enfoque que culpabiliza a vítima por seus atos inseguros pode contribuir para uma prevenção insuficiente, marcada pela impunidade (JACKSON FILHO, GARCIA, ALMEIDA, 2007; MENDES 2003). Trata-se de uma abordagem desafiadora para o estabelecimento de uma prevenção em saúde do trabalhador que assegure o direito a um meio ambiente seguro e saudável, dentro de um sistema de direitos que atribua responsabilidades e deveres.

2.4.3 “Cultura do EPI”

A terceira premissa-problema, que pode ser identificada como um desafio na prevenção em saúde relacionada ao trabalho praticada no Brasil, está baseada na lógica individual e biologicista. Mendes e Wunsch (2007, p. 153) constata: “a predominância do viés prevencionista, que se consolidou ao longo dos anos, é resultado de um modelo hegemônico centrado no biológico e no indivíduo”. Ou seja, um modelo centrado no indivíduo, como objeto das ações de prevenção, e no biologicismo, no sentido de conceituar o adoecimento apenas como um processo biológico, desconsiderando os determinantes sociais em saúde.

“O conhecimento produzido nas últimas duas décadas sobre a prevenção de acidentes de trabalho vem desafiando os profissionais da área de saúde e segurança do trabalho a repensar os modelos de gestão e de intervenção centrada na lógica da prevenção individual” (MENDES; WÜNSCH, 2007, p. 154).

Trata-se de estratégias de prevenção em que o fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPI's) constitui-se na principal medida para prevenir agravos à saúde relacionados ao trabalho. Uma visão que concebe o “acidente de trabalho como produto da conduta do trabalhador no seu ambiente laboral; este é entendido como resultante da causa endógena e individualizada por parte do acidentado. A ação tende a “educar” o indivíduo para se prevenir” (MENDES; WÜNSCH, 2007, p. 156).

Ou seja, “no Brasil, o comportamento habitual das empresas está voltado para a simples proteção do trabalhador, pelo fornecimento de equipamentos de proteção individual, em vez de direcionar esforços no sentido da prevenção e promoção da saúde” (OLIVEIRA, 2013, p. 248). Temos, na atualidade, um sistema que prefere a neutralização do risco, ao invés de sua eliminação. Um sistema mais barato, mais fácil, porém, – os acentuados números de acidentes do trabalho comprovam – menos eficiente.

Gemignani e Gemignani (2012) desenvolvem a ideia de que a lógica do descarte reinante no nosso atual modelo societário, em que o trabalhador é usado e “descartado” como uma mercadoria, propicia a sedimentação da denominada “cultura do EPI”, em que há uma transferência do ônus de proteção ao trabalhador. Dentro dessa ideia de descartabilidade das pessoas, insere-se a noção de que o trabalhador tem o dever de usar equipamentos de proteção individual, mas, se mesmo assim, sua saúde for atingida, ele é ‘descartado’ e um novo contratado. Para os autores, “no século XXI a questão social surge imbricada com a conscientização de ser preciso evitar que a disseminação da perversa *lógica do descarte* seja aplicada ao próprio ser humano no ambiente de trabalho” (GEMIGNANI; GEMIGNANI, 2012, p. 271).

Na Jurisprudência, a comprovação do fornecimento e do uso de EPI's adequados é considerada capaz de elidir o pagamento de adicional de insalubridade.

Cita-se exemplificativamente:

Adicional de insalubridade. Óleos minerais. Utilização de EPIs. A comprovação do fornecimento e do uso de EPIs adequados e suficientes à elisão das condições nocivas à saúde do trabalhador conduz à rejeição do pleito de pagamento do adicional de insalubridade em grau máximo (BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0000861-91.2012.5.04.0401. Juiz Relator: Denise Pacheco. Data de julgamento: 20.03.2014).

A utilização de EPI's como principal regra de prevenção pode ser atribuída como reflexo de uma cultura marcada pelo viés da Medicina do Trabalho e/ou da Saúde Ocupacional. No sentido de que o trabalhador é visto como um 'objeto' no qual devem centrar-se as ações de prevenção. Caso ocorram acidentes, a tendência é culpabilizar o trabalhador pelo mau uso dos equipamentos. Uma visão que não aborda a questão que "para o trabalhador, muitas vezes, o EPI é sinônimo de desconforto, incômodo que limita as percepções, causando, algumas vezes, até mesmo a sensação de insegurança" (OLIVEIRA, 2011, p. 164).

A utilização de equipamentos de proteção individual deveria ser vista como última barreira a ser realizada contra o agente nocivo. A neutralização dos riscos somente "deveria ocorrer quando esgotadas todas as possibilidades técnicas para afastar o agente agressor, como determina a legislação" (OLIVEIRA, 2011, p. 164). Isso porque o simples fornecimento de EPI não elimina o agente insalubre. Nesse sentido, a Súmula 289 do TST:

O simples fornecimento do aparelho de proteção pelo empregador não o exime do pagamento do adicional de insalubridade. Cabe-lhe tomar as medidas que conduzam à diminuição ou eliminação da nocividade, entre as quais as relativas ao uso efetivo do equipamento pelo empregado (BRASIL, SÚMULA 289 TST).

Caso o trabalhador adoença, tem predominado a lógica biológica (MENDES; WÜNSCH, 2007). Ou seja, considera-se a doença como um processo apenas biológico. De forma que a explicação dos acidentes e doenças relacionados ao trabalho é realizada apenas através de nexos simples com o trabalho. Quando, na verdade, "a explicação causal não pode se resumir a um agente, envolve condições históricas em que os fatores são gerados e diz respeito a uma força de trabalho inserida socialmente" (VASCONCELOS, 1995, p. 589).

Ao tratar-se dos princípios fundamentais da etapa Saúde do Trabalhador, mencionou-se que as doenças tem uma multiplicidade de causas, que não são neutras nem iguais. Isto é, o adoecimento do trabalhador é resultante tanto de um dado processo de trabalho, quanto de sua inserção social. Desde a promulgação da Constituição de 1988 temos (ao menos, teoricamente) uma concepção ampliada de direito à saúde, na qual se inclui a saúde do trabalhador. Uma concepção no sentido de abranger os determinantes sociais de saúde, ou seja, as condições de vida e de trabalho como condicionantes do processo saúde/doença. Trata-se de uma concepção de saúde que propõe a superação do modelo clínico curativo monocausal, em que a explicação da doença está num único fator (o agente biológico), para alcançar um paradigma de atenção integral em saúde (MENDES, 2003).

No entanto, a prática evidencia a predominância de modelos de gestão e de intervenção centrados nesse modelo unicausal biológico (MENDES; WÜNSCH, 2007). Predominam “concepções ainda hegemônicas que, ao estabelecerem articulações simplificadas entre causa e efeito, numa perspectiva uni ou multicausal, desconsideram a dimensão social e histórica do trabalho e saúde/doença” (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 27). Tal prática, sem dúvidas, constitui-se num desafio para o aperfeiçoamento do atual modelo preventivo brasileiro.

3. ELEMENTOS NA CONVENÇÃO 187 DA OIT CONTRIBUTIVOS PARA O APERFEIÇOAMENTO DA PREVENÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

A Convenção 187 da OIT, aprovada em 2006, com o objetivo de representar uma nova estratégia mundial em termos de saúde e segurança no trabalho, apresenta elementos que podem ser extraídos para contribuir para o aperfeiçoamento da prevenção em saúde do trabalhador no Brasil. Isso porque, apesar de o Brasil já possuir uma legislação constitucional afinada com o paradigma emergente de tutela integral ao meio ambiente do trabalho (ROCHA, 2013), o modelo brasileiro ainda possui insuficiências, as quais podem ser comprovadas pelos altos índices de acidentes e de doenças ocupacionais.

A produção normativa da Organização Internacional do Trabalho (OIT) representa uma instância privilegiada para o debate acerca da saúde do trabalhador. Desde a sua criação, a OIT vem somando esforços para a promoção da saúde no trabalho. Reforçando essa centralidade das normas internacionais, Rocha (2013, p. 244) salienta que “a diversidade de instâncias de produção normativa pode favorecer (ou ser mais uma opção) uma prevenção dos danos à saúde dos trabalhadores, resgatando espaço perdido pela desregulação dos direitos sociais”.

Atualmente, há um consenso nos principais organismos internacionais sobre a necessidade de mudar o paradigma nas questões que envolvem segurança e saúde ocupacional, passando a priorizar, com ênfase, a proteção do que é verdadeiramente fundamental: a vida e a saúde do trabalhador (OLIVEIRA, 2011, p. 134).

A Convenção 187 da OIT, intitulada “Marco Promocional da Segurança e Saúde no Trabalho” tem como ideia central “promover a melhoria contínua da segurança e da saúde no trabalho”, com o propósito de prevenir os acidentes e as doenças no trabalho. Preconiza que “deve ser instituída uma cultura permanente, que estabeleça uma vigilância ininterrupta para alcançar reduções sistemáticas nas estatísticas acidentárias” (OLIVEIRA, 2011, p. 102).

No artigo 1º, alínea “d”, a Convenção 187 da OIT fornece uma definição de cultura nacional de prevenção em matéria de saúde e segurança no trabalho³⁴, a qual possui elementos, que se postos em prática, poderão contribuir para o aperfeiçoamento da tutela preventiva à saúde do trabalhador realizada no Brasil. São eles:

1) O **respeito a um meio ambiente de trabalho seguro e saudável**. Trata-se do principal elemento da Convenção 187 da OIT para o desenvolvimento de uma cultura de prevenção aos agravos relacionados ao trabalho. Está em consonância com o moderno movimento de ascensão do paradigma ambiental, o qual irradia para o sistema jurídico um patamar diferenciado (LORENZETTI, 2010).

2) *A participação ativa de governos, empregadores e trabalhadores em iniciativas para assegurar um meio ambiente de trabalho seguro e saudável*. Novamente, verifica-se a importância dada ao conceito de meio ambiente do trabalho. No entanto, aqui, chama à atenção a enunciação da **participação ativa de trabalhadores em iniciativas para assegurar um meio ambiente seguro e saudável**. Conforme visto, desde o surgimento da etapa da Saúde do Trabalhador, a participação do trabalhador tem sido elencada como um elemento distintivo fundamental para a efetividade de medidas preventivas. Portanto, trata-se de um elemento que exerce proeminente papel para fomentar uma prevenção em que o trabalhador seja considerado sujeito ativo das ações de prevenção, e não objeto, tal como na Saúde Ocupacional ou na Medicina do Trabalho.

3) **Sistema de Direitos com responsabilidades e deveres definidos**. Para tanto, a Convenção 187 da OIT elenca a necessidade do desenvolvimento de uma política, de um programa e de um sistema nacional. De forma que, a promoção de um meio ambiente seguro e saudável no trabalho deve ser feito através do desenvolvimento de uma política nacional, a ser implantada por todos os níveis pertinentes. Também deve ser feito através de um programa nacional que promova o desenvolvimento da saúde e segurança no trabalho. Ademais, necessário se faz a criação, manutenção e desenvolvimento de um sistema nacional de saúde no trabalho, o qual deverá contemplar legislação pertinente, bem como os mecanismos para assegurar seu

³⁴ “A expressão cultura nacional de prevenção em matéria de saúde e segurança diz respeito a uma cultura em que o direito a um meio ambiente seguro e saudável de trabalho é respeitado em todos os níveis, em que governo, empregadores e trabalhadores participam ativamente em iniciativas destinadas a assegurar um meio ambiente de trabalho seguro e saudável através de um sistema de direitos, responsabilidades e deveres, definidos e que seja atribuída a máxima prioridade ao princípio da prevenção” (OIT, CONVENÇÃO 187, 2006).

cumprimento; autoridades, órgãos ou agências responsáveis; mecanismos de informação, formação e serviços de saúde no trabalho.

4) **Máxima Prioridade ao Princípio da Prevenção.** O princípio da prevenção representa um princípio basilar do direito ambiental. Princípios são mandados de otimização, os quais devem ser entendidos como uma aspiração para o alcance de sua máxima satisfação possível no caso concreto (ALEXY, 2008). O mandamento da máxima prioridade ao princípio da prevenção, ao se tratar de meio ambiente do trabalho, cristaliza a ideia de que os esforços devem ser concentrados para que os danos à saúde do trabalhador sejam evitados. De modo que, a prioridade deve ser a adoção de medidas para a defesa preventiva do meio ambiente do trabalho.

A seguir, serão feitas maiores considerações sobre o conteúdo de cada um desses elementos.

3.1 RESPEITO A UM MEIO AMBIENTE DO TRABALHO SEGURO E SAUDÁVEL

O primeiro e principal elemento que se pode identificar na Convenção 187 como um parâmetro para a prevenção em saúde do trabalhador é o respeito a um meio ambiente de trabalho seguro e saudável. Esse é o núcleo fundamental do paradigma emergente da teoria de Rocha (2013) sobre os paradigmas de tutela ao meio ambiente do trabalho. Isso porque “o paradigma emergente surge como resultado de um contexto global de proteção ao meio ambiente e exigência de qualidade de vida no trabalho, e que tem como pano de fundo a transição do momento atual e as novas exigências da sociedade” (ROCHA, 2013, p. 197).

Por isso, inicia-se “partindo da premissa de que o meio ambiente compreende o meio ambiente do trabalho, e de que a saúde inclui a saúde dos trabalhadores, o Poder Público, sem exceção, deve proteger o meio ambiente do trabalho e cuidar da saúde dos trabalhadores” (ROCHA, 2013, p. 158-9).

Ademais, como adverte Minayo-Gomez (2011, p. 27), ao tratar do campo da Saúde do Trabalhador, “atualmente, temos de chamar a atenção em nossa área para a relevância da discussão ambiental e incorporá-la de forma integrada na formulação do campo da saúde do trabalhador”.

3.1.1 Da Declaração de Estocolmo à Rio + 20: A Ascensão do Paradigma Ambiental

A preocupação com a degradação do meio ambiente tem despertado a atenção mundial sobre a necessidade de mudanças de comportamentos no padrão de desenvolvimento atual, a fim de inserir uma visão de sustentabilidade ambiental³⁵. A Declaração da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano de 1972, conhecida Declaração de Estocolmo, é considerada como o marco político internacional inicial de uma consciência ambientalista na sociedade globalizada. Ou seja, essa Declaração é considerada como o momento que deu início a uma nova perspectiva que preconiza estratégias para repensar políticas de desenvolvimento, as quais tem sido condutoras de desastres e desequilíbrios ambientais. A partir da Declaração de Estocolmo desencadeia-se um “processo de internacionalização da proteção ambiental” (CANÇADO TRINDADE, 1993, p. 39).

A Declaração de Estocolmo divulgou a necessidade das nações direcionarem esforços para a preservação do meio ambiente, visto que “a proteção e o melhoramento do meio ambiente humano é uma questão fundamental que afeta o bem-estar dos povos e o desenvolvimento econômico do mundo inteiro” (ONU, DECLARAÇÃO DE ESTOCOLMO, 1972). Nos anos seguintes à Declaração de Estocolmo, a OIT passou crescentemente a abordar a segurança e a saúde relacionada ao trabalho sob uma ótica ambiental, de modo que a “a OIT se sensibilizou com o novo enfoque dado ao tema, abandonando a velha perspectiva do estudo das ‘doenças ocupacionais’” (MILDNER, 2012, p. 21).

Inclusive, importante salientar que essa Declaração de Estocolmo inspirou o conceito de meio ambiente da Lei Brasileira 6.938/81 (sobre a Política Nacional do Meio Ambiente). No art. 3º, I, a Lei conceitua como meio ambiente “o conjunto de condições, leis, influências e interações de ordem física, química e biológica, que permite, abriga e rege a vida em todas as suas formas” (BRASIL, LEI 6.938/81).

Vinte anos após a Declaração de Estocolmo, a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (UNCED) realizada no Rio de Janeiro, conhecida mundialmente como RIO-92 ou ECO-92, adotou a Declaração do Rio sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento. Essa Declaração reafirmou os propósitos da Declaração de Estocolmo,

³⁵ O conteúdo essencial do princípio do desenvolvimento sustentável pode ser extraído do Princípio 5 da Declaração de Estocolmo: Os recursos não renováveis da terra devem empregar-se de forma que se evite o perigo de seu futuro esgotamento e se assegure que toda a humanidade compartilhe dos benefícios de sua utilização (ONU, DECLARAÇÃO DE ESTOCOLMO, 1972)

“buscando avançar a partir dela, com o objetivo de estabelecer uma nova e justa parceria global mediante a criação de novos níveis de cooperação entre os Estados” (ONU, DECLARAÇÃO DO RIO, 1992) a fim de proteger a integridade do sistema global de meio ambiente e desenvolvimento.

A Agenda 21 Global foi um dos resultados de destaque da RIO-92. Ela estabeleceu diretrizes de desenvolvimento econômico e social para o século XXI e abriu caminhos para a importância de cada país cooperar, através de estratégias, planos e políticas socioambientais de ação, para a busca de um novo paradigma civilizatório de desenvolvimento sustentável. A Rio-92 instituiu que a implementação da Agenda 21 deverá ser feita permanentemente também através de agendas locais³⁶. Ademais, a Agenda 21 reforçou a necessidade de que cada país ratifique e efetive as Convenções da OIT com pertinência ambiental. Enfim, a Agenda 21 Global “reflete um consenso mundial e um compromisso político no nível mais alto no que diz respeito a desenvolvimento e cooperação ambiental” (ONU, AGENDA 21 GLOBAL, 1992).

Em 2012, ocorreu no Rio de Janeiro, a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, conhecida como Rio + 20 (em alusão aos 20 anos da Rio 92). Dessa Conferência, resultou a Declaração Final da Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável intitulada “o Futuro que Queremos”. Essa Declaração conferiu especial importância para a “economia verde”, como uma das principais ferramentas para alcançar o desenvolvimento sustentável.

Nesta linha, tem sido preconizada mundialmente a necessidade de planejamento, promoção e fomento de uma “economia verde”, no sentido de uma economia mais sustentável, a fim de preservar o meio ambiente para as futuras gerações. Organismos Internacionais, como a OIT, tem difundido a necessária mudança de padrões a fim de reduzir os riscos ambientais. Nesse sentido, “uma transição para uma economia verde implica um mudança drástica no paradigma de desenvolvimento que prevalece nos nossos dias” (OIT, PROMOVER A SEGURANÇA E A SAÚDE NUMA ECONOMIA VERDE, 2012).

Os movimentos mundiais em torno de um desenvolvimento com sustentabilidade denotam uma transição paradigmática em termos de preservação ambiental, a qual implica

³⁶ Ropelato cita a Agenda 21 como um exemplo de governança que se caracteriza pelo fato de “substituir o princípio hierárquico de distribuição de recursos por um princípio cooperativo, tendo por participantes tanto o Estado quanto as entidades locais, num papel de colaboração não mais estritamente hierárquico” (ROPELATO, 2008, p. 99).

também em uma transição de paradigmas para o direito. Percebe-se, progressivamente, uma “ecologização do direito, um esverdear da legislação, enfim, um processo de incorporação das demandas ambientais nos ordenamentos jurídicos hodiernos” (ROCHA, 2013, p. 64).

Na atualidade, o paradigma ambiental deverá necessariamente ser levado em conta nas decisões judiciais. Lorenzetti (2010) explica que tal consideração do paradigma ambiental, na teoria da decisão judicial, produz um redimensionamento do modo de examinar o direito, acarretando uma modificação epistemológica. Novas categorias jurídicas são desenvolvidas para o atendimento do paradigma ambiental, o qual é visto como um metadireito, condicionante dos demais modelos argumentativos (LORENZETTI, 2010).

Nesse sentido, criam-se novos bens jurídicos, novos sujeitos de direito (como as “gerações futuras”, as quais constam na Declaração de Estocolmo, e, internamente, no art. 225 da Constituição Federal de 1988), bem como novos conflitos em razão da limitação da liberdade individual em prol do meio ambiente, que irão acarretar alterações na *juris dictio* (no modo de dizer o direito).

O direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado foi assegurado constitucionalmente pela primeira vez, no Brasil, com a Constituição de 1988, a qual dedica um espaço ao tema: Título VIII, Capítulo VI, além de várias referências em seu texto. Dentre os artigos constitucionais, destacam-se: 186, II, 200, VIII, 216, V, 220, §3º, II, 225 e 231, §1º. De essencial menção o artigo 225, quando assegura que “todos tem 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” (BRASIL, CONSTITUIÇÃO FEDERAL 1988).

Portanto, a partir do tratamento dado pela Constituição Federal de 1988, o tema ambiental irradia-se para o sistema jurídico brasileiro como um novo paradigma. Propicia-se um contexto que origina uma nova disciplina *in statu nascendi*: o direito ambiental do trabalho (ROCHA, 2013). Destarte, trata-se de uma disciplina que resulta de uma transição paradigmática que exige novas respostas do direito em face de mudanças no contexto econômico-social global. Sendo assim, o nascimento do direito ambiental do trabalho “representa um novo paradigma em matéria de proteção jurídica à saúde do trabalhador” (ROCHA, 2002, p. 118).

Os dispositivos constitucionais relativos ao meio ambiente estão sintonizados com o movimento renovatório global em busca proteção ao meio ambiente do trabalho. Destaca-se que, desde a metade da década de 1970, o conceito de meio ambiente do trabalho passou a ser trabalhado na Suécia e em outros países nórdicos, sempre tendo como norte a ideia de prevenção (ROCHA, 2013).

Dentro desta ideia de intensificação global pela proteção ao meio ambiente do trabalho, cita-se, exemplos como, o Single European Act, de 1986, o qual estabeleceu, no art. 21 que o Tratado CEE (Tratado de Roma), as seguintes disposições: art. 118 A: “Os Estados membros procurarão promover a melhora, em especial, do meio de trabalho, para proteger a segurança e a saúde dos trabalhadores, e fixarão como objetivo a harmonização, dentro do progresso, das condições existentes nesse âmbito” (hoje art. 137 do Tratado de Roma).

Ademais, o Marco Estratégico da União Europeia em Matéria de Segurança e Saúde 2014-2020 estabelece a necessidade de realizar esforços para melhorar a complementariedade e a coerência da política de meio ambiente com a proteção dos trabalhadores, destacando a importância do meio ambiente do trabalho (CEE, MARCO ESTRATEGICO SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO 2014-2020). A seguir, tratar-se-á especificamente do meio ambiente do trabalho.

3.1.2 Para Além da Saúde Ocupacional: Meio Ambiente do Trabalho numa Visão Holística

Considera-se como marco inicial global em busca de estratégias de proteção ao meio ambiente do trabalho a adoção, pela OIT, do Programa Internacional para Melhoramento das Condições e Meio Ambiente de Trabalho (PIACT, iniciais em francês) em 1976. Embora, não se deixe de mencionar que antes, em 1972, a Declaração de Estocolmo (considerada o marco inicial de proteção ao meio ambiente lato senso) já tinha incluído em suas definições protetivas o meio ambiente artificial, englobando, portanto, o meio ambiente do trabalho.

O Programa Internacional para Melhoramento das Condições e Meio Ambiente de Trabalho (PIACT) prevê ações em essencialmente seis campos técnicos: segurança, higiene e meio ambiente do trabalho; duração do trabalho; organização e conteúdo do trabalho; condições de trabalho e escolha de tecnologia, ergonomia e relações entre o trabalho e o meio

ambiente de vida (OLIVEIRA, 2011). Esse Programa impulsionou uma atuação mais intensa da OIT em matéria de meio ambiente do trabalho.

Como desdobramentos da preocupação com o meio ambiente do trabalho, incitados pelo PIACT, originaram-se a Convenção nº 155, de 1981, sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores e *Meio Ambiente de Trabalho* e a Convenção 161, de 1985, sobre Serviços de Saúde do Trabalho, ambas da OIT³⁷.

O PIACT salienta que, para promover a relação saúde e trabalho, é necessária a articulação entre a OMS e a OIT. A OMS deverá realizar ações de fomento em saúde pública, políticas e leis em matéria de saúde, ao passo que a OIT deverá agir para melhorar o meio ambiente do trabalho, o tripartismo e as leis laborais. O PIACT apontou caminhos para um modelo global de segurança e saúde no trabalho. Um modelo o qual deve acompanhar-se de um planejamento participativo (OIT, INFORME VI, 2003).

O PIACT destaca-se como pedra fundamental para a construção de um alicerce em torno da proteção internacional do meio ambiente de trabalho em uma visão holística. Ou seja, o PIACT adota o pensamento no sentido de que as “condições e o meio ambiente de trabalho não são constituídos de fenômenos isolados, desconectados entre si e sem relação com o resto da vida do trabalhador” (OLIVEIRA, 2011, p. 66).

Essa abordagem holística do PIACT, no sentido de considerar a totalidade, do meio ambiente do trabalho revela-se de fundamental importância para a prevenção e a promoção em saúde do trabalhador. Isso porque, salienta-se mais uma vez, a saúde do trabalhador se destaca pelo reconhecimento de determinações sociais para os sofrimentos/ adoecimentos dos trabalhadores. Ela vai além da mera concepção de riscos físicos, biológicos, químicos, mecânicos e ergonômicos presentes no meio ambiente do trabalho. Nesse sentido, o “ambiente de trabalho não pode ser avaliado de forma fracionada ou apenas como uma soma de problemas distintos” (OLIVEIRA, 2011, p. 115).

Isso porque a abordagem do meio ambiente do trabalho centrada apenas nos riscos, presentes nos locais em que a atividade laboral é exercida, repete as limitações do modelo da saúde ocupacional. Para a saúde ocupacional, “as consequências do trabalho para a saúde são

³⁷ Apesar do grande destaque dado ao meio ambiente do trabalho pela Convenção 155 da OIT (é mencionado nove vezes a expressão “meio ambiente do trabalho” contra apenas quatro menções ao termo “local de trabalho”), a OIT afirma que é a Convenção 187 a primeira norma internacional do trabalho que estipula que o meio ambiente de trabalho seguro e saudável é um direito (OIT, CREAR UNA CULTURA DE PREVENCIÓN EN MATERIA DE SEGURIDAD Y SALUD, 2013).

resultado da interação do corpo (hospedeiro) com agentes/fatores (físicos, químicos, biológicos, mecânicos) existentes no meio (ambiente) de trabalho” (LACAZ, 2007, p. 759)

Hodiernamente, o meio ambiente do trabalho possui uma dimensão holística do homem-trabalhador, muito mais abrangente que o reducionismo científico que havia marcado a medicina e a segurança do trabalho ao longo do seu desenvolvimento, sempre centrados nos fatores individuais e biológicos do corpo físico do trabalhador, e estruturados em torno do médico do trabalho como principal agente preventivo e fiscalizador, cujo trabalho restringia-se ao microambiente do trabalho e à análise da ação patogênica de determinados agentes na insalubridade das condições materiais de trabalho, bem como às condições físico-mecânicas de segurança (SANTOS, 2013, p. 223)

Tendo como premissa básica o fato de que a doença é socialmente construída, a visão holística do meio ambiente do trabalho leva em consideração o caráter social dos agravos à saúde do trabalhador. Nessa visão, “a concepção do meio ambiente de trabalho inclui todos os fatores (psicológicos, físicos e sociais) que interferem no bem-estar do ser humano” (ROCHA, 2013, p. 185).

Em consonância com essa visão holística de meio ambiente do trabalho, o Plano de Ação Mundial sobre Saúde dos Trabalhadores 2008-2017 da Organização Mundial da Saúde (OMS, PLANO DE AÇÃO MUNDIAL 2008-2017), expressamente destaca que a saúde dos trabalhadores não é condicionada somente por perigos laborais, mas também por fatores sociais e individuais e pelo acesso aos serviços de saúde. Também nesse mesmo sentido, a Declaração Final da Conferência das Nações Unidas (ONU) sobre o Desenvolvimento Sustentável (RIO + 20) – “O Futuro que Queremos” expressamente reconhece a importância dos determinantes sociais para a saúde: “os trabalhadores devem ter acesso à educação, capacitação profissional, tratamento de saúde, segurança social, direitos fundamentais no trabalho, proteção social e jurídica, inclusive na segurança, no trabalho e na saúde, e oportunidades de trabalho decente” (ONU, O FUTURO QUE QUEREMOS, 2012).

A análise do meio ambiente do trabalho sob uma visão holística poderá contribuir para uma maior receptividade, na sociedade e nos meios jurídicos, a respeito do direito à saúde do trabalhador, contribuindo para a visibilidade social do fenômeno. Isso porque a abordagem da saúde do trabalhador vinculada ao direito ambiental poderá encontrar maior aceitabilidade social. Tal conclusão decorre da observação de que a sensibilização social é maior quando se trata de meio ambiente do que quando se trata de saúde do trabalhador.

Ademais, “quando os desastres decorrentes das inovações tecnológicas atingem o meio ambiente todos perdem e alguns deixam de ganhar. Mas quando os mesmos desastres atingem os trabalhadores, nem todos perdem e muitos continuam ganhando” (LIEBER, 2008, p. 131).

Geralmente, a saúde do trabalhador tem sido vista como um problema de apenas algumas pessoas: um grupo de trabalhadores de determinada indústria ou atividade comercial, ao passo que o meio ambiente tem sido visto como algo que atinge a todos indistintamente. Nesse sentido:

É provável que a explicação para essa diversidade de tratamento resida no fato de que o Direito Ambiental leva em conta o risco de exclusão do futuro de todos, enquanto o direito à saúde ocupacional só abrange a categoria dos trabalhadores. Por outro lado, o inconformismo do vizinho ou de qualquer cidadão, que luta para preservar boas condições ambientais, é de mais fácil manifestação, se comparado com o do empregado que luta para manter sua fonte de sobrevivência e qualquer reclamação pode atrair o fantasma do desemprego. Em síntese, o Direito Ambiental tem como objetivo a “salvação” de todos, enquanto o direito à saúde do trabalhador fica restrito aos problemas de alguns (OLIVEIRA, 2011, p. 142).

Além disso, o fato do meio ambiente do trabalho ter natureza difusa, relacionando-se a todos os trabalhadores, independentemente da natureza da relação jurídica de trabalho (não se trata de um mero direito trabalhista vinculado ao contrato de trabalho), influencia beneficentemente para a expansão de medidas e estratégias que viabilizem a sua proteção. De forma que, a aproximação dos campos do direito à saúde do trabalhador e do direito ambiental dá-se pela “compreensão de que os mesmos processos produtivos são responsáveis pela degradação do ambiente, em particular dos ambientes de trabalho, acarretando danos e agravos à saúde da população geral e dos trabalhadores” (DIAS; SILVA, 2013, p. 34).

Tutelando-se o meio ambiente de trabalho, indiretamente estar-se-á tutelando a saúde dos trabalhadores. Isso porque se trata de um direito difuso, “ainda que residualmente, pois prevalece sempre o interesse da sociedade na preservação da vida humana e da saúde do grupo de trabalhadores” (SANTOS, 2013, p. 232). A tutela para garantir um ambiente de trabalho saudável concorre para a tutela do direito à saúde, incorporando-se ao direito maior que é o direito à vida.

3.1.3 Direito a um Meio Ambiente do Trabalho Decente, Verde e Sustentável

O meio ambiente em sentido lato comporta o meio ambiente do trabalho, como espécie, ambos parte de uma mesma realidade ontológica. A Constituição Federal de 1988, ao garantir o direito de todos a um meio ambiente ecologicamente equilibrado (art. 225), “tornou obrigatória também a proteção do ambiente no qual o homem, normalmente, passa a maior parte de sua vida produtiva, qual seja, o trabalho” (PADILHA, 2002, p. 32).

A positivação constitucional expressa do meio ambiente do trabalho pode ser encontrada no art. 200, VIII, o qual institui a competência do Sistema Único de Saúde (SUS) para “colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”. Nessa ótica, “de conformidade com as normas constitucionais atuais, a proteção ao meio ambiente do trabalho está vinculada diretamente à saúde do trabalhador enquanto cidadão” (MELO, 2008, p. 29).

Recentemente, a política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), instituída pelo Decreto 7.602/2011, conferiu especial destaque ao meio ambiente de trabalho, ao elencar o ambiente como campo essencial para articulação das ações em segurança e saúde no trabalho, bem como ao ressaltar a responsabilidade estatal para a promoção de ambientes saudáveis (item VII, “a”).

O conceito de meio ambiente do trabalho é amplo, podendo ser considerado como um conceito jurídico indeterminado (PADILHA, 2002). Muitas são as propostas doutrinárias

em torno de sua definição³⁸. Dentre elas, destaca-se o conceito de Barzotto:

Definimos Meio Ambiente do Trabalho como o espaço no qual se desenvolve um trabalho decente, verde e sustentável. Decente, porque permite a promoção da dignidade do trabalhador. Verde, porque se realiza preservando ou restaurando o equilíbrio entre o homem e a natureza. Sustentável, porque gera as condições sociais e ambientais da própria continuidade em benefício de presentes e futuras gerações (BARZOTTO, 2013, p. 233).

Para esse conceito, um meio ambiente de trabalho saudável deve abarcar um trabalho decente, verde e sustentável. De forma que, “são princípios constitucionais do Meio Ambiente do Trabalho: a defesa do trabalhador (incluída sua saúde como aspecto de sua personalidade e dignidade) e do ambiente de forma concomitante” (BARZOTTO, 2013, p. 237).

O trabalho em condições de dignidade deve oferecer padrões mínimos de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores. Ou seja, deve desenvolver medidas concretas para a qualidade do meio ambiente de trabalho, em consonância com as diretrizes do trabalho

³⁸ Cita-se as seguintes definições de meio ambiente do trabalho: “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 *locus* do trabalho. Com efeito, caracteriza-se, pois, como a soma das influências que afetam diretamente o ser humano, desempenhando aspecto chave na prestação e *performance* do trabalho. Pode-se, simbolicamente, afirmar que o meio ambiente de trabalho constitui o pano de fundo das complexas relações biológicas, psicológicas e sociais a que o trabalhador está submetido” (ROCHA, 2013, p. 99). “Meio ambiente do trabalho consiste no “local onde as pessoas desempenham suas atividades laborais, sejam remuneradas ou não, cujo equilíbrio está baseado na salubridade do meio e na ausência de agentes que comprometam a incolumidade físico-psíquica dos trabalhadores, independentemente da condição que ostentem” (FIORILLO, 2004, p. 22-23). “Na busca do conceito de meio ambiente de trabalho, procura-se conjugar a ideia de local de trabalho à de conjunto de condições, leis, influências e interações de ordem física, química e biológica, que incidem sobre o homem em sua atividade laboral” (FIGUEIREDO, 2007, p. 40). “O Direito Ambiental do Trabalho constitui direito difuso fundamental inerente às normas sanitárias e de saúde do trabalhador (CF, 196), que, por isso, merece a proteção dos Poderes Públicos e da sociedade organizada, conforme estabelece o art. 225 da Constituição Federal” (MELO, 2008, p.29).). “Meio ambiente do trabalho consiste no conjunto de condições físicas, químicas, biológicas, interpessoais e psíquico-mentais, naturais e artificiais, móveis e imóveis, internas e externas, cujos elementos, leis e interações abrigam, influenciam e regem a vida das pessoas e as suas atividades no local de trabalho, independentemente do seu estatuto jurídico e das suas condições pessoais, cujo equilíbrio é essencial à sadia qualidade de vida, à incolumidade físico-psíquica e à capacidade laboral dos indivíduos de que dele participam” (SANTOS, 2013, p. 225).

decente³⁹, uma das principais bandeiras da OIT. Já um trabalho sustentável:

O trabalho sustentável nada mais é senão o trabalho que preserva a vida e o bem-estar do trabalhador, não comprometendo sua integridade física e psíquica, prevenindo as situações de vulnerabilidade, fomentando a preservação das circunstâncias materiais e sociais da atividade laboral a longo prazo (BARZOTTO, 2012a).

Em relação ao meio ambiente do trabalho como local em que se desempenha um trabalho verde,⁴⁰ poderá haver uma relação positiva entre investimento ambiental e criação de postos de trabalho. Nesse sentido, o Relatório intitulado “Empregos Verdes: Trabalho Decente em um Mundo Sustentável e com baixas Emissões de Carbono”⁴¹ revela que além de contribuírem para gerar novos postos de trabalho, os empregos verdes poderão contribuir para um crescimento econômico limpo e para o desenvolvimento e redução da pobreza.

No entanto, o Relatório “Empregos Verdes: Trabalho Decente em um Mundo Sustentável e com baixas Emissões de Carbono” também adverte que “muitos empregos que seriam, teoricamente, verdes, não o são na prática. Além disso, as evidências revelam que os empregos verdes não constituem, necessariamente, trabalho decente”. Um exemplo pode ser facilmente encontrado em trabalhos com reciclagem, tendentes a serem precários e de baixa remuneração (OIT, RELATÓRIO EMPREGOS VERDES, 2008).

Importante também citar que no documento intitulado “Promover a Segurança e a Saúde numa Economia Verde”, de 2012, a OIT salienta que, apesar de garantirem um desenvolvimento sustentável, empregos na economia verde não estão sendo necessariamente sinônimos de empregos saudáveis ao trabalhador. Pois, “os empregos verdes atuais não se

³⁹ “O trabalho decente é definido como a promoção de oportunidades para que mulheres e homens possam ter uma atividade decente e produtiva em condições de liberdade, equidade, segurança e dignidade humana”. Disponível

em:<http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/green_job/pub/empregos_verdes_rumos_257.pdf>

Acesso em 19 jan. 2015.

⁴⁰ “A Iniciativa Empregos Verdes é uma iniciativa conjunta do Programa das Nações Unidas para o Ambiente (PNUMA), da Organização Internacional do Trabalho (OIT), da Organização Internacional de Empregadores (OIE) e da Confederação Sindical Internacional (CSI). Na Iniciativa Empregos Verdes, este tipo de emprego é definido da seguinte forma: trabalho digno que contribui diretamente para reduzir o impacto ambiental das empresas, dos setores econômicos ou da economia no seu todo através da redução do consumo de energia e de recursos, reduzindo as emissões, o desperdício e a poluição, e preservando ou recuperando os ecossistemas. Os empregos verdes tem de ser empregos dignos, ou seja bons empregos que garantam salários adequados, condições de trabalho seguras, segurança no emprego, perspectivas de carreira razoáveis e direito dos trabalhadores” (OIT, PROMOVER A SEGURANÇA E A SAÚDE NUMA ECONOMIA VERDE, 2012).

⁴¹ Relatório produzido pelo Worldwatch Institute com assistência técnica do Cornell University Global Labour Institute, apresentado em 2008, por encomenda e financiamento do Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA) no âmbito da Iniciativa Conjunta sobre Empregos Verdes do PNUMA, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), da Organização Internacional de Empregadores (OIE) e da Confederação Sindical Internacional (CSI) (OIT, RELATÓRIO EMPREGOS VERDES, 2008).

traduzem necessariamente em empregos dignos e em melhores resultados ambientais” (OIT, *PROMOVER A SEGURANÇA E A SAÚDE NUMA ECONOMIA VERDE*, 2012).

Ecológico ou convencional, o trabalho implica sempre a existência de riscos de acidentes e doenças, cuja redução e eliminação assenta nos princípios fundamentais de Saúde e Segurança no Trabalho (SST). A aplicação dos sistemas regulatórios da SST não depende da ‘cor’ do emprego. Independentemente do local de trabalho ou do emprego, qualquer que seja ‘o verde’, os empregadores devem assegurar condições de trabalho e ambientais seguras e saudáveis para os seus trabalhadores (OIT, *PROMOVER A SEGURANÇA E A SAÚDE NUMA ECONOMIA VERDE*, 2012).

Nota-se, portanto, que atualmente ao mesmo tempo em que há uma grande difusão para o desenvolvimento de uma economia verde, há uma tentativa de advertência sobre os malefícios da criação precipitada de empregos que auxiliem a economia e o meio ambiente, sem que sejam devidamente avaliados os impactos sobre a saúde dos trabalhadores. A OIT tem preconizado que a iniciativa empregos verdes deve respeitar os princípios da segurança e saúde no trabalho, visto que esses princípios constituem-se nos indicadores essenciais do trabalho digno. Uma vez que “a segurança e a saúde no trabalho assume um papel importante no atual debate sobre a economia verde. É necessário tomar consciência do impacto dos riscos novos e emergentes ligados aos empregos verdes” (OIT, *PROMOVER A SEGURANÇA E A SAÚDE NUMA ECONOMIA VERDE*, 2012).

3.1.4 A Fraternidade e o Meio Ambiente de Trabalho Digno

O estudo do meio ambiente do trabalho coaduna-se com o dever de fraternidade. Isso porque “o Meio Ambiente do Trabalho saudável é, como subdivisão do ramo ambiental, direito e dever de todos: direito de terceira geração, dever de fraternidade, de solidariedade” (BARZOTTO, 2013, p. 235). Ou seja, os direitos fundamentais de terceira geração, como é o caso dos direitos ambientais, encontram o seu fundamento na fraternidade. A solidariedade distingue-se da fraternidade porque:

Enquanto, a fraternidade expressa a dignidade de todos os homens, que são considerados iguais, assegurando-lhes plenos direitos fundamentais (sociais, políticos, culturais e individuais, entre outros), a ideia de caridade, implicitamente, assim como a de solidariedade, implica a desigualdade dos homens ante a evidência que faz crer que uns poucos possuam muito mais do que outros, tanto em bens como

em direitos, e isso os torna superiores ou inferiores em relação àqueles, na medida em que são generosos e compartilham suas posses com os demais (GARCIA, 2011, p. 318).

A solidariedade é vertical, assimétrica, unidirecional, implica disparidade entre os direitos envolvidos, o compromisso é com a necessidade do outro. Ao passo que, a fraternidade é horizontal, simétrica, recíproca, implica paridade entre os direitos envolvidos, o compromisso é com o outro (VERONESE; OLIVEIRA, 2011; BAGGIO, 2009; BARZOTTO, 2012b).

A liberdade e a igualdade, representantes do Estado Liberal e do Estado Social, respectivamente, não foram suficientes para cumprir as promessas da modernidade, as quais foram resumidas no lema da Revolução Francesa: liberdade, igualdade e *fraternidade*. Estamos diante de um projeto inacabado, o qual requer uma continuação, principalmente em face dos novos conteúdos dos direitos de terceira geração, dentre os quais se destaca o direito a um meio ambiente do trabalho saudável e, conseqüentemente, o direito à saúde do trabalhador.

Barzotto (2012b, p. 37) explica que “através da virtude da fraternidade, há uma atitude e disposição para que um ser humano reconheça o outro como igual. Pelo ato de reconhecimento, o ser humano está apto a afirmar existencialmente o valor igual do outro”. De forma que, o padrão estabelecido ‘na regra de ouro’ “trata os outros como gostaria de ser tratado” “é o princípio que impulsiona o ato de reconhecimento e traduz normativamente as exigências da fraternidade (o princípio esquecido da Revolução Francesa)” (BARZOTTO, 2012, p. 37). Reconhecer o valor do outro é reconhecer que “nós” somos parte de uma humanidade em comum.

A fraternidade é alcançada por meio de um processo de reconhecimento, que consiste na aceitação e identificação da condição do outro como um ser que é um fim em si mesmo, em respeito à dignidade humana (FALLER, 2011). De modo que, a “fraternidade diz respeito à capacidade de reconhecimento de uma humanidade comum entre os seres humanos, que se estende para além da geração presente” (BARZOTTO, 2013, p. 247).

Especificamente no caso do meio ambiente do trabalho, pode-se dizer que o desrespeito ao direito do trabalhador a um meio ambiente saudável significa uma afronta à dignidade humana, um déficit de reconhecimento e uma ausência de fraternidade. De modo

que, o dever de fraternidade impõe o reconhecimento dos trabalhadores como seres dotados de dignidade humana⁴², e não como instrumentos de produção. Um dever que se insere dentro da ideia Kantiana “de que o ser humano não pode ser empregado como simples meio (ou seja, objeto) para satisfação de qualquer vontade alheia, mas sempre deve ser tomado como fim em si mesmo (ou seja, sujeito) em qualquer relação” (SARLET; FENSTERSEIFER, 2014. p.44).

As organizações de trabalho que submetem trabalhadores a ofensas, discriminações, humilhações e assédios afrontam a fraternidade e negam o reconhecimento. De forma que, ao ter o reconhecimento negado, o trabalhador se vê reconduzido a um sofrimento capaz de desestabilizá-lo (DEJOURS, 2006).

Neste sentido, “o conceito de meio ambiente laboral sadio integra um conceito mais amplo, o do trabalho digno, que deve ser assegurado a todo trabalhador em decorrência do reconhecimento de sua condição humana e de seu direito à dignidade” (VARGAS; COLUSSI, 2008). Dignidade essa, que se constitui no núcleo do direito à saúde do trabalhador, pois esse direito, em última análise, visa proteger a própria vida do trabalhador.

O conteúdo conceitual e normativo do princípio da dignidade da pessoa humana está intrinsecamente relacionado à qualidade do ambiente (onde o ser humano vive, mora, trabalha, estuda, pratica lazer, bem como o que ele come, veste etc). A vida e a saúde humanas (ou como se refere o caput do art. 225 da CF/88, conjugando tais valores, a sadia qualidade de vida) só são possíveis dentro dos padrões mínimos exigidos constitucionalmente para o desenvolvimento pleno da existência humana (SARLET; FENSTERSEIFER, 2014. p.48).

Meio ambiente do trabalho em que há ausência de fraternidade é reflexo de um direito do trabalho voltado mais para o contexto econômico, que relega o sentido histórico da fraternidade constante na Declaração Universal dos Direitos Humanos, em que “todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com *espírito fraternidade*” (ONU, DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1948).

⁴² “Dignidade humana pode ser conceituada como: a qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos, mediante o devido respeito aos demais seres que integram a rede da vida” (SARLET, 2010. p. 70).

No livro, “O Princípio Esquecido” há (no capítulo 6) uma correlação entre a fraternidade e o direito ao desenvolvimento.

No atual contexto de globalização, caracterizado por uma proliferação dos sujeitos que desempenham papéis significativos para a realização dos direitos humanos, especialmente no campo econômico-social, a perspectiva da fraternidade permite enfrentar os problemas de um ponto de vista não particularista ou nacionalista, levando em conta que todo problema e toda solução tem ligações de interdependência fraternal com outros povos e pessoas (AQUINI, 2008, p. 141).

Neste sentido, há uma intrínseca relação entre fraternidade e desenvolvimento sustentável (ou sustentabilidade). Isso porque, sob a perspectiva da fraternidade, o problema do meio ambiente do trabalho não é visto apenas como algo restrito a determinada empresa ou nação, mas sim como um tema que requer uma interdependência fraternal. O artigo 29 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1948), em que expressamente consta a responsabilidade comunitária e implicitamente consta o dever de fraternidade ⁴³, “mostra-se totalmente apropriado quando as discussões ambientais emergem no direito” (BARZOTTO, 2013, p. 231).

O direito fraterno abandona as fronteiras fechadas da cidadania, pois tem como um de seus pressupostos a ideia de universalização, de não limitação geográfica e/ou política para o respeito aos direitos (RESTA, 2004). Deve-se compreender “o mundo inteiro como integrante de uma mesma ‘aldeia global’ em termos ecológicos”. Isso porque “somos todos somos reféns, em maior ou menor medida, das condições ambientais, diante da conexão entre todos os ecossistemas mundiais” (SARLET; FENSTERSEIFER, 2014. p.73).

Os pressupostos do direito fraterno também podem ser utilizados para analisar o direito a ter direito à saúde. Ou seja, pressupostos tais como, o direito fraterno é um direito jurado conjuntamente entre irmãos (*giurato insieme*) podem ser relacionados à efetivação do direito à saúde por meio de pactos. “Não é por acaso que hoje falamos no Pacto pela Saúde, como observamos pelo próprio enunciado de tal documento, que afirma ser um compromisso público dos setores do SUS com bases nos princípios constitucionais” (VIAL, 2010, p. 110).

⁴³ “Toda pessoa tem deveres para com a comunidade, em que o livre e pleno desenvolvimento de sua personalidade é possível” (ONU, DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1948).

Analisar o direito à saúde sob aspectos, tais como, universalização; humanidade; quebra do dogma da soberania; direito inclusivo e aposta na diferença significa buscar na fraternidade novos pressupostos para a busca por efetividade do direito à saúde. De modo que “estudar o direito a ter direito à saúde fundado em novos pressupostos significa alargar o leque de análise da complexidade de tê-lo efetivado” (VIAL, 2009, p. 65).

3.2 PARTICIPAÇÃO ATIVA DOS TRABALHADORES NAS MEDIDAS PREVENTIVAS

O segundo elemento que se pode identificar da definição dada pela Convenção 187 da OIT de *cultura nacional de prevenção em matéria de saúde e segurança*, como um parâmetro contributivo para o aperfeiçoamento da prevenção em saúde do trabalhador no Brasil é a “participação ativa dos trabalhadores” em iniciativas destinadas a assegurar um meio ambiente de trabalho seguro e saudável.

A participação ativa dos trabalhadores nas medidas a respeito da saúde nos locais de trabalho e no controle social de políticas públicas em saúde no trabalho é uma das principais características da Saúde do Trabalhador. Isso porque “os trabalhadores e os seus representantes sabem perfeitamente como é efetuado o trabalho e de que forma este os afeta” (EU-OSHA, PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES EM SST, 2012). Por isso, “nos últimos anos, ganhou destaque o pensamento de que a melhor forma para garantir a efetividade das normas de proteção à saúde é a participação dos trabalhadores, os beneficiários diretos da tutela normativa” (OLIVEIRA, 2011, p. 151).

Conforme visto no primeiro capítulo deste trabalho, o Modelo Operário Italiano, considerado um marco internacional inicial na luta pela Saúde do Trabalhador, tinha como uma de suas bandeiras a participação dos trabalhadores nas ações de planejamento e no controle de medidas de prevenção à saúde nos locais de trabalho, através da não delegação de tais funções exclusivamente ao saber técnico. De forma que através do Modelo Operário Italiano, a Saúde do Trabalhador surgiu com uma premissa metodológica básica: o reconhecimento do saber do trabalhador, e, conseqüentemente, a fundamentalidade de sua participação nas decisões que envolvam condições e organização do trabalho.

A participação ativa do trabalhador, o conhecimento e a sua autonomia possibilitaram, pouco a pouco, a construção do conceito de não delegação, cujo significado implica não delegar à técnica tradicional e instituída e à gestão político-institucional o direito do controle das condições do ambiente de trabalho. A validação consensual dos problemas e suas soluções, buscando o consenso entre os trabalhadores e destes com os técnicos, de modo a validar parâmetros de riscos e das condições de determinadas atividades, do uso de substâncias e da utilização de instrumentos técnicos, tornavam-se capazes de sustentar suas reivindicações (PAIVA; VASCONCELLOS, 2011, p. 387).

O “Guia Prático Participação dos Trabalhadores na Segurança e Saúde no Trabalho” da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho salienta que os empregadores “devem promover uma cultura de segurança e saúde favorável à participação dos trabalhadores. Mas estes não devem limitar a sua participação a uma cooperação passiva e ao respeito das regras de segurança”. Isso porque “uma participação efetiva vai além da mera consulta – os trabalhadores e os seus representantes também participam na tomada de decisões” (EU-OSHA, PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES EM SST, 2012)

A participativa ativa dos trabalhadores nas decisões que envolvam condições e organização do trabalho permite o rompimento da lógica individual-biologicista de prevenção que segue os preceitos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, os quais consideram o trabalhador como objeto de ações de prevenção e, não como sujeito protagonista.

A Saúde do Trabalhador busca conhecer e intervir nas relações entre trabalho e saúde-doença e tem como referência central “a afirmação do trabalhador como sujeito ativo do processo de saúde-doença e não simplesmente como objeto de atenção, tal como tomado pela saúde ocupacional e pela medicina do trabalho” (NARDI, 2004, p. 51). Pressupõe a participação do trabalhador, como sujeito das ações, transcendendo a condição dada anteriormente de “objeto” do processo de atenção à saúde.

Na medida em que as classes trabalhadoras constituem-se em novo sujeito político e social, conforme sugere o campo Saúde do Trabalhador, este incorpora ideia de trabalhador que difere frontalmente da anterior: passiva, como hospedeiro ou paciente; apreendendo-o como agente de mudanças, com saberes e vivências sobre seu trabalho, compartilhadas coletivamente e, como ator histórico, ele pode intervir e transformar a realidade de trabalho, participando do controle da nocividade; da definição consensual de prioridades de intervenção e da elaboração de estratégias transformadoras (LACAZ, 2007, p. 760).

A participação ativa dos trabalhadores não é uma consulta meramente homologatória a respeito das medidas para a prevenção em saúde no trabalho. A participativa ativa dos trabalhadores distingue-se da participação restritiva, em que a colaboração exigida do trabalhador é uma estratégia empresarial para aumentar a produtividade e não propriamente para participar na construção e na manutenção de um ambiente de trabalho saudável.

A participação ativa dos trabalhadores está diretamente relacionada ao direito à informação. Isso porque os trabalhadores somente poderão envolver-se, planejando soluções e sugerindo medidas, se tiverem (in) formação que lhes permita compreender os riscos no trabalho, bem como as possibilidades de prevenção a esses riscos.

A informação é um aspecto básico da cultura da prevenção, por isso se faz referência a necessidade de uma cultura informada. Nela, as pessoas estão preparadas para reportar os erros e descuidos em qualquer nível hierárquico. Uma cultura da informação depende de como a organização lida com culpa e os castigos. Se a culpa é a resposta rotineira ao erro, as informações caem. Se a culpa, em troca, se reserva para os grandes e verdadeiros comportamentos que implicam em desinteresse ou malícia, a cultura da informação não deve ser desalentada (RODRÍGUEZ, 2009, p. 112).

Conforme visto no primeiro capítulo, ao tratarmos do direito à saúde do trabalhador no plano internacional, as Convenções 155 e 161 da OIT estabelecem o direito à informação. A Convenção 155 da OIT, no artigo 19, estabelece o dever do empregador em fornecer aos trabalhadores, ou representantes na empresa, informação adequada acerca das medidas tomadas para garantir à segurança e à saúde, e para que possam consultar às suas organizações representativas sobre essa informação (alínea c). No artigo 19, alínea e, a Convenção 155 estabelece o dever das empresas adotarem disposições para que os trabalhadores estejam habilitados, conforme a legislação e a prática nacional, a examinarem todos os aspectos da saúde e da segurança relacionados com seu trabalho, e para que sejam consultados nesse sentido pelo empregador.

No mesmo sentido, a Convenção 161 da OIT estabelece o dever dos serviços de saúde no trabalho serem informados, pelo empregador e pelos trabalhadores, de todo fator conhecido e todo fator suspeito do ambiente do trabalho, que possa ter efeito sobre a saúde dos trabalhadores” (art. 14).

Além disso, a Convenção 187 da OIT estabelece que a política nacional de segurança e saúde no trabalho e no meio ambiente de trabalho deverá “desenvolver uma cultura nacional de prevenção em matéria de segurança e saúde que inclua informação, consulta e formação” (art. 3º, 3).

No âmbito do Sistema Único de saúde, o direito à informação está expressamente incluído como uma ação em Saúde do Trabalhador. A Lei 8080/90, art. 6º, §3º, V, expressamente dispõe:

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional (BRASIL, LEI 8080/90).

De modo que “somente o cidadão devidamente informado e consciente da realidade e da problemática ambiental é capaz de atuar de forma qualificada no processo político, ensejando a autonomia e autodeterminação da sua condição político-participativa” (SARLET; FENSTERSEIFER, 2014. p.135). Não se pode falar em participação ativa dos trabalhadores se esses não tiverem assegurado o direito à informação. De modo que, sem o conhecimento das condições e organização do trabalho, bem como das medidas para resguardar um meio ambiente salubre, os trabalhadores não terão condições de exercer parcela de poder decisório para influenciar nos rumos da prevenção relativa ao meio ambiente do trabalho e, conseqüentemente, à saúde dos trabalhadores.

Neste sentido, o direito à participação ativa do trabalhador está diretamente relacionado ao direito ao acesso à informação ambiental, bem como ao direito à participação pública nas questões que envolvem políticas públicas ambientais.

Da parte do Estado, como corolário do seu dever constitucional de proteção ecológica, cumpre ao mesmo facilitar e dar condições concretas para que a participação pública na tomada de decisões em matéria ambiental se dê de forma qualificada, com a disponibilização, pelos órgãos públicos, de toda a informação ambiental disponível e pertinente, o que é hoje reforçado pela nova Lei de Acesso à Informação (Lei n.12.527/2011) (SARLET; FENSTERSEIFER, 2014. p.119).

O direito à participação ativa dos trabalhadores também deve ser levado em consideração na elaboração, no acompanhamento e na fiscalização de políticas públicas relacionadas ao meio ambiente do trabalho e, conseqüentemente, em Saúde do Trabalhador. A política nacional de segurança e saúde no trabalho faz parte do sistema de direitos e responsabilidades que a Convenção 187 preconiza.

No âmbito do Sistema Único de Saúde as instâncias de participação social – denominadas de controle social – foram regulamentadas por meio das Leis 8080/90 e 8142/90 e pelas Resoluções 33/93, 333/03 e 453/12 do Conselho Nacional de Saúde. No âmbito da saúde do trabalhador, agregam-se à legislação que rege o controle social do SUS, as Portarias 3908/98, 1679/02, 2437/05 e 2728/09 do Ministério da Saúde, “que estabelecem particularidades no que tange às esferas de controle social em saúde do trabalhador” (HOEFEL; SEVERO, 2014).

O Estado possui a obrigação constitucional e o compromisso ético-político de garantir o direito de participação dos representantes dos trabalhadores na gestão das políticas públicas de saúde, ou seja, em todas as fases desse processo, incluídos o planejamento, a programação e a avaliação, uma vez que a inviabilidade de participação em alguma dessas etapas significa concessão parcial de direitos e, conseqüentemente, desrespeito não somente à classe trabalhadora, mas aos processos democráticos do país (HOEFEL; SEVERO, 2014).

O art. 8º da Portaria 2.728/2009 define que o controle social, nos serviços que compõem a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST), realiza-se pela participação de organizações de trabalhadores e empregadores, nas Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, previstos na Lei nº 8.142/90, bem como por meio das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST), vinculadas aos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde.

As Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) “constituem a principal instância de controle social em saúde do trabalhador e possuem um papel fundamental no que se refere à construção e implementação das ações em saúde do trabalhador” (HOEFEL; SEVERO, 2014). A participação dos trabalhadores nas instâncias de controle social qualifica e propicia a construção de políticas de saúde do trabalhador adequadas às reais demandas da classe trabalhadora.

3.3 SISTEMA DE DIREITOS: DEVERES E RESPONSABILIDADES

O terceiro elemento que se pode identificar da definição dada pela Convenção 187 da OIT, através da expressão *cultura nacional de prevenção em matéria de saúde e segurança*, como um parâmetro contributivo para o aperfeiçoamento da prevenção em saúde do trabalhador no Brasil refere-se ao *sistema de direitos, responsabilidade e deveres* definidos para assegurar um meio ambiente seguro e saudável.

A Convenção 187 da OIT prevê que para alcançar o objetivo de promover uma cultura preventiva em segurança e saúde no trabalho, cada Estado-Membro deverá adotar três linhas básicas de atuação:

- a) Elaborar uma *política nacional* sobre segurança e saúde no trabalho e no meio ambiente do trabalho (art. 3º, 1);
- b) Criar, manter e desenvolver gradualmente e rever periodicamente um *sistema nacional* de saúde e segurança no trabalho (art. 4º, 1);
- c) Formular, implementar, monitorar e rever periodicamente um *programa nacional* de segurança e saúde no trabalho (art. 5º. 1).

De modo que o Estado-Membro que ratificar a Convenção 187 da OIT compromete-se a “promover a melhoria contínua da segurança e saúde no trabalho, a fim de prevenir lesões, doenças e mortes causadas pelo trabalho através do desenvolvimento de uma política, de um sistema e de um programa nacional” (art. 2º, 1).

A *política nacional* deverá ser realizada de modo a promover o direito a um meio ambiente do trabalho seguro e saudável, em todos os níveis pertinentes, consultando às organizações representativas de trabalhadores e empregadores.

A política nacional deverá estabelecer e fomentar uma cultura prevencionista progressiva em todos os níveis pertinentes (governo, empregadores, empregados e sociedade), assegurando claramente o direito dos trabalhadores a um meio ambiente do trabalho seguro e saudável (OLIVEIRA, 2011, p. 103).

A Convenção 187 da OIT estabelece que a promoção de um meio ambiente seguro e saudável através de uma política nacional deverá ocorrer de acordo com princípios básicos, tais como: “avaliação dos riscos ou perigos do trabalho; consulta na origem dos riscos e ou perigos do trabalho; e desenvolvimento de uma cultura nacional de prevenção em matéria de segurança e saúde que inclua informação, consulta e formação” (OIT, CONVENÇÃO 187, 2006).

A Convenção 187 da OIT estabelece, no art. 1º, letra “a”, que a política nacional de segurança e saúde no trabalho e meio ambiente de trabalho deverá ser elaborada em conformidade com os princípios preconizados no art. 4º da Convenção 155 da OIT. Nesse artigo, consta que a política nacional deverá ser realizada em consulta às organizações mais representativas de empregadores e de trabalhadores, de acordo com as condições e práticas nacionais. A política nacional deverá ser posta em prática e reexaminada periodicamente com o objetivo de prevenir os acidentes e os danos à saúde relacionados ao trabalho. De modo que, para o cumprimento da Convenção 155 da OIT, não basta apenas a formulação de uma política nacional, é preciso colocá-la em prática e reexaminá-la periodicamente.

A Convenção 155 estabelece, no art. 6º, que a formulação da política nacional deverá determinar as respectivas funções e responsabilidades das autoridades públicas, dos empregadores e dos trabalhadores, levando em consideração que tais responsabilidades são complementares. O Brasil ratificou a Convenção 155 da OIT, de modo que, quando essa Convenção entrou em vigor, em 1993, o Brasil “assumiu o compromisso de formular, por em prática e reexaminar periodicamente uma política nacional coerente em matéria de segurança e saúde dos trabalhadores e do meio ambiente de trabalho” (OLIVEIRA, 2011, p. 134).

Após a ratificação da Convenção 155 da OIT, em 1993, o Brasil criou o Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (GEISAT), através da Portaria Interministerial n. 18, de 9 de novembro de 1993, com o “objetivo de integrar, de forma mais efetiva, os esforços das áreas do Trabalho e Previdência Social com a área da Saúde, buscando o atendimento integral dos trabalhadores”. Em 2004, a Portaria Interministerial 153, de 13 de fevereiro de 2004, em razão da necessidade de estruturar a articulação intragovernamental de medidas voltadas para as questões de segurança e saúde do trabalhador, inclusive no que se refere à composição e objetivos do Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador – GEISAT, criou um grupo de trabalho composto

por representantes dos Ministérios da Previdência Social, da Saúde e do Trabalho e Emprego para elaborar uma proposta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.

A Portaria Interministerial n. 800, de 3 de maio de 2005, elaborada pelo Grupo de Trabalho instituído pela Portaria Interministerial n° 153, de 13 de fevereiro de 2004, realizou um primeiro esboço de providências recomendáveis para uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho.

No entanto, com a divulgação da Convenção 187 da OIT em âmbito internacional, em 2006, o Brasil começou a reunir esforços para efetuar a sua ratificação, realizando, para tanto, atualizações em suas propostas de política nacional em saúde no trabalho. Isso para evitar assumir compromissos com os quais não poderá cumprir. Nesses esforços de adequação, destaca-se a criação da Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho - CTSST, através da Portaria Interministerial 152, de 13 de maio de 2008, com o objetivo de avaliar e propor medidas para implementação, no País, da Convenção n.º 187 da OIT.

Com base no trabalho realizado pela Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho, o Brasil aprovou sua Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST, em novembro de 2011, através do Decreto 7.602/2011, de modo a iniciar sua adequação às exigências da Convenção 187 da OIT, visando sua futura ratificação.

A expectativa, portanto, é que um novo diploma legal disciplinando a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, trará um impacto positivo para a matéria, bem como despertará a doutrina especializada para aprofundar no exame e colaborar no progresso deste importante ramo do Direito. Será também uma demonstração inequívoca para as empresas e para os trabalhadores que as autoridades assumiram o compromisso de fomentar uma cultura preventiva de segurança e saúde no local de trabalho (OLIVEIRA, 2011, p. 137).

A PNSST tem por objetivo a promoção da saúde, da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde relacionados ao trabalho, por meio da eliminação ou redução de riscos nos ambientes de trabalho (art. I). Os princípios orientadores da PNSST são: universalidade; prevenção; precedência de ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação; diálogo social e integralidade (art. II). A PNSST estabelece responsabilidades e deveres ao Ministério do Trabalho e Emprego, do Ministério da Saúde e da Previdência Social.

Na implementação da PNSST, a RENAST (Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador) possui um papel de excelência. Isso porque a RENAST é uma rede

organizada exatamente com o objetivo de implementar ações assistenciais, de vigilância, de prevenção e de promoção da saúde, na perspectiva da Saúde do Trabalhador. A RENAST tem os CERESTs (Centros de Referência em Saúde do Trabalhador) “como *locus* privilegiado de execução, articulação, pactuação de ações de saúde intra e intersetorialmente” (DIAS; SILVA, 2013, p. 46). De forma que os CERESTs devem ser “compreendidos como polos irradiadores, num determinado território, da relação entre processo de trabalho e saúde e devendo assumir a função de suporte técnico e científico em ST” (LACAZ, 2013, p. 43).

A atual Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) destacou, no artigo VI, “a”, a responsabilidade do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) em “formular e propor as diretrizes da inspeção do trabalho, bem como supervisionar e coordenar a execução das atividades relacionadas com a inspeção dos ambientes de trabalho e respectivas condições de trabalho”. Já no item VII, “a”, a PNSST destacou que compete ao Ministério da Saúde “o fortalecimento da vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho”. De forma que, mesmo após a publicação da PNSST, segue-se com a divergência a respeito da possibilidade dos CERESTs (órgão municipal) realizarem, ou não, ações de fiscalização, regulamentação e controle dos processos e ambientes de trabalho.

Na Jurisprudência, podem ser encontrados julgamentos relativos à divergência quanto à competência dos CERESTs em realizar autuações e aplicações de multas às empresas. Há posicionamentos no sentido de que essas atribuições seriam apenas dos Auditores Fiscais do Ministério do Trabalho e Emprego. Nesse sentido, cita-se:

Ementa: Incompetência de Órgão Municipal. Fiscalização e Inspeção do Local de Trabalho. Leis Estaduais e Municipais que conferem competência de fiscalização e inspeção do local de trabalho a autoridades públicas municipais violam a competência exclusiva da União prevista expressamente no artigo 21 da Constituição Federal. Assim, um órgão municipal não pode ser considerado competente para a fiscalização e imposição de penalidades referentes à organização, manutenção e inspeção do local de trabalho (BRASIL, Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região. RO 0000421-29.2012.5.15.0130. Relator: Desembargador Luiz Roberto Nunes. Data de julgamento: 31/07/2013).

Nesse processo, o juiz de 1º grau decidiu que o CEREST, órgão da Secretaria Municipal de Saúde, tinha, sim, a competência para fiscalizar e impor multas referentes à saúde pública, independentemente das relações de trabalho. De forma que, baseado nos

artigos constitucionais 1º, 225, 200, VIII, o juiz de 1º grau entendeu que:

(...) o meio ambiente hígido de trabalho é reconhecido como direito fundamental do trabalhador e deve ser defendido e preservado pelo Poder Público e pela coletividade, posto que o trabalhador é ser humano integrante da sociedade e a violação do seu ambiente de labor gera efeitos negativos não apenas para ele, mas para toda a sociedade. (...) Deste modo, imperioso reconhecer como competente o órgão municipal para a fiscalização e autuação realizadas, sendo válidos o auto de infração e o auto de imposição de multa lavrados, pelo que fica cassada a tutela deferida à fl. 95 dos autos (BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho 15 Região. Processo n. 0421-29.2012.5.15.0130. Juiz: Rafael Marques de Setta. Data de Julgamento: 18/07/2012).

Apesar de o juiz de 1º grau ter entendido que o meio ambiente do trabalho deve ser defendido também pelo CEREST municipal através da fiscalização, o Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região reformou a decisão porque entendeu que a competência para fiscalizar e inspecionar locais de trabalho é exclusiva da União. De modo que o CEREST municipal não poderia ter aplicado multa por fato relacionado à saúde no trabalho (no caso a empresa descumpriu a obrigação de emissão de CAT- Comunicação de Acidente de Trabalho).

Para implementar a política nacional de segurança e saúde no trabalho, a Convenção 187 da OIT determina a criação de um “sistema nacional”, ou seja, uma infraestrutura de apoio. O *sistema nacional* de segurança e de saúde mencionado pela Convenção 187 da OIT “refere-se à infra-estrutura que compõe o marco principal para a execução de políticas e programas nacionais de segurança e saúde no trabalho” (art. 1º, letra “b”).

O país que ratificar a Convenção deve instituir normas atualizadas sobre o tema, assegurar inspeção do trabalho suficiente para exigir o cumprimento dessas normas, indicar uma autoridade ou organismo responsável para acompanhar e prestar contas da execução da política estabelecida, oferecer formação, informação e meios de investigação. Além disso, deve ser adotado algum mecanismo de apoio às micro e pequenas empresas, bem como medidas para atendimento dos trabalhadores da economia informal (OLIVEIRA, 2011, p. 103).

O sistema nacional deverá conter em matéria de segurança e saúde no trabalho: a) legislação, convenções coletivas ou outros instrumentos legais relevantes; b) autoridade, órgão (s) ou agências responsáveis, designados conforme a legislação e práticas nacionais; c) mecanismos para cumprir a legislação nacional, incluindo o sistema de inspeção; d) disposições destinadas a promover a cooperação entre trabalhadores e seus representantes, como um elemento essencial das medidas preventivas relacionadas com o local de trabalho.

O artigo 4º (III, “a”) da Convenção 187 da OIT, ao tratar da constituição de um sistema nacional em saúde e segurança no trabalho aconselha a criação de órgãos consultivos tripartites. De forma que a Convenção 187 da OIT reforça a necessidade do diálogo tripartite para a elaboração das políticas de saúde e segurança no trabalho. A Recomendação 197 da OIT, a qual realiza um maior detalhamento da Convenção 187 da OIT, recomenda que, ao estabelecerem, manterem, desenvolverem e avaliarem periodicamente o sistema nacional de segurança e saúde no trabalho, os Estados-membros deverão ter em conta os instrumentos da OIT pertinentes ao quadro promocional para segurança e saúde no trabalho.

O sistema nacional de segurança e de saúde mencionado pela Convenção 187 da OIT prevê o direito à informação e à formação em matéria de segurança e saúde no trabalho. A Recomendação 197 da OIT, conforme já mencionado, expressamente insere, como mecanismos para promoção de uma cultura nacional de prevenção em matéria de segurança e saúde, o incremento da informação nos locais de trabalho, bem como a educação e formação sobre segurança e saúde no trabalho. Como medidas práticas, recomenda a introdução de conceitos de segurança e saúde no trabalho nos programas de ensino e formação profissional, bem como a circulação de informações, entre autoridades competentes, empregadores e trabalhadores (e respectivas organizações), sobre estatísticas e dados pertinentes à segurança e à saúde no trabalho, a fim de eliminar ou minimizar, na medida do possível, os perigos e riscos relacionados com o trabalho.

No Brasil, a infraestrutura compositiva do sistema nacional de segurança e saúde no trabalho está relacionada basicamente à atuação do Ministério do Trabalho e Emprego, do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência Social, sem excluir, no entanto, outros órgãos e instituições que atuem na área.

Para a Convenção 187 da OIT, não basta a instituição de uma política nacional e de um sistema nacional para alcançar o objetivo de promover uma cultura preventiva em matéria de segurança e saúde no trabalho, é necessário, ainda, o estabelecimento de um *programa nacional*. De acordo com a Convenção 187 da OIT, o programa nacional deverá incluir os objetivos a serem alcançados dentro de um determinado período, bem como “as prioridades e os meios de ação para melhorar a segurança e a saúde no trabalho, e os meios para avaliar os progressos realizados” (art. 1, alínea “c”).

O programa nacional “deve estabelecer as metas e o calendário de implementação da política instituída” (OLIVEIRA, 2011, p. 103). De modo que, cada Estado-membro que

ratificar a Convenção 187 da OIT deve “formular, implementar, monitorar e rever periodicamente um programa nacional de segurança e saúde no trabalho, em consulta com as mais representativas organizações de empregadores e trabalhadores” (art. 5º, 1).

No artigo 5º, item 2 “a”, a Convenção 187 da OIT estabelece que o programa nacional deverá “promover o desenvolvimento de uma cultura nacional de prevenção em saúde e segurança”. O programa nacional deverá contribuir para a proteção dos trabalhadores, eliminando ou minimizando os riscos e perigos do trabalho, a fim de impedir lesões, doenças e mortes causadas pelo trabalho.

A Recomendação 197 da OIT prevê que o programa nacional, tal como definido pela Convenção 187 da OIT, deverá “basear-se em princípios de avaliação e gestão de perigos e riscos, em especial dos que se situam no local de trabalho” (art. 7º). No artigo 10, a Recomendação 197 institui que “o programa nacional deverá promover ativamente medidas e ações preventivas nos locais de trabalho que incluam a participação dos empregadores, trabalhadores e respectivos representantes”.

No Brasil, a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST, instituída através do Decreto 7.602/2011, expressamente estabeleceu que as ações no âmbito da Política devem constar no Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, a ser desenvolvido de acordo com as seguinte diretrizes:

- a) inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema nacional de promoção e proteção da saúde;
- b) harmonização da legislação e a articulação das ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, reabilitação e reparação da saúde do trabalhador;
- c) adoção de medidas especiais para atividades laborais de alto risco;
- d) estruturação de rede integrada de informações em saúde do trabalhador;
- e) promoção da implantação de sistemas e programas de gestão da segurança e saúde nos locais de trabalho;
- f) reestruturação da formação em saúde do trabalhador e em segurança no trabalho e o estímulo à capacitação e educação continuada de trabalhadores; e
- g) promoção da agenda integrada de estudos e pesquisas em segurança e saúde no trabalho (BRASIL, DECRETO 7.602/2011).

O Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PLANSAT) foi criado em 2012, com o objetivo de propor estratégias e ações a serem desenvolvidas para cada uma das diretrizes constantes na Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), acima citadas. O PLANSAT divide-se em oito objetivos principais: 1) Inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema nacional de promoção e proteção da segurança e saúde no

trabalho (SST); 2) Harmonização da legislação trabalhista, sanitária, previdenciária e outras que se relacionem com SST; 3) Integração das ações governamentais de SST; 4) Adoção de medidas especiais para atividades laborais submetidas a alto risco de doenças e acidente do trabalho; 5) Estrutura de uma rede integrada de informação em SST; 6) Implementação de sistema de gestão de SST nos setores público e privado; 7) Capacitação e educação continuada em SST; 8) Criação de uma agenda Integrada de estudos e pesquisas em SST.

A implementação das estratégias previstas no PLANSAT não se restringe ao Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência Social. Há expressamente a atribuição de ações aos chamados “parceiros institucionais”, tais como CT-SST, MEC, TST, AGU, DIEESE, DIESAT, entidades do Sistema S etc. No tocante, por exemplo, ao objetivo de capacitação e educação continuada em SST, a estratégia de “inclusão de conhecimentos básicos em prevenção de acidentes e SST no currículo do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada” prevê ações a serem desenvolvidas por parceiros institucionais, CT-SST, MEC, TST, AGU.

3.4 MÁXIMA PRIORIDADE AO PRINCÍPIO DA PREVENÇÃO

O quarto elemento que pode ser apontado no conceito da Convenção 187 da OIT como contributivo para o aperfeiçoamento da prevenção em saúde do trabalhador no Brasil é a “máxima prioridade ao princípio da prevenção”. O “princípio da prevenção é considerado um mega princípio ambiental” (MELO, 2008, p. 44). Partindo-se da máxima de que o meio ambiente, em sentido lato, comporta o meio ambiente do trabalho, – ambos inseridos em uma mesma realidade ontológica, – é uma decorrência lógica o compartilhamento de princípios fundamentais. Da mesma forma que, ao se tratar do meio ambiente em sentido lato, a reparação, a indenização e a punição devem ser a última alternativa, quando se trata de meio ambiente do trabalho, a primazia deve ser da prevenção de agravos à saúde do trabalhador.

Na Constituição de 1988, o princípio da prevenção encontra fundamento no art. 225: “todos tem direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado (...) impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e *preservá-lo* para as presentes e futuras gerações”. Ademais, “a prevenção é princípio geral que informa o direito à saúde do

trabalhador porque se insere, de modo geral, nas próprias diretrizes do SUS” (BARZOTTO, 2013, p. 240).

No direito internacional, o princípio da prevenção é norteador de uma diversidade de documentos, dentre os quais se destaca a Declaração de Estocolmo de 1972 (ONU, DECLARAÇÃO DE ESTOCOLMO, 1972) Ademais, o princípio da prevenção faz-se presente em importantes documentos como a Declaração de Seul, a Diretiva 89/391/CEE (relativa à aplicação de medidas destinadas a promover a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores) (CEE. Diretiva 89/391/CEE, 1989), o documento da OIT intitulado “Crear una Cultura de Prevención en matéria de Seguridad y Salud” (OIT, CREAR UNA CULTURA DE PREVENCIÓN EN MATERIA DE SEGURIDAD Y SALUD, 2013), entre outros.

Prevenir significa “reduzir, limitar ou controlar atividades que possam ser potencialmente degradantes ao meio ambiente” (ROCHA, 2013, p. 65). Sarlet e Fensterseifer (2014, p. 160) esclarecem que o “princípio da prevenção opera com o objetivo de antecipar a ocorrência do dano ambiental na sua origem”. Seu conteúdo refere-se essencialmente a situações em que são conhecidos os efeitos negativos ao meio ambiente e que, portanto, ensejam ações que previnam e combatam as causas dos danos na raiz.

A prevenção em matéria de meio ambiente do trabalho objetiva um ambiente equilibrado – tanto no aspecto físico, quanto psíquico – o qual propicie um desenvolvimento das atividades laborais em respeito à valorização do direito fundamental do trabalhador à dignidade. O conteúdo do princípio da prevenção impinge deveres de acentuada importância para um ambiente de trabalho que respeite à saúde do trabalhador.

Barzotto (2013, p. 140) explica que, constitucionalmente e legalmente, o princípio da prevenção, no que diz respeito ao meio ambiente do trabalho ecologicamente equilibrado, é recepcionado, no Brasil, em três aspectos: 1) redução de riscos do trabalho (art. 7º, inc. XXII da CF/88 e arts. 154 a 201 da CLT); 2) regramento do trabalho perverso (art. 7º, inc. XXIII da CF/88 e arts. 189 a 197 da CLT e Lei 7.369/85); 3) Acidentes de trabalho (art. 7º, inc. XXVIII da CF/88 e Lei 8.213/91, arts. 19 e 21 e art. 20, I e II: equivalentes).

Para Silva (2008) o direito à prevenção a um meio ambiente de trabalho saudável comporta deveres: 1) do Estado, no sentido de cumprir às competências atribuídas ao SUS (art. 6º, § 3º, da Lei 8080/90), de editar normas de saúde, higiene e segurança para redução dos riscos inerentes ao trabalho e de fiscalizar o cumprimento dessas normas; 2) do

empregador, no sentido de cumprir as normas de saúde, higiene e segurança para redução dos riscos inerentes ao trabalho, especialmente as NRs.

De acordo com o princípio da prevenção, o poder público tem a obrigação de atuar de forma a impedir danos à saúde do trabalhador e ao meio ambiente de trabalho. Nesse sentido, destaca-se a atuação do Ministério Público do Trabalho, o qual exerce papel fundamental para o cumprimento do princípio da prevenção em se tratando de meio ambiente do trabalho. Dentre os principais instrumentos, que podem ser utilizados para atuação do Ministério Público do Trabalho em defesa do meio ambiente do trabalho e da saúde do trabalhador, destaca-se: inquérito civil, termo de ajuste de conduta, audiência pública, notificação recomendatória e ação civil pública. Cita-se jurisprudência:

Ação civil pública. Ministério Público do Trabalho. Legitimidade. Inobservância, pela empresa-ré, do dispositivo constitucional pertinente à "*redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança*". O Ministério Público do Trabalho é parte legítima para propor ação civil pública na defesa dos direitos trabalhistas de uma coletividade de trabalhadores, na condição de integrante do Ministério Público da União, porquanto a Constituição Federal confere aos direitos decorrentes da relação de emprego o *status* de direitos fundamentais, elencados, por essa razão, na condição de interesses coletivos (BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0000542-39.2013.5.04.0741. Relator: Denise Pacheco. Data de Julgamento: 11.09.2014).

Ademais, Melo (2008) adverte que o princípio da prevenção deverá nortear a apreciação de liminares e tutelas antecipadas nas ações que visem à proteção do meio ambiente do trabalho, em razão da mera probabilidade de dano.

O princípio da prevenção, muitas vezes, é utilizado como sinônimo de princípio da precaução, pois “as mais diversas normas tutelares da vida e da saúde do trabalhador podem ser interpretadas à luz destes dois princípios” (FIGUEIREDO, 2007, p. 60). No entanto, os princípios diferenciam-se pelo fato de que prevenir significa “evitar a ocorrência do dano ambiental e da poluição mediante o controle de atividades que possam ser degradantes ao meio ambiente” (BARZOTTO, 2013, p. 240), em razão de já serem conhecidos cientificamente os possíveis impactos ao meio ambiente.

Ao passo que, quando se trata do princípio da precaução, se está diante da dúvida, da incerteza científica quanto a possíveis danos, devendo ser tomadas medidas de precaução, de cautela, para evitá-los. De modo que, “o princípio da precaução opera justamente como um

filtro normativo para prevenir tais situações, considerando a ausência de domínio científico em relação à determinada técnica ou substância” (SARLET; FENSTERSEIFER, 2014, p.160).

O princípio da precaução “constitui um dos mais recentes princípios ambientais, derivado da política ambiental e do princípio alemão *Vorsorgeprinzip*” (ROCHA, 2013, p. 66). Consta expressamente no princípio 15 da Declaração do Rio de 1992:

Com o fim de proteger o meio ambiente, o princípio da precaução deverá ser amplamente observado pelos Estados, de acordo com suas capacidades. Quando houver ameaça de danos graves ou irreversíveis, a ausência de certeza científica absoluta não será utilizada como razão para o adiamento de medidas economicamente viáveis para prevenir a degradação ambiental (ONU, DECLARAÇÃO DO RIO, 1992).

Uma importante contribuição para a propagação do princípio da precaução deu-se com a *Declaração de Wingspread*, nos Estados Unidos, em 1998, em que participaram cientistas, advogados, legisladores e ambientalistas. Essa Declaração estabeleceu que, quando uma atividade representa ameaças de danos ao meio ambiente ou à saúde humana, “medidas de precaução devem ser tomadas, mesmo se algumas relações de causa e efeito não forem plenamente estabelecidas cientificamente” (LIEBER, 2008).

A precaução permite a tomada de atitudes quando as evidências demonstram que uma atividade, tecnologia ou substância pode ser nociva para a saúde humana ou para o meio ambiente, pois, às vezes, esperar por comprovações científicas pode ser tarde demais. Além disso, grandes poluidores e geradores de degradação ambiental costumam declarar-se “inocentes até que se prove o contrário”, ficando livres para agir, porque, muitas vezes, a ciência não dispõe de certezas quanto à lesividade ambiental de determinadas ações. Por isso, a aplicação do princípio da precaução “induz à conclusão de que cabe ao autor potencial do dano provar, antes de mais nada, que a sua ação não trará danos ao meio ambiente” (MILDNER, 2012, p. 57).

Ressalvadas as diferenças, “em um juízo de extensão, é possível admitir que a precaução esteja contida na própria prevenção, até mesmo porque o risco hipotético de hoje pode ser o risco comprovado de amanhã” (SILVA, 2010, p. 80).

Ao se tratar de saúde do trabalhador, o princípio da prevenção requer um maior destaque. Isso porque, geralmente, se está diante de situações que poderiam ter sido evitadas

por já se terem certezas científicas a respeito dos efeitos danosos que determinadas condições e organizações do trabalho acarretam à saúde dos que laboram. Oliveira (2013, p. 238) destaca que “o conhecimento já acumulado, demonstra que a grande maioria dos acidentes é previsível, e, por mera consequência, é também prevenível”.

O Informe VI da OIT, decorrente da 91ª Reunião ocorrida em 2003, sobre atividades normativas da OIT no âmbito da segurança e saúde no trabalho, expressamente afirma:

Todos os acidentes de trabalho são causados por fatores que se poderia prevenir ou eliminar se fossem aplicadas medidas conhecidas. Assim, demonstra o decréscimo contínuo da taxa de acidentes nos países industrializados. Para tanto, a aplicação de estratégias de prevenção pode ser muito benéfica, do ponto de vista humano e econômico (tradução livre) (OIT, INFORME VI, 2003).

Portanto, ao se tratar de saúde do trabalhador, o princípio da prevenção parece adequar-se à grande parte das situações tratadas porque “o desenvolvimento das pesquisas sobre o tema está sedimentado o entendimento de que a grande maioria das ocorrências acidentárias pode ser evitada, desde que adotadas as condutas corretas de prevenção” (OLIVEIRA, 2013, p. 248).

Estudiosos da matéria asseguram: “agravos e acidentes relacionados ao trabalho, a maioria, são perfeitamente evitáveis” (PINHEIRO; DIAS; CORRÊA; MERLO, 2013, p. 61). O que não significa a não aplicabilidade do princípio da precaução, pois “como os danos à saúde são quase sempre irreversíveis, o bom senso aconselha maior prudência do magistrado mediante priorização dos aspectos humanos e sociais em relação ao aspecto econômico” (MELO, 2008, p. 46).

A aplicação da máxima prioridade ao princípio da prevenção é um importante elemento para impulsionar ações civis públicas. Tal qual ocorreu na seguinte ação em que o Ministério Público do Trabalho pleiteou a execução da obrigação do empregador em cumprir

com a legislação, como uma medida preventiva:

Ação Civil Pública. Obrigação de Fazer (cumprimento da legislação de segurança e medicina do trabalho) e indenização por dano moral coletivo. O fato de a obra contar com número reduzido de funcionários não exime o réu da observância de todas as normas relativas ao meio ambiente de trabalho seguro, e muito menos a circunstância de não se ter verificado qualquer acidente de trabalho no local afasta a deficiência de segurança no local atestada pelos fiscais do MTE, os quais, como ressalta o juízo *a quo*, detêm fé pública. Ainda, a negativa do reclamado em firmar o TAC, que consistia unicamente no seu compromisso de exigir o cumprimento das normas relativas à saúde e segurança no ambiente de trabalho, ou seja, no cumprimento das obrigações legais relativas ao bem mais valioso do trabalhador, e que deveriam ser observadas desde o início da atividade, de fato denota o descaso do reclamado com a segurança dos trabalhadores na obra pela qual era responsável, justificando a necessidade de intervenção judicial para fins de compeli-lo a garantir a segurança dos trabalhadores na obra, bem como ensejando a condenação ao pagamento de dano moral coletivo, nos moldes da sentença. O valor arbitrado (R\$ 25.000,00) é razoável e proporcional à situação retratada nos autos, em que é bem evidenciada a cultura de descaso dos empreendedores da construção civil para com a saúde e segurança dos trabalhadores, não por acaso ramo que sempre figura entre os líderes das estatísticas de acidentes de trabalho, muitos graves ou fatais. O valor fixado atende, assim, as funções punitiva, pedagógica preventiva da indenização. Sentença mantida (BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0000542-39.2013.5.04.0741. Relator: Denise Pacheco. Data de Julgamento: 11.09.2014).

Embora inegável que ações civis públicas também se constituem em uma judicialização do direito à saúde do trabalhador (pois o cumprimento desse direito perpassará pelo Judiciário) foge aos objetivos do presente trabalho analisar as implicações jurídico-sociológicas da materialização de direitos através da judicialização. Pretende-se apenas evidenciar que a judicialização, por ações civis públicas, para o cumprimento de normas de saúde no trabalho, constitui-se em uma importante ferramenta para a prevenção, invertendo a atual judicialização pela ótica da monetização do risco (através dos pedidos de adicional de insalubridade e periculosidade) ou pela ótica reparatória (através dos pedidos de indenização por acidentes do trabalho e doenças ocupacionais).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do direito à saúde do trabalhador evidenciou que desde a sua criação a OIT vem somando esforços para a prevenção de acidentes do trabalho e de doenças ocupacionais. A Convenção 187 representa a mais recente estratégia da OIT para o alcance desse objetivo. De modo que, após a sua elaboração, em 2006, na 95ª Conferência Internacional do Trabalho, essa Convenção passou a ser considerada como um marco internacional nas medidas preventivas de segurança e saúde no trabalho. Dentre os seus conceitos, destaca-se centralmente a necessidade do respeito a um meio ambiente do trabalho seguro e saudável em sua integralidade.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, deu início à incorporação, no sistema jurídico, da prevenção em saúde do trabalhador afinada com a proteção integral ao meio ambiente de trabalho, em respeito à dignidade humana. Dos dispositivos constitucionais, especialmente os artigos 6º, 7º, XXII, 196 a 200 e 225, é possível depreender que o direito à saúde do trabalhador deve ser tratado de forma preventiva, levando-se em conta todos os fatores intervenientes no meio ambiente do trabalho.

No âmbito infraconstitucional, também foi possível encontrar legislações que incorporam a expectativa de tratamento integral/holístico ao meio ambiente do trabalho a fim de promover a prevenção aos agravos à saúde dos trabalhadores. Por exemplo, a Lei 8080/90 destacou que se trata de um direito que exige condutas positivas específicas em correlação com os determinantes sociais em saúde. Recentemente, o Decreto 7.602/2011, que dispôs sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho (PNSST), destacou a premência da promoção da saúde, da qualidade de vida do trabalhador e da prevenção de acidentes e de doenças relacionados ao trabalho, levando-se em consideração o meio ambiente do trabalho.

Portanto, depreende-se que o Brasil já possui um conjunto normativo que denota uma legislação referente à prevenção em saúde do trabalhador em consonância com o paradigma emergente de tutela ao meio ambiente do trabalho. Tal paradigma, conforme visto no segundo capítulo deste trabalho, preconiza a proteção integral ao meio ambiente, levando-se em consideração todos os aspectos relacionados ao trabalho que interferem no bem-estar humano, superando os limites dos postos de trabalho.

No entanto, apesar de o Brasil já possuir uma moderna legislação, identificou-se desafios, obstáculos, presentes nas estratégias preventivas do atual paradigma brasileiro, os quais necessitam de enfrentamento. São eles: a) a tendência de observar e garantir que certos fatores de risco estejam dentro dos limites de tolerância; b) a predominância de um modelo de investigação de causas dos acidentes do trabalho baseado nos atos inseguros, e, conseqüentemente, na inclinação de culpabilização do trabalhador; c) a vigência de uma lógica individual e biologicista, em que predomina a neutralização do risco, através do fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPI's), criando uma verdadeira 'cultura do EPI'. A superação desses desafios poderá permitir o avanço na proteção ao meio ambiente do trabalho e, conseqüentemente, alcançar-se o paradigma emergente na íntegra.

Em razão de seu caráter geral e de seu conteúdo promocional, ao invés de preceptivo, a ratificação, pelo Brasil, da Convenção 187 da OIT poderá fornecer ferramentas para que as instituições e organismos de combate aos agravos à saúde do trabalhador possam atuar na prevenção de forma mais eficaz, avançando-se na proteção ao meio ambiente do trabalho. Ou seja, o ingresso no sistema jurídico brasileiro dessa Convenção poderá colaborar para a melhoria contínua do sistema nacional de saúde relacionada ao trabalho, o que inclui a legislação, políticas públicas e medidas de apoio e aplicação relacionadas ao tema.

Isso porque, através da análise da definição de prevenção em matéria de segurança e saúde no trabalho proposta pela Convenção 187 da OIT, confirmou-se a hipótese de que esse instrumento normativo da OIT possui elementos os quais, se aplicados à realidade brasileira, poderão contribuir para o aperfeiçoamento da prevenção em saúde do trabalhador. Identificou-se quatro elementos. São eles: 1) respeito a um meio ambiente de trabalho seguro e saudável; 2) participativa ativa dos trabalhadores; 3) sistema de direitos com responsabilidades e deveres definidos e 4) máxima prioridade ao princípio da prevenção.

O primeiro elemento identificado como *respeito a um meio ambiente do trabalho seguro e saudável* revelou-se o grande protagonista. A abordagem do direito ambiental do trabalho, como um direito a um meio ambiente decente, verde e sustentável, permitiu a compreensão do meio ambiente do trabalho como um novo paradigma o qual irradia uma racionalidade diferenciada para o sistema jurídico, constituindo-se em uma efetiva mudança nos padrões de prevenção à saúde relacionada ao trabalho. Redimensionamento esse, que poderá refletir na alteração de prioridades, em que a centralidade do caráter pecuniário da

reparação pelos danos ocorridos cede espaço para o paradigma de prevenção em respeito a um meio ambiente saudável à vida humana.

Ademais, a análise do elemento meio ambiente do trabalho revelou-se fundamental, pois se constatou que ela deverá ser feita sob o enfoque de uma visão holística. Ou seja, o meio ambiente do trabalho deve ser tratado enquanto totalidade; integralidade, tal como preconiza o PIACT da OIT (Programa Internacional para o Melhoramento das Condições e Meio Ambiente de Trabalho).

Soma-se a isso o fato de que o respeito a um meio ambiente do trabalho saudável em seu aspecto sistêmico permite a superação do olhar que procura somente imputar ao trabalhador a culpa pelo infortúnio. Isso porque propicia uma transição de paradigmas em que a prevenção é focada nas atitudes individuais dos trabalhadores para um paradigma em que a prevenção é focada no sistema, considerando precipuamente a organização e as condições de trabalho.

O desrespeito ao direito do trabalhador a um meio ambiente saudável significa uma afronta à fraternidade. Isso porque o conceito de meio ambiente laboral sadio integra um conceito mais amplo, qual seja: o do trabalho digno, que deve ser assegurado a todo trabalhador em respeito ao princípio da dignidade humana.

O segundo elemento, identificado na Convenção 187 da OIT como *participação ativa dos trabalhadores*, poderá contribuir para a saída de um paradigma protetivo tradicional em que o trabalhador é visto como um “objeto” das ações de prevenção e ingresso em um paradigma em que o trabalhador possa ser considerado como um sujeito ativo que participa da implementação e manutenção de ambientes de trabalho seguros e saudáveis.

O terceiro elemento, *sistema de direitos com responsabilidades e deveres definidos*, também poderá contribuir para a superação de um modelo de prevenção baseado em medidas individuais, cujas características tendem a atribuir como causa dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho a culpa do trabalhador. Além disso, um sistema de direitos com responsabilidades e deveres definidos necessita a realização de políticas e programas nacionais em Saúde do Trabalhador, o que implica uma articulação institucional voltada à formação de uma cultura nacional de prevenção. Sistemas em que as responsabilidades e deveres não estão definidos, ou estão dispersos entre órgãos distintos desarticulados entre si,

podem acarretar a fragmentação de ações e, conseqüentemente, estratégias deficientes para a prevenção de danos à saúde dos trabalhadores.

O quarto elemento, *máxima prioridade ao princípio da prevenção*, permite a transição de um paradigma eminentemente ressarcitório centrado na responsabilidade civil indenizatória para um paradigma com enfoque preventivo. Um enfoque no sentido de ações prioritárias para evitar os conhecidos danos que determinados processos produtivos provocam sob a saúde do trabalhador.

Apesar da Convenção 187 da OIT não ter sido ratificada pelo Brasil, os recentes movimentos jurídico-institucionais (representados pela criação da Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho CT-SST, bem como pela aprovação da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST) indicam tentativas de adequação da legislação nacional para viabilizar a sua ratificação, possibilitando a incorporação dessa normativa no direito brasileiro.

Além disso, mesmo nos países em que não ocorre a ratificação dos instrumentos normativos da OIT, expressos fundamentalmente pelas Convenções e pelas Recomendações, a produção normativa da OIT pode servir de inspiração para a criação de legislações nacionais e para modificações de práticas internas. A excelência do processo de produção normativa da OIT intrinsecamente democrático (tripartismo), bem como a sua centralidade internacional na padronização da proteção laboral, tornam a sua produção normativa um importante campo de juridicidade a ser imitado.

Conclui-se no sentido de que a análise da temática *O Direito à Saúde do Trabalhador e a Convenção 187 da OIT: Elementos para uma Transição de Paradigmas na Prevenção* revelou-se de acentuada atualidade e relevância social. De modo que nosso singelo aporte ao debate expressou-se numa tentativa de evidenciar a possível contribuição da Convenção 187 da OIT para o aprimoramento da efetivação do direito à saúde do trabalhador, no Brasil, sob o viés da prevenção. Sem dúvidas, a complexidade envolvida na temática impossibilitou seu esgotamento, tornando-se uma premissa imanente a continuação de seu desenvolvimento em futuras pesquisas.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando Mussa Abujamra. A Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado: O Papel dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário na Efetivação do Direito à Saúde no Brasil. In: AITH, Fernando, SATURNINO, Luciana Tarbes Mattana; DINIZ, Maria Gabriela Araújo; MONTEIRO, Tammy Claret. **Direito Sanitário: Saúde e Direito, um Diálogo Possível**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2012/06/Direito-sanitario_Final.pdf> Acesso em 22 fev. 2015.

AITH, Fernando Mussa Abujamra. Consolidação do Direito Sanitário no Brasil. In: COSTA, Alexandre Bernardino; SOUSA JÚNIOR, José Geraldo de; DELDUQUE, Maria Célia; OLIVEIRA, Mariana Siqueira de Carvalho; DALLARI, Sueli Gandolfi (Orgs.). **O Direito Achado na Rua Introdução Crítica ao Direito à Saúde**. Brasília: CEAD/UNB, 2008.

ALEXY, Robert. **Teoria dos Direitos Fundamentais**. 5 ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

ALMEIDA, Cleber Lúcio de. Responsabilidade Civil do Empregador e Acidente de Trabalho. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.

ALVES, Giovanni; VIZZACCARO-AMARAL, André Luís; MOTA, Daniel Pestana (Org.). **Trabalho e Saúde A Precarização e a Saúde do Trabalhador no Século XXI**. São Paulo: LTr, 2011.

AQUINI, Marco. Fraternidade e Direitos Humanos. In: BAGGIO, Antonio Maria (Org.). **O Princípio Esquecido/1**. São Paulo: Cidade Nova, 2008.

AROUCA, Sergio. Reforma Sanitária, 1998. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 20 dez. 2010.

BAGGIO, Antonio Maria (Org.). **O Princípio Esquecido/2**. São Paulo: Cidade Nova, 2009.

BARRETO, Reginaldo Muniz. Financiamento da Saúde do Trabalhador. **Documento Orientador da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**, 2014. Disponível em: <<http://www.renastonline.org/sites/default/files/arquivos/recursos/Documento%20Orientador%20-%204CNSTT.pdf>> Acesso em 01 mar. 2015.

BARZOTTO, Luciane Cardoso. **Direitos Humanos e Trabalhadores** Atividade Normativa da Organização Internacional do Trabalho e os Limites do Direito Internacional do Trabalho. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

BARZOTTO, Luciane Cardoso. Trabalho Decente: Dignidade e Sustentabilidade, 2012a. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7913> Acesso em 01 fev. 2015.

BARZOTTO, Luciane Cardoso. Igualdade e Discriminação no Ambiente de Trabalho. In: BARZOTTO, Luciane Cardoso (org.). **Trabalho e Igualdade** Tipos de Discriminação no Ambiente de Trabalho. Porto Alegre: Livraria do Advogado; Escola Judicial do TRT da 4ªR., 2012b.

BARZOTTO, Luciane Cardoso. O Princípio da Fraternidade e os Princípios do Meio Ambiente do Trabalho. In: OLIVEIRA, Cinthia Machado de; DORNELES, Leandro do Amaral Dorneles de (Org.). **Temas de Direito e Processo do Trabalho**. Vol II. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2013.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de set. 1990.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. Vade Mecum. 3 ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

BRASIL. Lei 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. In: **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 de ago.1991.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde**: Caderno de Legislação em Saúde do Trabalhador. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica **Caderno 5 Saúde do Trabalhador**. Brasília, Ministério da Saúde, 2002. p. 9. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_12.pdf> Acesso em 24 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde-NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008**. 20 Anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf> Acesso em 04 ago. 2014.

BRASIL. Relatório da I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores. Disponível em:<http://www.renastonline.org/sites/default/files/arquivos/recursos/1a_conf_nac_saude_trabalhador.pdf> Acesso em 27 de jul. 2014.

BRASIL. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em 28 jul. 2014.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0000041-31.2013.5.04.0371. Relator: Clóvis Fernando Schuch Santos. Data de julgamento: 15.05.2014. Disponível em: <<http://www.trt4.jus.br>> Acesso em 12 mar. 2015.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0001193-58.2012.5.04.0401. Relator: Roberto Antonio Carvalho Zonta. Data de julgamento: 30.04.2014. Disponível em: <<http://www.trt4.jus.br>> Acesso em 12 mar. 2015.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0000904-52.2012.5.04.0781. Relator: Marcelo Gonçalves de Oliveira. Data de julgamento: 27.03.2014. Disponível em: <<http://www.trt4.jus.br>> Acesso em 12 mar. 2015.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0001223-42.2012.5.04.0030. Relator: Juraci Galvão Júnior. Data de julgamento: 25.09.2014. Disponível em: <<http://www.trt4.jus.br>> Acesso em 12 mar. 2015.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0000736-45.2011.5.04.0018. Relator: Maria Cristina Schaan Ferreira. Data de julgamento: 24.09.2014. Disponível em: <<http://www.trt4.jus.br>> Acesso em 12 mar. 2015.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0068200-91.2008.5.04.0018. Relator: Denis Marcelo De Lima Molarinho. Data de julgamento: 01.12.2011. Disponível em: <<http://www.trt4.jus.br>> Acesso em 12 mar. 2015.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0001556-09.2012.5.04.0122. Relator: Flávia Lorena Pacheco. Data de julgamento: 03.04.2014. Disponível em: <<http://www.trt4.jus.br>> Acesso em 12 mar. 2015.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0001251-19.2012.5.04.0027. Relator: Marcelo José Ferlin Ambroso. Data de julgamento: 05.06.2014. Disponível em: <<http://www.trt4.jus.br>> Acesso em 12 mar. 2015.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0000233-36.2013.5.04.0541. Relator João Paulo Lucena. Data de Julgamento: 03.04.2014.. Disponível em: <<http://www.trt4.jus.br/portal/portal/trt4/consultas/jurisprudencia/acordaos>> Acesso em 12 mar. 2015.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0001595-58.2012.5.04.0234. Relator Francisco Rossal de Araújo. Data de Julgamento: 23.10.2014.. Disponível em: <<http://www.trt4.jus.br/portal/portal/trt4/consultas/jurisprudencia/acordaos>> Acesso em 12 mar. 2015.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0000158-80.2012.5.04.0751. Relator: George Achutti. Data de julgamento: 03.07.2014. Disponível em: <<http://www.trt4.jus.br>> Acesso em 12 mar. 2015.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0000393-05.2012.5.04.0571. Relator: João Paulo Lucena. Data de julgamento: 13.11.2014. Disponível em: <<http://www.trt4.jus.br>> Acesso em 12 mar. 2015.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0010397-84.2012.5.04.0512. Relator: Laís Helena Jaeger Nicotti. Data de julgamento: 24.04.2014. Disponível em: <<http://www.trt4.jus.br>> Acesso em 12 mar. 2015.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 01809-2005-203-04-00-5. Juiz Relator Fabiano de Castilhos Bertolucci. Data de julgamento: 19.12.2007. Disponível em: <<http://www.trt4.jus.br>> Acesso em 08 fev. 2014.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0000861-91.2012.5.04.0401. Juiz Relator: Denise Pacheco. Data de julgamento: 20.03.2014. Disponível em: <<http://www.trt4.jus.br>> Acesso em 12 mar. 2015.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0000989-02.2012.5.04.0405. Juiz Relator: Manuel Cid Jardon. Data de julgamento: 24.04.2014. Disponível em: <<http://www.trt4.jus.br>> Acesso em 12 mar. 2015.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região. RO 0000421-29.2012.5.15.0130. Relator: Desembargador Luiz Roberto Nunes. Data de julgamento: 31 jul. 2013. Disponível em: <<http://portal.trt15.jus.br/decisões>> Acesso em 18 mar. 2015.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho 15 Região. Processo n. 0421-29.2012.5.15.0130. Juiz: Rafael Marques de Setta. Data de Julgamento: 18 jul. 2012. Disponível em: <<http://consulta.trt15.jus.br/consulta/CPS/docs/000042129.2012.5.15.0130i814930.pdf>> Acesso em 18 mar. 2015.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região. RO 0000542-39.2013.5.04.0741. Relator: Denise Pacheco. Data de Julgamento: 11.09.2014. Disponível em: <<http://www.trt4.jus.br/portal/portal/trt4/consultas/jurisprudencia/acordaos>> Acesso em 12 mar. 2015.

BUTIERRES, Maria Cecília. Discriminação por Acidente do Trabalho ou por Doença Ocupacional. In: BARZOTTO, Luciane Cardoso (org.). **Trabalho e Igualdade** Tipos de Discriminação no Ambiente de Trabalho. Porto Alegre: Livraria do Advogado; Escola Judicial do TRT da 4ªR., 2012.

CANÇADO TRINDADE, Antonio Augusto. **Direitos Humanos e Meio Ambiente**: Paralelo dos Sistemas de Proteção Internacional. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1993.

CASTEL, Robert. **As Metamorfoses da Questão Social**: uma Crônica do Salário. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

CATTANI, Antonio David. Taylorismo. In: CATTANI, Antonio David (Org.) **Dicionário Crítico sobre Trabalho e Tecnologia**. 4ed. Porto Alegre: Vozes, 2002.

CEE. Diretiva 89/391/CEE, 1989. Disponível em: <<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:31989L0391&from=ES>> Acesso em 15 dez. 2014.

CEE. Marco Estrategico de la UE em Matéria de Salud y Seguridad en el Trabajo 2014-2020. Disponível em: <http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-641_es.htm> Acesso em 15 dez. 2014.

DAL COL, Helder Martinez. Responsabilidade Civil do Empregador: Acidentes do Trabalho. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O Conteúdo do Direito à Saúde. COSTA, Alexandre Bernardino; SOUSA JÚNIOR, José Geraldo de; DELDUQUE, Maria Célia; OLIVEIRA, Mariana Siqueira de Carvalho; DALLARI, Sueli Gandolfi (Orgs.). **O Direito Achado na Rua Introdução Crítica ao Direito à Saúde**. Brasília: CEAD/UNB, 2008.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito Sanitário. In: ARANHA, Márcio Iorio; BARROS, Sebastião Botto de. **Curso de Especialização a Distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e Magistratura Federal**, 2003. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/32739-40362-1-PB.pdf#page=119>> Acesso em 22 de fev. 2015.

DALLEGRAVE NETO, José Affonso. **Responsabilidade Civil no Direito do Trabalho**. São Paulo: LTr, 2005.

DECLARAÇÃO de Seul, 2008. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/declaracaoseul.pdf>> Acesso em 05 fev. 2015.

DEJOURS, Christophe. **A Loucura do Trabalho**. 5 ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DEJOURS, Christophe. Por um Novo Conceito de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, vol. 14, n. 54, abr./jun. 1986.

DELDUQUE, Maria Célia; OLIVEIRA, Mariana S. de Carvalho. Tijolo por tijolo: a construção permanente do direito à saúde. In: COSTA, Alexandre Bernardino; SOUSA JÚNIOR, José Geraldo de; DELDUQUE, Maria Célia; OLIVEIRA, Mariana Siqueira de Carvalho; DALLARI, Sueli Gandolfi (Orgs.). **O Direito Achado na Rua Introdução Crítica ao Direito à Saúde**. Brasília: CEAD/UNB, 2008.

DELDUQUE, Maria Célia. Saúde: Um Direito e um Dever de Todos. Porto Alegre, **Boletim da Saúde/Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul**, Escola de Saúde Pública, v. 24, n. 2, 2010.

DIAS, Elizabeth Costa. **A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS) no Brasil: Realidade, Fantasia ou Utopia?** Campinas, 1994. (Tese de Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas. UNICAMP. 1994.

DIAS, Elizabeth Costa; SILVA, Thais Lacerda. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, vol. 38, n. 127, 2013. p.34. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n127/v38n127a07.pdf>> Acesso em 25 jun. 2014.

EU-OSHA, Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. **Participação dos Trabalhadores na Segurança e Saúde no Trabalho**, 2012. Disponível em: <http://www.beswic.be/pt/publications/reports/workers-participation-in-OSH_guide> Acesso em 04 fev. 2015.

FALLER, Maria Helena Ferreira Fonseca. O Princípio da Fraternidade e o Constitucionalismo Moderno: uma Nova Possibilidade de Leitura das Constituições Contemporâneas. In: VERONESE, Josiane Rose Petry; OLIVEIRA, Olga Maria Boschi Aguiar de (org.). **Direitos na Pós-Modernidade: a Fraternidade em Questão**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2011.

FIGUEIREDO, Guilherme José Purvin de. **Direito Ambiental e a Saúde dos Trabalhadores**. 2 ed. São Paulo: LTr, 2007.

FIORILLO, Celso Antonio Pacheco. **Curso de Direito Ambiental Brasileiro**. São Paulo: Saraiva, 2004.

FRANCO, Tânia; DRUCK, Graça; SELIGMANN-SILVA, Edith. As Novas Relações de Trabalho, o Desgaste Mental do Trabalhador e os Transtornos Mentais no Trabalho Precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, vol.35, n.122, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n122/a06v35n122.pdf>> Acesso em 10 jul. 2014.

GARCIA, Antonio Carlos Marini. Fraternidade e Cooperativismo: Breves Reflexões. In: VERONESE, Josiane Rose Petry; OLIVEIRA, Olga Maria Boschi Aguiar de (org.). **Direitos na Pós-Modernidade: a Fraternidade em Questão**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2011.

GEMIGNANI, Tereza Aparecida Asta; GEMIGNANI, Daniel. Meio Ambiente de Trabalho Precaução e Prevenção Princípios Norteadores de um Novo Padrão Normativo. **Revista Eletrônica Tribunal Regional do Trabalho 4ª Região**, Rio Grande do Sul, ano VIII, n. 36, abr. 2012. Disponível em: <http://siabi.trt4.jus.br/biblioteca/acervo/Doutrina/artigos/Revista_Eletronica/2012/Revista%20Eletr%C3%B4nica%20n.%20136_2012.pdf> Acesso em 05 jan. 2015.

HOEFEL, Maria da Graça Luderitz; SEVERO, Denise Osório. Participação Social em Saúde do Trabalhador: Entre o Instituído e o Instituinte. **Documento Orientador da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Disponível em: <<http://www.renastonline.org/sites/default/files/arquivos/recursos/Documento%20Orientador%20-%204CNSTT.pdf>> Acesso em 01 mar. 2015.

JACKSON FILHO, José Marçal; GARCIA, Eduardo Garcia; ALMEIDA, Ildeberto Muniz de. A Saúde do Trabalhador como problema público ou a ausência do Estado como projeto. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, vol. 32, n. 115, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v32n115/01.pdf>> Acesso em 13 jan. 2015.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. O Campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 23, abr. 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/02.pdf>> Acesso em 20 ago. 2014.

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. **Processo de Produção e Saúde: Trabalho e Desgaste Operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LARANGEIRA, Sônia. Fordismo e Pós-Fordismo. In: CATTANI, Antonio David (Org.). **Dicionário Crítico sobre Trabalho e Tecnologia**. 4ed. Porto Alegre: Vozes, 2002.

LIEBER, Renato Rocha. O Princípio da Precaução e a Saúde no Trabalho. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 17, n. 4, 2008.

LIMA JUNIOR, Jayme Benvenuto. O Caráter Expansivo dos Direitos Humanos na Afirmação de sua Indivisibilidade e Exigibilidade. In: PIOVESAN, Flávia (Org). **Direitos Humanos, Globalização Econômica e Integração Regional: Desafios do Direito Constitucional Internacional**. São Paulo: Max Limonad, 2002.

LORENZETTI, Ricardo Luis. **Teoria da Decisão Judicial**. Tradução Bruno Miragem. 2 ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2010.

LUNARDI, Valéria Lerch. Problematizando conceitos de Saúde, a Partir do Tema da Governabilidade dos Sujeitos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, vol. 20, n.1, jan. 1999.

LUÑO, Antonio-Enrique Pérez. **Los Derechos Fundamentales**. 8 ed. Madrid: Tecnos, 2005.

MAGANO, Octávio Bueno. **Direito Tutelar do Trabalho**. v. IV. São Paulo: LTr, 1992.

MARTINS, Sergio Pinto. **Comentários à CLT**. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MAZZUOLI, Valerio de Oliveira. Integração das Convenções e Recomendações Internacionais da OIT no Brasil e sua Aplicação sob a Perspectiva do Princípio pro Homine. **Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região**, n. 43, 2013. Disponível em: <http://portal.trt15.jus.br/documents/124965/1488681/Rev.43_art.4/94b0e824-e2ae-4456-90bb-3922c1aeef35> Acesso em 12 mar. 2015.

MELO, Luís Antônio Camargo de. Meio Ambiente do Trabalho e Normas da Organização Internacional do Trabalho. In: JARDIM, Philippe Gomes; LIRA, Ronaldo José de (Org.). **Meio Ambiente do Trabalho Aplicado**. São Paulo, LTr, 2013.

MELO, Raimundo Simão de. **Direito Ambiental do Trabalho e a Saúde do Trabalhador**. 3ª ed. São Paulo: LTr, 2008.

MELO, Raimundo Simão de. Responsabilidade Objetiva e Inversão da Prova nos Acidentes de Trabalho. **Revista Justiça do Trabalho**, Porto Alegre, ano 23, n. 268, abr. 2006.

MELLO, Celso D. de Albuquerque. **Curso de Direito Internacional Público**. Vol. 1. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 25, n. 5, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n5/03.pdf>> Acesso em 20 jun. 2014.

MENDES, Jussara Maria Rosa. **O Verso e o Anverso de uma História: o Acidente e a Morte no Trabalho**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

MENDES, Jussara Maria Rosa; WÜNSCH, Dolores Sanches. Elementos para uma Nova Cultura em Segurança e Saúde no Trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 32, n.115, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v32n115/14>> Acesso em 13 dez. 2014.

MILDNER, Roberto Portela. **O Ministério Público e o Controle Social das Políticas de Saúde do Trabalhador**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2012.

MINAYO-GOMEZ, Carlos. Campo da Saúde do Trabalhador: Trajetória, Configuração e Transformações. In: MINAYO-GOMEZ, Carlos; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes. (Orgs). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

MINAYO-GOMEZ, Carlos. Avanços e Entraves na Implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, vol. 38, n. 127, 2013. p. 22. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n127/v38n127a04.pdf>> Acesso em 17 ago. 2014.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sônia Maria da Fonseca. A Construção do Campo da Saúde do Trabalhador: Percurso e Dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.13, supl.2, 1997. p. 23. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>> Acesso em 03 jul. 2014.

MIRANDA, Carlos Roberto; DIAS, Carlos Roberto. PPRA/PCMSO: Auditoria, Inspeção do Trabalho e Controle Social. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20, jan-fev. 2004. p.225.

NARDI, Henrique Caetano. Saúde do Trabalhador. In: CATTANI, Antonio David (Org.) **Dicionário Crítico sobre Trabalho e Tecnologia**. 4ed. Porto Alegre: Vozes, 2002.

NARDI, Henrique Caetano. Saúde do Trabalhador, Subjetividade e Interdisciplinaridade. In: MERLO, Alvaro Roberto Crespo (Org.). **Saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2004.

NOGUEIRA, Diogo Pupo. Incorporação da Saúde Ocupacional à Rede Primária de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 18, 1984.

OIT, Recomendação nº 112 sobre Serviços de Medicina do Trabalho, 1959 (núm.112). Disponível em:<http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_I NSTRUMENT_ID:312450:NO> Acesso em 28 jun. 2014.

OIT, GB. 288/3/1. Oficina Internacional do Trabalho. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/gb/docs/gb288/pdf/gb-3-1.pdf>> Acesso em 21 fev. 2015.

OIT, Convenção n. 155, 1981. Convenção sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores e o Meio Ambiente de Trabalho. Disponível em: < <http://www.oitbrasil.org.br/node/504>> Acesso em 15 jun. 2014.

OIT, Protocolo Convenção 155, 2002. Protocolo de 2002 relativo a Convenção sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores. Disponível em: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_COD E:P155> Acesso em 26 jun. 2014.

OIT, Convenção 161, 1985. Disponível em: < <http://www.oitbrasil.org.br/node/507>> Acesso 15 jun. 2104.

OIT, Crear una Cultura de Prevención en Materia de Seguridad y Salud, 2013. Disponível em: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---normes/documents/publication/wcms_233220.pdf> Acesso em 14 dez. 2014.

OIT, Plano de Ação 2010-2016. Disponível em: <http://ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---normes/documents/policy/wcms_125637.pdf> Acesso em 08 de jan. 2015.

OIT, Relatório Tendências Mundiais e Desafios da Segurança e Saúde no Trabalho, 2011. Disponível em: <http://www.oit.org.br/sites/default/files/topic/social_protection/doc/istambul_599.pdf> Acesso 14 dez. 2014.

OIT. Locais de Trabalho Seguros e Saudáveis: Tornar o Trabalho Digno uma Realidade, 2007. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/relatseg_07.pdf> Acesso em 14 dez. 2014.

OIT, Informe VI, 2003. Conferencia Internacional del Trabajo, 91.^a Reunión Actividades normativas de la OIT en el ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo: estudio detallado para la discusión con miras a la elaboración de un plan de acción sobre dichas actividades, 2003. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc91/pdf/rep-vi.pdf>> Acesso em 14 dez. 2014.

OIT, Constituição da Organização Internacional do Trabalho. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/portugue/region/ampro/brasilia/info/download/constituicao_oit.pdf> Acesso em 08 mar. 2015.

OIT, Informe IV (1), 2005. Marco Promocional para la Seguridad y Salud en el Trabajo. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc95/pdf/rep-iv-1.pdf>> Acesso em 21 fev. 2015.

OIT, Informe IV (2A), 2006. Marco Promocional para la Seguridad y Salud en el Trabajo. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc95/pdf/rep-iv-2b.pdf>> Acesso em 21 de fev. 2015.

OIT, 95^a Reunião Atas 2006. Atas Provisionales Nonagesima quinta reunion <<http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc95/pdf/pr-20.pdf>> Acesso em 21 fev. 2015.

OIT. Promover a Segurança e a Saúde numa Economia Verde, 2012. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/28abril_12_pt.pdf> Acesso em 08 jan. 2015.

OIT, Relatório Empregos Verdes: Trabalho Decente em um Mundo Sustentável com Baixas Emissões de Carbono, 2008. Disponível em: <http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/green_job/pub/empregos_verdes_rumos_257.pdf> Acesso em 19 jan. 2015.

OIT. Saúde e Vida no Trabalho: Um Direito Humano Fundamental, 2009. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/28abril_09_pt.pdf> Acesso em: 08 ago. 2014.

OIT. Trabalho Decente nas Américas: uma Agenda Hemisférica, 2006-2015. XVI Reunião Regional Americana. Brasília, maio 2006 e OIT. Agenda Nacional de Trabalho Decente. Brasília, 2006.

OLIVEIRA, Sebastião Geraldo. **Proteção Jurídica à Saúde do Trabalhador**. 6 ed. São Paulo: LTr, 2011.

OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. Estrutura Normativa da Segurança e Saúde do Trabalhador no Brasil. **Revista LTr**, São Paulo, vol.70, n. 12, dez. 2006.

OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Indenizações por Acidente do Trabalho ou Doença Ocupacional**. 3 ed. São Paulo: LTr, 2007.

OLIVEIRA, Sebastião. A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. In: JARDIM, Philippe Gomes; LIRA, Ronaldo José de (Org). **Meio Ambiente do Trabalho Aplicado**. São Paulo, LTr, 2013.

OMS, Constituição 1946. Disponível em <<http://www.who.int/library/services/es/>> Acesso em 28 de agosto de 2014.

OMS, Série de Informes Técnicos nº 571 Deteccion Precoz del Deterioro de la Salud debido a la Exposición Profesional, 1975. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_571_spa.pdf> Acesso em 13 jan. 2015.

OMS, Plano de Ação 2008-2017. Salud de los Trabajadores: Plan de Acción Mundial 2008-2017. Disponível em:<http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_sp_web.pdf> Acesso em 15 dez. 2014.

ONU, Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 1966. Disponível em:

<<http://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>> Acesso em 25 fev. 2015.

ONU. Declaração de Estocolmo, 1972. Declaração da Conferência da ONU sobre Ambiente Humano. Disponível em: <www.mma.gov.br/estruturas/agenda21/_arquivos/estocolmo.doc > Acesso em 14 jan. 2015.

ONU, Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/deconu/textos/integra.htm>> Acesso em 20 jan. 2015.

ONU, Declaração do Rio sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, 1992. Disponível em:<www.mma.gov.br/port/sdi/ea/documentos/convs/decl_rio92.pdf> Acesso em 15 jan. 2015.

ONU, Agenda 21 Global, 1992. Disponível em: <http://www.meioambiente.pr.gov.br/arquivos/File/agenda21/Agenda_21_Global_Integra.pdf> Acesso em 15 jan. 2015.

ONU, O Futuro que Queremos, 2012. Declaração Final da Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <<http://www.mma.gov.br/port/conama/processos/61AA3835/O-Futuro-que-queremos1.pdf>> Acesso em 07 jan. 2015.

PADILHA, Norma Sueli. **Do Meio Ambiente do Trabalho Equilibrado**. São Paulo, LTr, 2002. p. 32.

PAIVA, Maria Julia de; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Modelo Operário Italiano: O Surgimento do Campo da Saúde do Trabalhador. In: VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. **Saúde, Trabalho e Direito**. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

PARMEGGIANI, L. A Nova Legislação de Segurança e Saúde dos Trabalhadores. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, n.50, vol. 13, abr./jun. 1985.

PINHEIRO, Tarcísio Márcio Magalhães; DIAS, Elizabeth Costa; CORRÊA, Maria Juliana Moura; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. A Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: A Vigilância dos Conflitos e os Conflitos da Vigilância. In: CORRÊA, Maria Juliana Moura; PINHEIRO, Tarcísio Márcio Magalhães; MERLO, Álvaro Roberto Crespo (Org.). **Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: Teorias e Práticas**. Org.. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

RESTA, Eligio. **O Direito Fraternal**. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2004.

REZEK, Francisco. **Direito Internacional Público**. 12. ed.. São Paulo: Saraiva, 2010.

ROCHA, Julio Cesar de Sá da. **Direito Ambiental do Trabalho** Mudanças de Paradigma na Tutela Jurídica à Saúde do Trabalhador. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2013.

RODRÍGUEZ, Carlos Aníbal. **Los Convenios de la OIT sobre Seguridad y Salud en el Trabajo: Una Oportunidad para mejorar las condiciones y el medioambiente de trabajo**. Buenos Aires: Oficina de la OIT en Argentina, Centro Internacional de Formación de la OIT, Turín-CIF, 2009.

ROPELATO, Daniela. Notas sobre Participação e Fraternidade. In: BAGGIO, Antonio Maria (Org). **O Princípio Esquecido**. São Paulo: Cidade Nova, 2008. p. 99.

SALGADO, Paulo Eduardo de Toledo; FERNÍCOLA, Nilda. **Noções Gerais de Toxicologia Ocupacional**. São Paulo: Centro Panamericano de Ecologia Humana e Saúde, Organização Panamericana de Saúde, Organização Mundial da Saúde, 1989.

SALIBA, Tuffi Messias; CORRÊA, Márcia Angelim Chaves. **Insalubridade e Periculosidade: Aspectos Técnicos e Práticos**. 9 ed. São Paulo: LTr, 2009.

SALVADOR, Luiz; PAULO FILHO, Olímpio. Higiene Física e Mental – A Efetividade das Leis da Infortunística como Instrumento de Dignificação do Trabalhador: Mens Sana in Corpore Sano. In: ALVES, Giovanni; VIZZACCARO-AMARAL, André Luís; MOTA, Daniel Pestana (Org). **Trabalho e Saúde** A Precarização e a Saúde do Trabalhador no Século XXI. São Paulo: LTr, 2011.

SANTOS, Celeste Leite dos. **Os Crimes contra o Meio Ambiente: Responsabilidade e Sanção Penal**. 3 ed. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2002.

SANTOS, Ronaldo Lima dos. Evolução Histórico- Normativa da Tutela Jurídica do Meio Ambiente do Trabalho e Instrumentos de Proteção. In: JARDIM, Philippe Gomes; LIRA, Ronaldo José de (Org.). **Meio Ambiente do Trabalho Aplicado**. São Paulo, LTr, 2013.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas Considerações em torno do Conteúdo, Eficácia e Efetividade do Direito à Saúde na Constituição de 1988. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado**, Bahia, n. 11, set/nov. 2007. p. 3. Disponível em: <<http://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/31953-37383-1-PB.pdf>> Acesso em 23 fev. 2015.

SARLET, Ingo Wolfgang. Mínimo Existencial e Direito Privado: apontamentos sobre algumas dimensões da possível eficácia dos direitos fundamentais sociais no âmbito das relações jurídico-privadas. In: NETO, Cláudia Pereira de Souza; SARMENTO, Daniel (Org.). **A Constitucionalização do Direito**. Rio de Janeiro: Ed. Lumen Júris, 2007.

SARLET, Ingo Wolfgang . **A Eficácia dos Direitos Fundamentais** Uma Teoria Geral dos Direitos Fundamentais na Perspectiva Constitucional. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do Possível, Mínimo Existencial e Direito à Saúde: Algumas Aproximações. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti. **Direitos Fundamentais Orçamento e “Reserva do Possível”**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 8 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

SARLET, Ingo Wolfgang; FENSTERSEIFER, Tiago. **Princípios do Direito Ambiental**. São Paulo: Saraiva, 2014.

SCHIAVI, Mauro. Aspectos Polêmicos do Acidente de Trabalho – Responsabilidade Objetiva do Empregador pela Reparação dos Danos Causados ao Empregado – Prescrição. **Revista LTr**, São Paulo, vol. 70, n. 05, mai. 2006.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **Physis Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 17, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03>> Acesso em 04 de mar. 2015.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flavio Carvalho. O Conceito de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 31, n. 5, out. 1997.

SILVA, José Antonio Ribeiro de Oliveira. **A Saúde do Trabalhador como um Direito Humano**: conteúdo essencial da Dignidade Humana. São Paulo, LTr, 2008.

SILVA, Paulo Emílio Vilhena da. **A Responsabilidade Civil do Empregador diante do Princípio da Prevenção à Saúde do Trabalhador: Responsabilidade Sem Dano**. São Paulo: USP, 2010. Dissertação (Mestrado em Direito), Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, 2010. p. 35.

SOLAR, Orielle; IRWIN, Alec. **Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde**. Ensaios para Apreciação da Comissão de Determinantes Sociais. Organização Mundial da Saúde. Genebra: 2005. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br>>. Acesso em: 14 jul. 2014.

SOUTO MAIOR, Jorge Luiz. A Prescrição do Direito de Ação para Pleitear Indenização por Dano Moral e Material Decorrente de Acidente do Trabalho. **Revista Justiça do Trabalho**, Porto Alegre, ano 23, n. 267, mar. 2006. PINTO, José Augusto Rodrigues. Prescrição, Indenização Acidentária e Doença Ocupacional. **Revista LTr**, São Paulo, vol. 70, n. 01, jan. 2006.

SUSSEKIND, Arnaldo. **Direito Constitucional do Trabalho**. 3 ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.

THÉBAUD-MONY; Annie; DRUCK, Graça. Terceirização: A Erosão dos Direitos dos Trabalhadores na França e no Brasil. In: DRUCK, Graça; FRANCO, Tânia (Orgs.) **A Perda da Razão Social do Trabalho** Terceirização e Precarização. São Paulo: Boitempo, 2007.

VARGAS, Luiz Alberto de; COLUSSI, Luiz Antonio. **Meio Ambiente Laboral Sadio**. Disponível em:<www.trt4.jus.br/ItemPortlet/download/2895/16_de_marco.pdf> Acesso em 18 jan. 2015.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Entre a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador: as coisas nos seus lugares. In: VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. **Saúde, Trabalho e Direito**. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

VASCONCELOS, Fernando. Uma Visão Crítica do Uso de Padrões de Exposição na Vigilância da Saúde no Trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.11, n.4, out/dez. 1995. p. 590. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v11n4/v11n4a06>> Acesso em 20 jan. 2015.

VERONESE, Josiane Rose Petry; OLIVEIRA, Olga Maria Boschi Aguiar de (org.). **Direitos na Pós-Modernidade**: a Fraternidade em Questão. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2011.

VIAL, Sandra Regina Martini. O Pressuposto da Fraternidade como Condição para a Efetivação do Direito à Saúde. In: AITH, Fernando, SATURNINO, Luciana Tarbes Mattana; DINIZ, Maria Gabriela Araújo; MONTEIRO, Tammy Claret. **Direito Sanitário: Saúde e Direito, um Diálogo Possível**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2012/06/Direito-sanitario_Final.pdf> Acesso em 22 fev. 2015.

VIAL, Sandra Regina Martini. Saúde: um Direito fundado na Fraternidade. In: **Saúde e Direitos Humanos** Ano 5, n. 5. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3037.pdf>> Acesso em 22 de fev. 2015.

VILELA, Rodolfo Andrade Gouveia; IGUTI, Aparecida Mari; ALMEIDA, Ildeberto Muniz. Culpa da Vítima: Um Modelo para Perpetuar a Impunidade nos Acidentes do Trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 20, n. 2, mar./abr. 2004. p. 573. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/26.pdf>> Acesso em 13 jan. 2015.

WEBER, César Augusto Trinta. **Quando o Médico do SUS é Levado aos Tribunais**. 2 ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

ANEXO



ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO

CONVENÇÃO OIT 187

CONVENÇÃO SOBRE O MARCO PROMOCIONAL PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO, 2006

A Conferência Geral da Organização Internacional do Trabalho:

Convocada em Genebra pelo Conselho de Administração da Organização Internacional do Trabalho, realizada nesta cidade, no seu nonagésimo quinto encontro, em 31 de maio de 2006;

Reconhecendo a magnitude global das lesões, doenças e mortes causadas pelo trabalho, bem como a necessidade de novas medidas para reduzi-las;

Recordando que a proteção dos trabalhadores contra a doença quer seja ou não profissional, e contra os acidentes industriais é um dos objetivos fundamentais da Organização Internacional do Trabalho, estabelecido na sua Constituição;

Reconhecendo o impacto negativo das lesões, doenças e mortes causadas pelo trabalho na produtividade e no desenvolvimento econômico e social;

Observando que no artigo g) do parágrafo III da Declaração de Filadélfia prevê que a Organização Internacional do Trabalho tem uma solene obrigação de promover, entre as nações do mundo programas para proteger adequadamente a vida humana e a saúde dos trabalhadores em todas as profissões;

Tendo em conta a Declaração da OIT sobre Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho e seu Seguimento -1998;

Observando as disposições da Convenção sobre a segurança e a saúde dos trabalhadores, 1981 (Nº 155), A Recomendação sobre segurança e saúde dos trabalhadores, 1981 (N.º 164), e de outros instrumentos da Organização Internacional do Trabalho, pendentes ao marco de promoção de segurança e saúde no trabalho;

Recordando que a promoção da segurança e saúde no trabalho faz parte da agenda de trabalho decente para todos, a Organização Internacional do Trabalho;

Recordando as conclusões relativas às atividades normativas da OIT no âmbito da segurança e saúde no trabalho uma estratégia global adotada pela Conferência Internacional do Trabalho

na sua nonagésima primeira reunião - (2003), especialmente no que diz respeito à conveniência de assegurar dando prioridade à segurança e saúde nos programas nacionais Dando ênfase na importância de promover de forma contínua uma cultura nacional de prevenção na matéria de segurança e saúde;

Após ter decidido adotar certas propostas relativas à segurança e saúde no trabalho, que é o quarto ponto da ordem do dia da reunião, e

Tendo decidido que estas propostas assumem a forma de uma convenção internacional, na data de quinze dias do mês de junho, em dois mil e seis a seguinte convenção, que pode ser citada como a Convenção sobre o marco para a promoção da saúde e segurança no trabalho, 2006.

I. Definições

Artigo 1

Para efeitos da presente Convenção:

a) o termo **política nacional** se refere a política nacional de segurança e saúde no trabalho e meio ambiente de trabalho, elaborado em conformidade com os princípios estabelecidos no artigo 4º da Convenção sobre a segurança e a saúde dos trabalhadores, 1981 (Nº 155);

b) o conceito de **sistema nacional de segurança e de saúde ou sistema nacional** refere-se à infra-estrutura que compõe o marco principal para a execução de políticas e programas nacionais de segurança e saúde no trabalho;

c) o termo **programa nacional sobre segurança e saúde ocupacional ou nacional** refere-se a qualquer programa nacional que inclua os objetivos que devem ser alcançados dentro de um período determinado, assim como as prioridades e os meios de ação para melhorar a segurança e a saúde no trabalho, e os meios para avaliar os progressos realizados, e

d) A expressão **cultura nacional de prevenção em matéria de saúde e segurança** diz respeito a uma cultura em que o direito a um meio ambiente seguro e saudável trabalho é respeitado em todos os níveis, em que governo, empregadores e trabalhadores participam ativamente em iniciativas destinadas à assegurar um meio ambiente de trabalho seguro e saudável através de um sistema de direitos, responsabilidades e deveres, definidos e que seja atribuída a máxima prioridade ao princípio da prevenção.

II. Objetivo

Artigo 2

1. Qualquer membro que ratificar a presente Convenção deverá promover a melhoria contínua da segurança e saúde no trabalho, a fim de prevenir lesões, doenças e mortes causadas pelo trabalho através do desenvolvimento de uma política, de um sistema e de um programa nacional, em consulta com as demais organizações mais representativas de empregadores e trabalhadores.

2. Os membros devem tomar medidas ativas para atingir progressivamente um ambiente de trabalho seguro e saudável através de um sistema e programa nacionais de saúde e segurança no trabalho, tendo em conta os princípios contidos nos instrumentos da Organização Internacional do Trabalho (OIT) relevantes para o marco promocional da saúde e segurança no trabalho.

3. Cada membro, em consulta com as organizações mais representativas de empregadores e de trabalhadores, deverá rever periodicamente as medidas que poderiam ser tomadas para que ratifiquem as convenções pertinentes da OIT sobre segurança e saúde no trabalho.

III. Política Nacional

Artigo 3

1. Todo membro deve promover um ambiente de trabalho seguro e saudável através do desenvolvimento de uma política nacional.

2. Todo membro deve promover e incentivar, em todos os níveis pertinentes, o direito dos trabalhadores a um ambiente de trabalho seguro e saudável.

3. Ao desenvolver a sua política nacional, cada membro deve promover, em conformidade com as condições nacionais e em consulta às mais organizações representativas de empregadores e de trabalhadores, os princípios básicos, tais como: avaliação dos riscos ou perigos do trabalho; consulta na sua origem os riscos e ou perigos do trabalho; e desenvolver uma cultura nacional de prevenção em matéria de segurança e saúde que inclua informação, consulta e formação.

IV. Sistema Nacional

Artigo 4

1. Os membros devem criar, manter e desenvolver gradualmente e rever periodicamente um sistema nacional de saúde e segurança no trabalho, em consulta com as mais representativas organizações de empregadores e trabalhadores.

2. O sistema de segurança e de saúde deve incluir, entre outras coisas:

a) a legislação, as convenções coletivas se forem o caso, e de qualquer outro instrumento relevante em matéria de segurança e saúde no trabalho;

b) uma autoridade ou órgão ou agências ou autoridades responsáveis pela segurança e saúde no trabalho, designado em conformidade com a legislação e as práticas nacionais;

c) mecanismos para garantir o cumprimento da legislação nacional, incluindo os sistemas de inspeção, e

d) disposições destinadas a promover a cooperação empresarial entre os níveis de gestão, trabalhadores e seus representantes, como um elemento essencial das medidas preventivas relacionadas com o local de trabalho.

3. O sistema de segurança e de saúde deverá incluir, se for o caso:

- a) um órgão consultivo tripartite ou organismos no âmbito nacional para abordar questões relativas à segurança e saúde no trabalho;
- b) informação e serviços de consultoria em segurança e saúde no trabalho;
- c) formação em matéria de segurança e saúde no trabalho;
- d) os serviços de saúde no local de trabalho, em conformidade com a legislação e as práticas nacionais;
- e) a investigação sobre segurança e saúde no trabalho;
- f) um mecanismo para cadastrar análise de dados sobre lesões e doenças profissionais, tendo em conta os instrumentos pertinentes da OIT;
- g) Disposições com vistas à colaboração com os regimes de seguro e segurança social ou de um seguro que cubra lesões e doenças profissionais, e
- h) de mecanismos de apoio para uma progressiva melhoria das condições de segurança e saúde nas micros, pequenas e médias empresas e da economia informal.

V. Programa Nacional

Artigo 5

1. Cada membro deve formular, implementar, monitorar e rever periodicamente um programa nacional de segurança e saúde no trabalho, em consulta com as mais representativas organizações de empregadores e trabalhadores.

2. O programa nacional deve:

- a) promover o desenvolvimento de uma cultura nacional de prevenção em saúde e segurança;
- b) contribuir para a proteção dos trabalhadores, eliminando os perigos e os riscos do seu trabalho ou minimizar, na medida em que for razoavelmente possível, em conformidade com a legislação e as práticas nacionais, a fim de impedir lesões, doenças e mortes causadas pelo trabalho e promover a segurança e a saúde no local de trabalho;
- c) elaborar e reexaminar a base de uma análise da situação nacional em saúde e segurança no trabalho, que inclua uma análise do sistema nacional de saúde e segurança no trabalho;
- d) incluir objetivos, metas e indicadores de resultados, e
- e) sempre que possível, ser apoiadas por outros programas e planos nacionais de complementaridade que contribua para a realização progressiva do objetivo de um ambiente de trabalho seguro e saudável.

3. O programa nacional deve ser amplamente divulgado e na medida do possível, ser respaldada e aplicado pelas mais altas autoridades nacionais.

VI. Disposições finais

Artigo 6

Esta Convenção não constitui uma revisão de quaisquer recomendações ou convenções internacionais de trabalho.

Artigo 7

As ratificações formais da presente Convenção devem ser apresentadas para registro ao Diretor-geral da Organização Internacional do Trabalho.

Artigo 8

1. A presente convenção obrigará àqueles membros da OIT apenas mediante os membros da Organização Internacional do Trabalho cujas ratificações tenham sido registradas junto do Diretor-Geral da Organização Internacional do Trabalho.

2. Entrará em vigor doze meses após a data em que as ratificações de dois membros terem sido registradas pelo Diretor-geral.

3. Posteriormente, esta Convenção entrará em vigor para qualquer membro doze meses após a data de registro da sua ratificação.

Artigo 9

1. Todo membro que tenha ratificado esta Convenção poderá denunciar a sua expiração num período de dez anos a partir da data em que tenha entrado em vigor, por uma ata de registro, comunicado ao Diretor-geral da Organização Internacional do Trabalho.

A denúncia não produzirá efeitos até um ano após a data em que tenha sido registrada.

2. Todo membro que tenha ratificado esta Convenção e que, no prazo de um ano após a expiração do período de dez anos, mencionado no parágrafo anterior, não invocará o direito de denúncia prevista no presente artigo será vinculado por um novo período de dez anos e, posteriormente, poderá denunciar a presente Convenção durante o primeiro ano de cada novo período de dez anos, conforme previsto no presente artigo.

Artigo 10

1. O Diretor-geral da Organização Internacional do Trabalho vai notificar todos os membros da Organização Internacional do Trabalho o registro de todas as ratificações e denúncias comunicadas pelos membros da Organização.

2. Ao notificar os membros da Organização do registro da segunda ratificação que lhe tenha sido comunicado, o Diretor-geral deve chamar a atenção dos membros da Organização sobre a data em que entrará em vigor da presente Convenção.

Artigo 11

O Diretor-geral da Organização Internacional do Trabalho notificará o Secretário-Geral das Nações Unidas para registro em conformidade com o artigo 102 da Carta das Nações Unidas, informações completas sobre todas as ratificações e denúncias que tenham sido registradas.

Artigo 12

Cada vez que julgar necessário, o Órgão Diretor do Escritório Internacional do Trabalho apresentará à Conferência um relatório sobre a aplicação da Convenção, e considerará a conveniência de colocar na ordem do dia da Conferência a questão da sua revisão.

Artigo 13

1. No caso da Conferência adotar uma nova convenção que implique uma revisão do presente, e a menos que a nova convenção preveja:

a) a ratificação por um membro da nova revisão da Convenção deve implicar “ipso jure” a denúncia imediata da presente Convenção, não obstante o disposto no artigo 9, sempre que a nova a convenção revisada tenha entrado em vigor;

b) a partir da data de entrada em vigor da nova Convenção revisada, a presente Convenção deixa de ser aberta à ratificação por parte dos membros.

2. A presente Convenção permanecerá em vigor, em qualquer caso, na sua atual forma e conteúdo para os membros que a tiverem ratificado, não ratificarem a Convenção revisada.

Artigo 14

As versões inglesas e francesas do texto da presente Convenção são igualmente autênticas.

Referências cruzadas:

Convenção: C155 Convenção sobre a Segurança e Saúde, 1981

Recomendação: R164 recomendação sobre a segurança e a saúde dos trabalhadores, 1981