

# A saúde do trabalhador no âmbito da Organização Internacional do Trabalho

## WORKERS' HEALTH WITHIN THE CONTEXT OF THE INTERNATIONAL LABOR ORGANIZATION

Ronaldo Lima dos Santos<sup>1</sup>  
Carolina Spack Kemmelmeier<sup>2</sup>

**RESUMO:** A pesquisa tem como questão central analisar a influência do referencial teórico-metodológico da Saúde do Trabalhador na Organização Internacional do Trabalho (OIT), especialmente no que diz respeito à construção do quadro normativo em matéria de Segurança e Saúde do Trabalho (SST). Justifica-se esse enfoque por três razões: a) diferenciar a Saúde do Trabalhador dos modelos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional; b) analisar a influência da Saúde do Trabalhador na construção da política da OIT de humanização do trabalho e na elaboração das Convenções n. 155 e 187; c) identificar a contribuição do referencial da Saúde do Trabalhador para a delimitação do sentido do direito à saúde no âmbito das relações laborais e, conseqüentemente, dos deveres de proteção e promoção associados à cultura de ampla prevenção em matéria de SST. Como contribuição central do estudo, tem-se a difusão no campo juslaboral dos conceitos, críticas e soluções construídas no âmbito do referencial teórico-metodológico da Saúde do Trabalhador e, conseqüentemente, dos avanços e limites das Convenções e Recomendações da OIT em matéria de tutela jurídica à saúde nas relações laborais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Organização Internacional do Trabalho; Segurança e Saúde do Trabalho; Saúde do Trabalhador; Direito à Saúde.

**ABSTRACT:** *The research has as a central question to analyze the influence of the theoretical and methodological reference of Worker's Health in the International Labor Organization (ILO), especially*

---

**1** Professor Doutor da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (USP). Procurador do Trabalho do Ministério Público do Trabalho da 2ª Região – São Paulo. Mestre e Doutor em Direito do Trabalho pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. Psicanalista pelo Instituto Sedes Sapientiae – São Paulo. Coordenador Nacional da Coordenadoria de Promoção da Liberdade Sindical e do Diálogo Social do MPT. Ex.Coordenador Nacional do Grupo de Trabalho Nacional – GT – Covid 19 do MPT.

**2** Professora Adjunta do Curso de Direito da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste). Doutora em Direito do Trabalho pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo.

*with regard to the construction of the normative framework on Occupational Safety and Health (OSH). This approach is justified for three reasons: a) to differentiate Worker's Health from Occupational Health and Work Medicine models; b) analyze the influx of Workers' Health in the construction of the ILO's humanization policy and the elaboration of Conventions n.155 and 187; c) to identify the contribution of the Worker's Health referential to the delimitation of the right to health in the scope of labor relations and, consequently, the duties of protection and promotion associated to the culture of broad OSH prevention. As a central contribution of the study, there is the diffusion in the jus-labor field of the concepts, criticisms and solutions built within the framework of the theoretical and methodological reference of Worker's Health and, consequently, of its unfolding regarding the interpretation and application of the Conventions and Recommendations of the ILO on OSH.*

*Key words: International Labor Organization; Health and safety; Worker's health; Right to health.*

Sumário: 1 – Introdução. 2 - A Medicina do Trabalho. 3 - A Saúde Ocupacional. 4 - A Saúde do Trabalhador. 5 - O direito à saúde na perspectiva da OIT e a Saúde do Trabalhador. 6 – Conclusões. 7 – Referências bibliográficas.

### **1 - Introdução**

Analisar a influência do referencial teórico-metodológico da Saúde do Trabalhador sobre o quadro normativo da OIT em matéria de Segurança e Saúde do Trabalho (SST) é o tema central desenvolvido neste artigo.

Essa delimitação se justifica a partir de três pontos, os quais igualmente estruturam o desenvolvimento textual. O primeiro deles é contextualizar as principais concepções teóricas-metodológicas em matéria de saúde no âmbito das relações laborais – a Medicina do Trabalho; a Saúde Ocupacional e a Saúde do Trabalhador -, cada qual com diferentes conceitos, características e desdobramentos no suporte normativo da OIT e nas normas jurídicas dos Estados-membros.

Como segundo elemento justificador, tem-se a relação entre o referencial da Saúde do Trabalhador e a construção da política da OIT de humanização do trabalho, especialmente no Programa Internacional para a Melhoria das Condições de Trabalho e do Meio Ambiente de Trabalho (PIACT) e sua influência na elaboração das Convenções n. 155 e 187.

Finalmente, a terceira razão para esse recorte se encontra na análise da contribuição da Saúde do Trabalhador para a compreensão ampliada do sentido do direito à saúde no âmbito das relações laborais e, conseqüentemente, avanços e limites das Convenções e Recomendações da OIT em matéria de tutela jurídica à saúde nas relações laborais

Em termos de técnica de pesquisa, o artigo se estrutura como um estudo de revisão bibliográfica. Foram utilizadas como fontes primárias relatórios de organizações internacionais

e normas jurídicas internacionais, especialmente aquelas oriundas da OIT. Entre as fontes secundárias, destacam-se livros e artigos científicos de autores brasileiros e estrangeiros pertinentes para o estudo do objeto proposto.

### **2 - A Medicina do Trabalho**

A associação entre trabalho e patologias pode ser localizada de modo não sistematizado já na Antiguidade em escritos de médicos e filósofos das culturas egípcia, judaica e greco-romana (MENDES; WAISSMANN, 2007, p. 4-9). O livro *De morbis artificum diatriba*, de Ramazzini, publicado em 1700, é considerado como um marco quanto à conformação da relação saúde e trabalho como uma área da especialidade médica (OLIVEIRA, 2007, p. 108-109).

Em que pesem esses antecedentes históricos, a literatura especializada considera que a conformação de um campo próprio de estudo, práticas e de discurso sobre a relação entre trabalho e saúde ocorre tão somente a partir da Revolução Industrial por meio da Medicina do Trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

A Medicina do Trabalho, nessa linha de análise, pode ser conceituada como um referencial teórico-metodológico que se caracteriza por uma concepção própria da relação trabalho-saúde, fundada na concepção positivista e mecanicista de saúde (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p 21-22). Não se confunde, portanto, com a mesma denominação usada para se referir a uma área do conhecimento e a um campo de atuação profissional da Medicina, embora exista uma influência daquele modelo sobre estes.

O positivismo e o mecanicismo característicos desse modelo se manifestam na prevalência da visão biológica e individual e na busca da origem das doenças e acidentes em uma leitura unívoca e unicausal, em detrimento de uma concepção ampliada de atenção à saúde. Isso se reflete na tendência, tanto da prática médica, como do campo jurídico, de identificar isoladamente riscos específicos e de atuar nas consequências a partir da associação risco-doença legalmente reconhecida (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p 21-22).

Uma outra característica marcante é a influência da racionalidade econômica e da busca por eficiência produtiva, as quais estão presentes enfaticamente na caracterização da Medicina do Trabalho proposta por Townsend no ano de 1943:

A medicina do trabalho se ocupa com cada estágio da saúde do homem que opera uma máquina, seja a poeira industrial que ele respira, seja a comida que sua mulher colocou em sua marmitta. Em síntese, seu objeto é manter o trabalhador apto para o trabalho e em boa saúde, de modo a que ele possa trabalhar com a máxima eficiência (TOWNSEND, 1943, p. 503-504).

Historicamente esse referencial se desenvolveu no século XIX, por meio dos serviços de medicina do trabalho implantados por iniciativa dos empregadores ingleses. Essa atuação dos empregadores se deu pelo reconhecimento da utilidade de uma intervenção clínica que conservasse a reprodução da força de trabalho perante o processo produtivo desgastante nas indústrias<sup>3</sup>.

Diante de seus resultados positivos para a produtividade e para a conservação da força de trabalho, o modelo se expandiu gradativamente para outros países de economia central e, posteriormente, para países de industrialização tardia como o Brasil. Paulatinamente, deixou de ser ato de liberalidade empresarial para se conformar como dever legal (MENDE; DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997,).<sup>4</sup>

Especificamente quanto aos serviços de medicina do trabalho, estes se configuraram como *standard*, em matéria de SST para a OIT, com a Recomendação n.º 112 de 1959. Sua finalidade, conforme o artigo primeiro desta Recomendação, consistia em:

- a) assegurar a proteção dos trabalhadores contra todo risco que prejudique sua saúde e que possa resultar do trabalho ou das condições em que esse se efetua;
- b) contribuir à adaptação física e mental dos trabalhadores, em particular pela adequação do trabalho e pela sua colocação em lugares de trabalho correspondentes às suas aptidões;
- c) contribuir ao estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores (OIT, 1959).

Como limitações do modelo da Medicina do Trabalho e, conseqüentemente, da prática dos serviços de Medicina do Trabalho, que prejudicaram a concretização dos objetivos de proteção, adaptação e bem-estar previstos na Recomendação n.º 112 da OIT, destacam-se:

- a) a direção desses serviços por médico de confiança do empregador, ou seja, alinhado à defesa dos interesses econômicos;
- b) a concepção de saúde e segurança no trabalho como tarefa eminentemente médica, sem inclusão dos saberes e da experiência dos trabalhadores e de outras áreas do conhecimento;
- c) adaptação das condições de trabalho restrita ao viés da seleção de candidatos aptos e à redução do absenteísmo;
- d) instrumentalização da atenção à saúde como controle da força de trabalho;
- e) dependência do trabalhador em virtude da fragilidade dos sistemas de saúde pública (MENDES; DIAS, 1991).

---

**3** Considera-se que o primeiro serviço de medicina do trabalho foi instituído em 1830 na Inglaterra com a contratação do Dr. Robert Baker pelo empresário têxtil Robert Dernham, após esse o ter aconselhado nos seguintes termos: "Coloque no interior da sua fábrica o seu próprio médico, que servirá de intermediário entre você, os seus trabalhadores e o público [...] Dessa forma você poderá dizer: meu médico é a minha defesa, pois a ele dei toda a minha autoridade no que diz respeito à proteção da saúde e das condições físicas dos meus operários; se algum deles vier a sofrer qualquer alteração da saúde, o médico unicamente é que deve ser responsabilizado" (MENDES; DIAS, 1991, p. 341, 1991).

**4** O dever legal de implantação pelo empresário dos serviços de medicina do trabalho também tem início na Inglaterra, em 1833, com o Factory Act. (MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, 1997, p. 21).

### 3 - A Saúde Ocupacional

A Saúde Ocupacional, como referencial teórico-metodológico para a relação trabalho-saúde, é estruturada a partir dos seguintes elementos: multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, multicausalidade e perspectiva preventiva da saúde.

A fundamentação para a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade é apresentada por Hussey com a seguinte metáfora:

O objeto central da Saúde Ocupacional é análogo a um banco com três apoios. O primeiro apoio representa a ciência médica, o outro, os conhecimentos da engenharia e da química, e o terceiro, as ciências sociais [...]. Até o presente momento, tentamos nos equilibrar em dois apoios e, por vezes, em apenas um apoio. Essa é uma posição bastante desconfortável e que não pode representar um avanço significativo. Além disso, certamente, nos levará, como já o faz, à fadiga (HUSSEY apud MENDES; DIAS, 1991, p. 342-343).

A multicausalidade tem como embasamento o modelo da História Natural da Doença, sintetizada na tríade “agente-hospedeiro-ambiente”, em que a doença é compreendida como resultado da interação constante, no corpo do trabalhador (hospedeiro), de um conjunto de fatores de risco (agentes) presentes no local de trabalho (ambiente). A Saúde Ocupacional acrescenta, portanto, à clínica médica, a avaliação de indicadores biológicos e ambientais de exposição, bem como propõe categorias como riscos, prevenção, proteção e adaptação (LACAZ, 2007, p. 759; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 22).

Embora o modelo da multicausalidade seja um avanço em relação à unicausalidade da Medicina do Trabalho, mantém-se a descontextualização e a naturalização dos objetos e meios de trabalho, com o encobrimento das “relações econômicas, político-ideológicas e sociais que influem nos nexos entre trabalho e saúde-doença” (LACAZ, 2007, p. 759).

A prioridade para a prevenção e proteção da saúde representa um avanço em relação à concepção curativa da saúde da Medicina do Trabalho. Entretanto, as práticas prevalecentes da Saúde Ocupacional privilegiam a utilização de equipamentos de proteção individual em detrimento da proteção coletiva, como também são estruturadas pela prescrição de formas de trabalhar consideradas seguras. Esses aspectos, não raramente, resultam em uma prevenção apenas simbólica, sem contextualização com a realidade em que os trabalhadores desempenham suas atividades. Além disso, esse modelo, a partir do conceito de ato inseguro, favorece a imputação aos trabalhadores da responsabilidade pelo acidente ou pela doença,<sup>5</sup> ou seja, prevalece uma cultura em que o agravo à saúde é o resultado da ignorância ou da negligência dos trabalhadores (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 22).

<sup>5</sup> Vale observar que a Portaria n.º 84/2009 do Ministério do Trabalho alterou a redação da Norma Regulamentadora n.º 1, excluindo a categoria do ato inseguro e outras disposições a ela relacionadas, todavia o conceito continua presente na doutrina e em decisões judiciais.

A Saúde Ocupacional passa a ser reconhecida como *standard* na área da SST a partir de proposição do Comitê Misto de Peritos da OIT/OMS, em 1950. Essa transição do modelo da Medicina do Trabalho para o da Saúde Ocupacional se deu diante dos efeitos do desenvolvimento tecnológico produtivo e da constatação dos limites da Medicina do Trabalho diante dos dados empíricos de aumento dos acidentes e das doenças ocupacionais, especialmente no período pós-guerra (LACAZ, 2007).

Essa insuficiência foi reconhecida, pelo setor empresarial, como custo e perda de eficiência e, pelos trabalhadores, como violência e manifestação da exploração do trabalho por conta alheia (MENDES; DIAS, 1991, p. 343).

As grandes empresas, diante desse cenário, passam a organizar equipes multiprofissionais. Busca-se com isso integrar conhecimentos da área da saúde, das ciências exatas, entre as quais a engenharia e a química, e das ciências sociais. A finalidade central é a intervenção nos locais de trabalho para controlar os riscos ambientais. Desse modo, a Saúde Ocupacional, assim como a Medicina do Trabalho, constitui-se para a conservação da força de trabalho, incremento da produtividade e redução dos custos associados à morbimortalidade no ambiente laboral (MENDES; DIAS, 1991, p. 342-343).

Permanece na Saúde Ocupacional, portanto, ainda que com fundamentos diversos, a racionalidade positivista e mecanicista da Medicina do Trabalho. Isso porque aquela compreende a relação trabalho-saúde como produto da interação do corpo com fatores de risco (físicos, químicos, biológicos e mecânicos) existentes no ambiente de trabalho, em um ponto de vista de externalidade perante os trabalhadores e o modo de produção (MENDES; DIAS, 1991, p. 342-343).

Conseqüentemente, as práticas nesse modelo, ainda que ampliadas em relação à Medicina do Trabalho, limitam-se a intervenções pontuais sobre os riscos mais evidentes, a partir dos conceitos de limite de exposição e limites de tolerância baseados na figura do homem médio, concepção essa que oculta as condições concretas de vida dos trabalhadores e a realidade do processo produtivo (LACAZ, 2007; MINAYO-GOMEZ-THEIDIM-COSTA, 1997).

Essa configuração da Saúde Ocupacional não favorece, portanto, a apreensão de outras formas de nocividade do trabalho relacionadas a interações mais complexas, tampouco permite a abertura para investigação de outras determinações para o sofrimento e o mal-estar imbricados nas relações sociais vivenciadas nos processos de trabalho, especialmente aquelas relacionadas à organização do trabalho e aos processos de controle. Esses limites prejudicam severamente a compreensão dos agravos à saúde, classificáveis como crônicos, psicossomáticos e mentais (LACAZ, 2007).

### 4 - A Saúde do Trabalhador

A Saúde do Trabalhador caracteriza-se como um conjunto interdisciplinar de conhecimentos e práticas que propõem uma metodologia própria e ampliada no campo da relação trabalho-saúde em relação à Medicina do Trabalho e à Saúde Ocupacional

Sua especificidade e contraposição aos modelos anteriores são construídas a partir da concepção da determinação histórica dos modos de desgaste da força de trabalho:

Entende-se por saúde do trabalhador o conjunto de conhecimentos oriundos de diversas disciplinas, como Medicina Social, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Clínica Médica, Medicina do Trabalho, Sociologia, Epidemiologia Social, Engenharia, Psicologia, entre tantas outras, que – aliado ao saber do trabalhador sobre seu ambiente de trabalho e suas vivências das situações de desgaste e reprodução – estabelece uma nova forma de compreensão das relações entre saúde e trabalho e propõe uma nova prática de atenção à saúde dos trabalhadores e intervenção nos ambientes de trabalho.

Esse conceito situa-se no quadro geral das relações entre saúde e trabalho e apresenta-se como um modelo teórico de orientação às ações na área da atenção à saúde dos trabalhadores, no seu sentido mais amplo, desde a promoção, prevenção, cura e reabilitação, incluídas, aí, as ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Esse modelo vai orientar a aplicação do conhecimento técnico oriundo das disciplinas que se atêm a este campo e que foram exemplificadas anteriormente. O estudo dos modos de desgaste e reprodução da força de trabalho apresenta uma influência fundamental do materialismo histórico. A metodologia que orienta esse estudo estabelece a análise dos impactos dos ambientes e das formas de organização e gestão do trabalho na vida dos trabalhadores a partir da determinação histórica e social dos processos de saúde e doença (NARDI, 1997).

Esse conceito se apresenta como um modelo teórico de orientação às ações na área da atenção à saúde dos trabalhadores no seu sentido mais amplo, desde a promoção, prevenção, cura e reabilitação, incluídas, aí, as ações de vigilância sanitária e epidemiológica. O estudo dos modos de desgaste e reprodução da força de trabalho, objeto característico da Saúde do Trabalhador, apresenta uma influência fundamental do materialismo histórico, ou seja, a metodologia que a orienta inclui em sua análise os impactos do ambiente, bem como das formas de organização e gestão do trabalho na vida dos trabalhadores a partir da determinação histórica e social dos processos de saúde e doença (NARDI, 1997).

A Saúde do Trabalhador tem como primeiro elemento central e diferenciador a premissa do trabalhador como protagonista, ou seja, reconhece como fundamental a participação efetiva

dos trabalhadores nas ações de saúde e como legítima a reivindicação de controle sobre os processos de trabalho como condição para preservação da saúde (MENDES; DIAS, 1991, p. 347). Esse enfoque se contrapõe aos referenciais da Saúde Ocupacional e da Medicina do Trabalho em que o trabalhador é um objeto-paciente da atuação de especialistas (NARDI, 1997).

Uma segunda característica é a determinação social do processo saúde-doença. Isso coloca em segundo plano a racionalidade econômica e, conseqüentemente, contribui para a luta pela transformação dos processos de trabalho e das relações de poder no âmbito das organizações (PAPARELLI; SATO; OLIVEIRA, 2011) como sintetiza Mendes e Dias:

Nessa perspectiva, [...], a saúde do trabalhador considera o trabalho enquanto organizador da vida social, como espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição e do fazer histórico. Nesta história, os trabalhadores assumem o papel de sujeitos capazes de pensar e de se pensarem, produzindo uma experiência própria no conjunto das representações da sociedade (MENDES; DIAS, 1991, p. 347).

Amplia-se, dessa forma, o campo de investigação e de atuação em relação aos modelos anteriores. Primeiro, ocorre uma rejeição da concepção de ambiente de trabalho como sinônimo de ambiente físico, bem como pelo questionamento da própria organização do trabalho, ou seja, da divisão de poder expressa nas regras de convivência, hierarquias, ritmos, formas de avaliação e de controle do trabalho. Segundo, há a superação da pesquisa focada no adoecimento. Inclui-se, assim, a investigação do sofrimento, do desgaste e do mal-estar relacionados ao trabalho, ainda que não configurem doenças propriamente ditas (SATO, 1995).

A construção teórico-metodológica da Saúde do Trabalhador localiza-se no período dos anos 1960-1970, a partir de estudos na área da Medicina Preventiva, da Medicina Social e da Saúde Pública que questionavam o caráter positivista e a-histórico do modelo médico tradicional (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 25).

Esses estudos reconheceram o trabalho como aspecto central na determinação social do processo saúde-doença, bem como que:

[...] a medicina não apenas cria e recria condições materiais necessárias à produção econômica, mas participa ainda da determinação do valor histórico da força de trabalho e situa-se, portanto, para além dos seus objetivos tecnicamente definidos (DONNAGELO, 1979, p. 34).

A Saúde do Trabalhador é metodologicamente marcada pela interdisciplinaridade, com a interlocução com outros campos teóricos que têm por objeto a saúde e o trabalho, como a Medicina, a Psicologia, a Engenharia, a Enfermagem, as Ciências Sociais, entre outros, afastando-se da compartimentalização presente, de fato, na Saúde Ocupacional (NARDI, 1997).



Constrói-se, dessa forma, como modelo e como discurso contra hegemônico à Saúde Ocupacional e à Medicina do Trabalho, tanto no âmbito teórico, ou seja, como geração de conhecimento, como no plano da atuação prática dos profissionais da área da saúde, ao incluir como parte de seu objeto a emancipação e o questionamento das relações de poder (PAPARELLI; SATO; OLIVEIRA, 2011).

Essa dimensão emancipatória da Saúde do Trabalhador, conforme Lacaz, encontra-se na sua processualidade na medida em que:

[...] ao produzir conhecimentos e práticas compartilhados com os dominados, visa a elevar sua consciência sanitária, rompendo com uma rede de relações de poder, que não se situa apenas nos aparelhos de Estado, mas que perpassa os interesses dos sujeitos nas práticas discursivas [...] (LACAZ, 2007, p. 758)

Nessa disputa com as concepções da Saúde Ocupacional e da Medicina do Trabalho, a Saúde do Trabalhador questiona o reducionismo daquelas perante a materialidade das relações de produção. E mais, ao questionar esses limites, observa que não são meros aspectos epistemológicos, mas, antes, integram relações de dominação. Isso porque contribuem para maior capacidade de controle do capital sobre o trabalho por meio da atuação dos profissionais de saúde e da desinformação dos trabalhadores (LACAZ, 2007).

O foco dos modelos anteriores estava na “saúde do trabalho”, ou seja, da produção. Seus saberes e práticas, conforme já exposto, vinculavam-se a iniciativas empresariais e, posteriormente, à regulamentação estatal das relações capital-trabalho. Com isso, a atuação dos especialistas era predefinida por um conjunto de normas jurídicas, as quais, por sua vez, expressam “as relações de poder em uma determinada sociedade e, portanto, as relações de classe” (NARDI, 1997).

Dessa forma, não haveria uma atuação autônoma dos profissionais no campo da SST. E mais, pela própria estrutura normativa, o contato do trabalhador com o profissional, como regra geral, não era espontâneo, mas decorrente do dever legal de ser submetido à avaliação técnica sobre sua aptidão para o trabalho ou de realização de uma avaliação ambiental sobre o caráter saudável da produção (NARDI, 1997).

A construção desse discurso crítico da Saúde do Trabalhador relaciona-se diretamente a movimentos sociais localizados, em um primeiro momento, no âmbito dos países de economia central, principalmente a partir da segunda metade da década de 1960. Trabalhadores e estudantes questionavam “o significado do trabalho na vida, o uso do corpo”. Havia um processo de desmistificação, no âmbito desses movimentos, do caráter sagrado do trabalho construído pela ética protestante em conformidade com a consolidação de uma sociedade industrial. No conjunto desse processo reivindicatório, inseriu-se a demanda específica dos

trabalhadores pela participação concreta nas ações relativas à efetivação do direito à saúde nos locais de trabalho (MENDES; DIAS, 1991, p 344-345).

Os processos reivindicatórios de protagonismo por parte dos trabalhadores sobre as relações trabalho-saúde, conforme observam Mendes e Dias, são um processo contraditório e desigual no conjunto da classe trabalhadora, diante da própria materialidade das relações de produção. Desse modo, a Saúde do Trabalhador, enquanto modelo e discurso, se apresenta com configurações distintas conforme o momento histórico e o país, ou seja, segundo a inserção da classe trabalhadora no processo produtivo e no contexto sociopolítico de determinada sociedade (MENDES; DIAS, 1991).

Apesar dessa variabilidade, reconhece-se a configuração de uma pauta comum de reivindicações. Esta compreende a luta dos trabalhadores pelo reconhecimento de seus saberes; o questionamento das transformações nos processos de trabalho, especialmente quanto à adoção de novas tecnologias; a luta pelo reconhecimento do direito à informação e do direito à recusa ao trabalho nocivo à saúde (MENDES; DIAS, 1991).

Essa movimentação repercutiu nas transformações no regime jurídico da SST no período 1970-1980.<sup>6</sup>

Como exemplos de alteração das normas jurídicas relativas à SST com incorporação de premissas da Saúde do Trabalhador, ainda que de forma parcial, diante das peculiaridades dos contextos político-sociais de cada Estado, são mencionados Reino Unido (a partir de 1974); Suécia (a partir de 1974); França (a partir de 1976); Noruega (1977); e Canadá (1978). (MENDES; DIAS, 1991, p. 345).

O Estatuto dos Trabalhadores da Itália (Lei n.º 300 de 1970), exemplificativamente, adota diversos pressupostos da Saúde do Trabalhador ao estipular 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 comprometeram a rechaçar todo tipo de bonificação por trabalhos arriscados ou “retribuição do perigo” e, em geral, a submeter a discussão dos temas relativos à segurança e higiene na negociação coletiva por setor industrial (isto é, a nível nacional). Suas reivindicações

---

<sup>6</sup> Como exemplos de alteração das normas jurídicas relativas à saúde e segurança do trabalho com incorporação de premissas da Saúde do Trabalhador, ainda que de forma parcial, diante das peculiaridades dos contextos político-sociais de cada Estado, são mencionados Reino Unido (a partir de 1974); Suécia (a partir de 1974); França (a partir de 1976); Noruega (1977); e Canadá (1978). (MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador cit., p. 345).

vão muito mais além que as demandas tradicionais de proteção contra os acidentes do trabalho; assim, atualmente fazem pressão em favor do melhoramento do ambiente de trabalho e de que se reexaminem os critérios que devem reger a organização do trabalho, como parte de suas reivindicações gerais em prol da qualidade do trabalho e da vida. A experiência dos trabalhadores é aceita como fonte de dados cientificamente válida dos riscos profissionais e sua avaliação, e a lei estipula que deverá ser considerada na atualização sistemática das normas de segurança e higiene (PARMEGGIANI, 1985, p. 345).

O Direito do Trabalho italiano incorporou, dessa forma, ainda que parcialmente, o protagonismo dos trabalhadores por meio de mecanismos como a não delegação da vigilância da saúde, a não monetização do risco, o reconhecimento e validação do saber dos trabalhadores, a realização de estudos independentes, o direito ao acompanhamento pelos representantes dos trabalhadores das ações de fiscalização e o princípio da melhoria contínua dos ambientes de trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

A validação dos saberes dos trabalhadores indica uma nova metodologia de estudo epidemiológico na medida em que reconhece que os trabalhadores que compartilham da mesma experiência profissional e trabalham no mesmo local, ou em outro similar, formam um 'grupo homogêneo' quanto aos riscos ocupacionais. Por meio de uma análise coletiva de sua experiência, esse grupo pode determinar, mesmo sem a presença de especialistas de medicina ou higiene do trabalho, as medidas que se impõem para investigar e identificar os fatores nocivos presentes no ambiente de trabalho. Por esta razão, os sindicatos passaram a utilizar questionários de investigação em grupo no campo da tutela da saúde do trabalhador (PARMEGGIANI, 1985, p. 27).

No Brasil, a Saúde do Trabalhador delineou-se, a partir de 1970-1980, por meio de três principais vetores: a) a produção acadêmica; b) a reforma sanitária brasileira; c) o novo sindicalismo.

Como desdobramento desse movimento, ocorreu a constituição de assessorias técnicas próprias no âmbito sindical, bem como a criação, em 1980, do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde nos Ambientes de Trabalho (Diesat). Sua função foi atender à demanda, notadamente do movimento sindical dos metalúrgicos, dos químicos, dos petroquímicos e dos bancários, de suporte técnico para a participação e o controle social pelos trabalhadores sobre essa temática, concomitantemente com sua integração aos serviços públicos de saúde. Esse movimento representou o rompimento com o modelo assistencialista herdado do Estado Novo e a sua substituição pela proposição da saúde como direito social (MENDES; DIAS, 1991; LACAZ, 2007).

Exemplo dessa ação é o Programa de Saúde do Trabalhador Químico do ABC, criado em 1984, mediante a atuação do Diesat com o Sindicato dos trabalhadores químicos e petroquí-

nicos do ABCD e a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Essa experiência pioneira de ação conjunta entre sindicatos e serviços de saúde pública é estendida por meio dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST). Esses programas baseiam-se em pressupostos posteriormente incorporados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), quais sejam: concepção do trabalhador como sujeito coletivo inserido no processo produtivo e titular de saberes sobre o processo saúde-doença; participação dos trabalhadores no controle e avaliação das ações em saúde e, em alguns casos, na própria gestão dos PST; acesso às informações obtidas nos atendimentos aos trabalhadores e ações de vigilância nos locais de trabalho, com participação sindical (MENDES; DIAS, 1991; LACAZ, 2007).

A partir desse percurso analítico, observa-se que a Medicina do Trabalho, a Saúde Ocupacional e a Saúde do Trabalhador são referenciais teórico-metodológicos que permeiam o regime jurídico de tutela da integridade biopsicossocial dos trabalhadores. Além disso, destaca-se que esses não foram construídos linearmente, segundo um suposto desenvolvimento neutro do conhecimento científico. Há que se observar que se trata de elementos de embate discursivo, e o “discurso não é apenas representação de lutas ou de dominações, mas também algo ‘por que’ e ‘através do que’ se luta” (CARVALHO, 2011, p. 35), bem como que “as lutas pela saúde se desenvolvem parcial e inicialmente no terreno imposto pela legislação” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 120).

Compreender esses diferentes referenciais e suas lógicas discursivas torna-se elemento necessário para delimitar questões pertinentes às relações entre trabalho, saúde e os deveres de proteção atribuídos às organizações produtivas no processo capitalista de produção.

### **5 - O direito à saúde na perspectiva da OIT e a Saúde do Trabalhador**

O Direito do Trabalho tem sua origem associada aos movimentos reivindicatórios dos trabalhadores e trabalhadoras pelo reconhecimento do direito à saúde. Integram esse processo a degradação da saúde pelo processo de industrialização, a luta pela sobrevivência e pela integridade física como motivo da formação histórica dos movimentos dos trabalhadores, bem como o interesse econômico e político de conservação da força de trabalho, de aumento da produtividade e de acomodação dos conflitos sociais.

Por isso, um dos fundamentos iniciais do Direito do Trabalho é a segurança corporal no trabalho, a qual embasou a origem da intervenção estatal no campo laboral, inclusive em Estados refratários à regulamentação estatal das relações de trabalho, como Inglaterra e Estados Unidos (SUSSEKIND, 2001, p. 263). A influência da integridade psicocorporal para a conformação de um padrão mínimo de direitos trabalhistas também se apresenta no plano internacional e é uma das razões para a formação da OIT (SUPIOT, 2007, p. 68-69).

Neste aspecto, conforme Laflamme, o direito à saúde e suas mediações com o Direito do Trabalho compreende diferentes grupos de normas protetivas:

No contexto do trabalho, o direito à saúde se concretiza por diferentes normas que protegem os trabalhadores dos atentados à saúde que possam resultar da exploração da sua força de trabalho. Desse modo, há normas que consagram o direito às condições de trabalho justas e razoáveis (às vezes especificadas em disposições específicas relativas, por exemplo, à limitação do tempo de trabalho ou ainda à proteção de certas categorias de trabalhadores mais vulneráveis), o direito à seguridade e à higiene industrial e, mais recentemente, o direito à proteção da dignidade no trabalho (LAFLAMME, 2008, p. 47).

Por meio desse olhar sobre os distintos grupos normas protetivas trabalhistas que concretizam o direito à saúde, é possível observar que os pressupostos da Saúde do Trabalhador - protagonismo dos trabalhadores, concepção ampliada da saúde para além dos fatores de risco tradicionais e ênfase em uma cultura real de promoção integral da saúde - são aqueles que melhor atendem à tutela integral da saúde em sua matriz biopsicossocial.

Além disso a Saúde do Trabalhador promove a direta associação entre proteção da saúde e a adoção de uma concepção de extrapatrimonialidade do trabalho, refutando leituras em que prevalecem os objetivos de eficiência produtiva e monetização do risco.

Essa concepção da extrapatrimonialidade do trabalho está em conformidade com a racionalidade presente na Declaração de Filadélfia, mais precisamente no art. I, alínea "a" (o trabalho não é mercadoria) e art. II, alínea "a", (cada pessoa humana é titular, além do direito ao progresso material, também do direito ao desenvolvimento espiritual). E mais, o art. III, alínea "b", ao prever as ações específicas a serem promovidas por essa organização internacional e por seus Membros, contempla "o emprego dos trabalhadores em ocupações nas quais tenham a satisfação de aplicar toda a sua habilidade e os seus conhecimentos e de contribuir da melhor forma para o bem-estar comum".

A partir de 1970, a interface entre o caráter biopsicossocial da saúde e a concepção extrapatrimonial do trabalho adquire nova dimensão com a Declaração das Nações Unidas sobre Meio Ambiente Humano (ONU, 1972). Essa reconhece a capacidade de transformação do mundo pela ação humana e afirma que o mau uso dessa capacidade causa danos à humanidade, dentre eles "enormes deficiências, prejudiciais à saúde física, mental e social do homem, no meio ambiente criado pelo homem, especialmente no seu ambiente de vida e de trabalho".

No mesmo contexto temporal, a OIT insere em sua agenda institucional a questão do meio ambiente e da qualidade de vida no trabalho como parte integrante do que passa a denominar de humanização do trabalho. Isso se dá por meio da inclusão dessa temática em suas

Conferências Internacionais e da implantação do Programa Internacional para a Melhoria das Condições de Trabalho e do Meio Ambiente de Trabalho – PIACT - (RODGERS, 2009).

Esse programa representou um marco institucional no que diz respeito ao reconhecimento de uma relação direta entre organização do trabalho, novas tecnologias e saúde do trabalhador, aspecto esse que tem correlação direta com os pressupostos da Saúde do Trabalhador e sua leitura ampliada da saúde.

Desse modo, questiona-se no âmbito da OIT o enfoque da SST até então limitado à segurança do corpo físico, ao viés reparatório dos agravos à saúde relacionados ao trabalho e à monetização da saúde. E mais, insere-se na agenda institucional a ideia de que o trabalho mais humanizado exige o reconhecimento do trabalhador como sujeito e do trabalho como meio para realização de suas potencialidades, o que compreende o conceito de democracia nos locais de trabalho, outra ideia chave que integra a Saúde do Trabalhador (LACAZ, 2003, p. 414).

Desenvolvem-se, a partir da década de 1970, portanto, no plano dos padrões internacionais de regulamentação do trabalho, estudos para além da dimensão do corpo biológico, de modo a inserir igualmente a tutela jurídica da subjetividade do trabalhador e da sua integridade psíquica como parte integrante de um meio ambiente do trabalho equilibrado.

Há, portanto, a inserção gradativa, no âmbito da SST, de assuntos como organização do trabalho e novas tecnologias, para além da estrutura então existente e centrada nos riscos físicos, químicos e biológicos decorrentes das condições de trabalho, passando-se a uma abertura para uma leitura ampliada de ambiente laboral e dos elementos causadores do desgaste e da degradação da integridade biopsicossocial dos trabalhadores (LACAZ, 2003, p. 414).

É nesse contexto que foi aprovada a Convenção n.º 155 da OIT, sobre segurança e saúde dos trabalhadores e o meio ambiente de trabalho.<sup>7</sup> Seu objeto central é o dever dos Estados-Membros de implantação de uma política nacional pertinente a essa temática. Essa política nacional tem como objetivo a prevenção dos acidentes e dos danos à saúde por meio da redução dos riscos inerentes ao trabalho.<sup>8</sup>

A definição de saúde no trabalho, adotada por essa Convenção, inclui, pela primeira vez, de forma expressa, os elementos mentais diretamente relacionados com o trabalho,<sup>9</sup> os quais

---

**7** Convenção adotada na 67.ª Conferência Internacional do Trabalho em 1981 e vigente desde 1983 no âmbito da OIT. Foi ratificada por 66 Estados-Membros, inclusive o Brasil, nos termos do Decreto n.º 1.254/1994.

**8** “Artigo 4. 1. Todo Membro deverá, mediante consulta com as organizações mais representativas de empregadores e de trabalhadores interessadas e tendo em conta as condições e prática nacionais, formular, pôr em prática e reexaminar periodicamente uma política nacional coerente em matéria de segurança e saúde dos trabalhadores e meio ambiente de trabalho. 2. Esta política terá por objetivo prevenir os acidentes e os danos para a saúde que sejam consequência do trabalho, guardem relação com a atividade de trabalho ou sobrevenham durante o trabalho, reduzindo ao mínimo, na medida em que seja razoável e factível, as causas dos riscos inerentes ao meio ambiente de trabalho” (OIT, 1985).

**9** “Artigo 3. [...] e) o termo saúde, em relação com o trabalho, abrange não somente a ausência de afecções ou de doença, mas também os elementos físicos e mentais que afetam a saúde e estão diretamente relacio-

devem integrar a política nacional por meio da adaptação dos instrumentos de trabalho, do tempo de trabalho, da organização do trabalho, das operações e processos às capacidades físicas e mentais dos trabalhadores.<sup>10</sup>

Dessa forma, reconhece-se normativamente que a integridade biopsicossocial dos trabalhadores é parte integrante do dever de todos os Membros de implantação de uma política nacional de tutela ao direito à saúde dos trabalhadores que assegure a prevenção dos riscos inerentes ao meio ambiente do trabalho, distanciando-se de uma concepção negativa, curativa e estritamente corporal de saúde.

Outras reivindicações colocadas pelo protagonismo dos trabalhadores associadas à Saúde do Trabalhador são parcialmente identificáveis nos seguintes pontos da Convenção n.º 155 da OIT. : a) o direito à informação, que abrange os riscos, as medidas de controle, os resultados de exames médicos e das avaliações das condições ambientais nos locais de trabalho (art. 19, item c); b) o direito à recusa ao trabalho em situações de risco grave à saúde ou segurança (art. 13); c) o direito à consulta aos trabalhadores (art. 19, item e), o qual deve ser aplicado antes de mudanças nos métodos, processos e formas de organização do trabalho.

Em legislações nacionais, é possível encontrar o avanço da consulta para a participação, a qual pode se manifestar em diferentes formas: o acordo prévio, o direito de veto e a gestão autônoma direta a respeito de mudanças nas condições e organização do trabalho, bem como da escolha dos profissionais que integram os serviços de saúde no local de trabalho (MENDES; DIAS, 1991, p. 22).

A Convenção n. 187, por sua vez, estabelece o dever de cada Estado de promover a melhoria contínua em matéria de SST por meio da implantação dos seguintes instrumentos que devem integrar a política nacional prevista na Convenção n. 155: a) um sistema nacional de SST (infraestrutura); b) um programa nacional de SST, o qual deve contemplar objetivos, prazos, prioridades, meios de ação e meios de avaliação (art. 1º, item a, b, c).

Outra contribuição significativa da Convenção n. 187 é o conceito de cultura nacional de prevenção, que consiste em categoria chave que deve fundamentar a política, sistema e programa nacionais (e conseqüentemente o quadro normativo nacional) de SST. Essa representa uma cultura em que o direito ao meio ambiente de trabalho seguro e saudável é respeitado em todos os níveis, com participação ativa de todos os envolvidos (governo, em-

---

nados com a segurança e higiene no trabalho" (OIT, 1985).

**10** "Artigo 5. A política à qual se faz referência no artigo 4 da presente Convenção deverá levar em consideração as grandes esferas de ação que se seguem, na medida em que possam afetar a segurança e a saúde dos trabalhadores e o meio ambiente de trabalho: [...] b) relações existentes entre os componentes materiais do trabalho e as pessoas que o executam ou supervisionam, e adaptação do maquinário, dos equipamentos, do tempo de trabalho, da organização do trabalho e das operações e processos às capacidades físicas e mentais dos trabalhadores" (OIT, 1985).

pregadores e trabalhadores por meio de um sistema de direitos, responsabilidade e deveres bem definidos e em que o princípio da prevenção detém a máxima prioridade (art. 1º, item d). Observa-se a influência da Saúde do Trabalhador nesse conceito na medida em que há uma incorporação, ainda que parcial, do pressuposto de protagonismo dos trabalhadores e a ênfase na dimensão preventiva em detrimento de leituras monetizadoras do risco.

Estabelecidas essas contribuições do referencial da Saúde do Trabalhador para o quadro normativo da OIT em matéria de SST, passa-se ao debate quanto aos aspectos jurídicos que estão em descompasso com esse referencial.

O regime jurídico de proteção da saúde, como já exposto, é demarcado pela afirmação normativa da extrapatrimonialidade do trabalho e da titularidade pelo trabalhador de direitos de personalidade, tais como a integridade física, psíquica e moral em um modo de produção que é materialmente estruturado pela mercantilização do uso do corpo.

Esse paradoxo interfere diretamente nas normas jurídicas pertinentes à tutela do direito à saúde nas relações laborais. O direito à vida e à integridade psicossomática como aspectos indissociáveis da dignidade humana, do valor social do trabalho, do direito à saúde, da função social da propriedade e do meio ambiente de trabalho equilibrado balizam a adoção da ampla prevenção como categoria prioritária nessa área, conforme afirma a Convenção n. 187 da OIT.

Todavia, o sistema de direitos, deveres e responsabilidades em matéria de prevenção é estruturado pelo dever patronal de observância de normas técnicas<sup>11</sup> a partir de um modelo de gestão dos riscos ocupacionais. A título de exemplo, no Brasil, a gestão dos riscos ocupacionais é a referência central do Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais (PPRA), nos termos da NR 9 e de previsões complementares dispersas em outros instrumentos jurídicos (RUIZ; ARAÚJO, 2012, p. 171; SILVA, 2015, p. 73-81).

Na área técnica da SST o risco é a combinação entre a probabilidade de concretização de um dano associado a um agente, processo ou situação pertinente ao contexto de trabalho e a gravidade da lesão à saúde do trabalhador decorrente desse dano (OIT, 2016, p. 3). Esse passa a ser o objeto central da prevenção, compreendida como “conjunto das disposições ou medidas tomadas ou previstas em todas as fases da atividade da empresa, tendo em vista evitar ou diminuir os riscos profissionais” (COMUNIDADE ECONÔMICA EUROPEIA, 1989).

A gestão preventiva dos riscos ocupacionais, por sua vez, diante desses elementos, é o “processo sistemático mediante o qual se identificam os perigos, se analisam os riscos e se gerem os riscos e se protegem os trabalhadores”. Suas fases são: avaliação de riscos, a qual comporta a identificação dos perigos e a estimativa dos riscos; a valorização do risco

---

**11** Nesse sentido, veja-se a redação do item 1.7 da NR 1, que dispõe que cabe ao empregador, “cumprir e fazer cumprir as disposições legais e regulamentares sobre segurança e medicina do trabalho”.



identificado em concreto perante o parâmetro do risco tolerável; o controle do risco, caso seja ultrapassado o limite da tolerabilidade, com medidas de eliminação ou de neutralização (COELHO, 2009, p. 96-97).

No plano jurídico, esse modelo corresponde ao dever patronal de ação preventiva sobre os riscos que “sejam inerentes ao trabalho”<sup>12</sup> ou “estejam diretamente relacionados com a saúde e segurança do trabalho”,<sup>13</sup> usualmente identificados por critérios de causalidade epidemiológica baseada em indicadores e dados que satisfaçam o parâmetro de objetividade científica. Satisfeita a condição de caracterização do desgaste biopsíquico vivenciada pelo trabalhador como risco em termos técnico-jurídicos, o dever de prevenção fica condicionado, ainda, à sua razoabilidade e possibilidade<sup>14</sup> perante o estado da técnica<sup>15</sup> e a viabilidade da atividade econômica (OLIVEIRA, 2001, p. 422).

Esse modelo foi influenciado diretamente pelos referenciais da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, com prevalência de intervenções pontuais e isoladas sobre riscos de maior visibilidade, de modo desconectado das relações econômicas, políticas e sociais que permeiam o processo trabalho-saúde. As críticas construídas pela Saúde do Trabalhador, sobretudo quanto à insuficiência da categoria dos riscos ocupacionais, não foram incorporadas ao referencial técnico-jurídico predominante nessa área.

Destaca-se que a prevalência da gestão dos riscos ocupacionais sobre a promoção da saúde é o *standard* na área. Esse padrão está associado diretamente ao regime jurídico em si, conforme indica a pesquisa desenvolvida no âmbito da União Europeia:

Verifica-se, contudo, que o paradigma dominante na prática da saúde ocupacional continua a ser apenas o da prevenção de riscos (identificar, avaliar e controlar os riscos) e não o da promoção da saúde (identificar, avaliar e promover ações de saúde). As duas atividades continuam a ser vistas como atividades distintas e separadas e não como atividades complementares e integradas. Tal enviesamento parece resultar da própria lei e da prática das instituições comunitárias [...] pois são elas próprias, a focarem-se

---

**12** Conforme art. 7.º, XXII, da CFRB, que enuncia entre os direitos sociais dos trabalhadores a “redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança”.

**13** Conforme o art. 3.º, letra e, da Convenção n.º 155 da OIT.

**14** Nesse sentido, o art. 4.º, item 2, da Convenção n.º 155: “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”.

**15** Sobre a razoabilidade e possibilidade perante o estado da técnica, há previsão no item 9.3.5.4 da NR 9: “Quando comprovado pelo empregador ou instituição, a inviabilidade técnica da adoção de medidas de proteção coletiva ou quando estas não forem suficientes ou encontrarem-se em fase de estudo, planejamento ou implantação ou ainda em caráter complementar ou emergencial, deverão ser adotadas outras medidas obedecendo-se à seguinte hierarquia: a) medidas de caráter administrativo ou de organização do trabalho; b) utilização de Equipamento de Proteção Individual – EPI”.

predominantemente no dever legal da prevenção de riscos deixando as atividades de promoção da saúde apenas no domínio de boas práticas, mais próximas da filosofia voluntarista da responsabilidade social das empresas, como sendo um dever *ultra lege* (COELHO, 2009, p. 92).

Essa forma de enunciação das regras jurídicas pertinentes à tutela preventiva da saúde do trabalhador e a cultura jurídica que lhe é subjacente, especialmente quando a nocividade relacionada ao trabalho é difusa, incompatível com os critérios de quantificação, de limites de exposição e de causalidade direta, a exemplo dos fatores associados à organização do trabalho e às relações interpessoais, favorece o distanciamento desse objeto como elemento integrante da área da segurança e saúde do trabalho, bem como dificulta a atribuição de responsabilidade social e jurídica ao empregador por essa nocividade (RIBEIRO, 1999).

Como manifestação dessa desconfiança da cultura jurídica diante da nocividade difusa associada às matérias pertinentes à saúde mental é ilustrativa a seguinte ressalva feita em artigo sobre saúde mental e Direito do Trabalho:

Enquanto que para a medicina existe uma normatividade biológica, no caso da psiquiatria o que serve de fundamento é a norma social. Com efeito, é a partir dela que se constituem os chamados transtornos mentais e do comportamento. No terreno assim delineado, o poder determinante dos impulsos e dos desejos tem um peso muito maior. Tentarei traduzir em palavras uma das possibilidades que estou vislumbrando. Um transtorno mental pode ser vivido não apenas como um estorvo, mas como uma estratégia pela sobrevivência. Isso é válido para qualquer doença, mas, no caso do transtorno mental, sequer existe um substrato anatômico e fisiológico que sirva de parâmetro confiável. Onde termina o impedimento causado pela limitação e pelo sofrimento, e onde começa a manobra pelo benefício secundário (fuga do trabalho), essa é uma questão difícil de decidir, em que pese a sua frequência (BARRETO, 2010, p. 475).

Nesse viés, o foco é direcionado para a normalização da singularidade da dor e do sofrimento no campo mental e é limitado o debate sobre como uma verdadeira cultura de prevenção envolve a responsabilidade da organização produtiva por seus valores culturais, pela ausência ou pela precariedade de apoio e pela ruptura do laço social, bem como sobre a demanda por uma ética que repense “toda a organização implicada na realização do trabalho em que os eventos adoecedores ocorrem” (JARDIM, 2012, p. 241).

Assim, em que pese a incorporação parcial de pressupostos da Saúde do Trabalhador no quadro normativo da OIT, permanecem ainda categorias incompatíveis como aquela. A integridade biopsicossocial, portanto, tem uma gramática própria nas relações laborais mediada pela noção do risco ocupacional e das normas técnicas correspondentes. Esse

sistema, na prática, tem servido historicamente como instrumento para acomodar o uso do corpo do trabalhador subordinado como parte da livre iniciativa e da autonomia privada do agente econômico e a suprapatrimonialidade da pessoa.

### **6 - Conclusões**

Ao comparar os diferentes marcos teórico-metodológicos que embasaram a construção de normas técnicas para a tutela jurídica da saúde do trabalhador, é possível observar como esses referenciais – e suas práticas correspondentes – não estão imunes à história, da mesma forma que as ciências humanas e sociais e o próprio Direito. Portanto o campo da SST também é permeado pela contradição entre capital e trabalho, mais especificamente pela tensão entre atuar como instrumento de conservação da força de trabalho e de sobrevalorização do capital ou de se colocar a serviço da ampla promoção da saúde dos trabalhadores.

Nesse sentido, uma contribuição central da abordagem proposta é a difusão no campo juslaboral dos conceitos, críticas e soluções construídas no âmbito do referencial teórico-metodológico da Saúde do Trabalhador como contraponto à Saúde Ocupacional e à Medicina do Trabalho. Essa compreensão não é meramente conceitual, uma vez que repercute na interpretação e aplicação das Convenções e Recomendações da OIT em matéria de SST e, ainda, no próprio conceito de direito à saúde no âmbito das relações laborais.

Como contribuições centrais da Saúde do Trabalhador incorporadas ao quadro normativo da OIT, destacam-se: a ampliação do conceito de saúde para além da segurança do corpo físico, com expressa inclusão dos elementos mentais relacionados ao trabalho; o direito à informação quanto aos riscos, medidas de controle e resultados de exames médicos e avaliação das condições ambientais no local de trabalho; o direito à recusa ao trabalho em situação de grave risco à segurança ou saúde; o direito à consulta aos trabalhadores antes de alterações nos métodos, processos e formas de organização do trabalho, todas essas presentes na Convenção n. 155.

A Convenção n. 187, por sua vez, enfatiza o dever estatal e patronal de melhoria contínua em matéria de SST, seja pela implantação de um sistema nacional e de um programa nacional na área de SST como parte integrante da política nacional nessa área, bem como pelo conceito de cultura nacional de prevenção como ideia central dessa política pública.

Por outro lado, como limites à adoção dos pressupostos da Saúde do Trabalhador tem-se a própria essência do modo capitalista de produção e a conseqüente ambivalência do Direito do Trabalho.

O sentido do direito à saúde do trabalhador é demarcado pela afirmação discursiva-normativa da prevalência da cultura da prevenção e do direito à integridade biopsicossocial, como aspectos indissociáveis da dignidade humana, do valor social do trabalho, da função

social da propriedade e do meio ambiente de trabalho equilibrado, paradoxalmente, em um modo de produção que é materialmente estruturado pela mercantilização do uso do corpo.

O caráter ambivalente do Direito do Trabalho, especialmente sua função conservadora do modo de produção capitalista, atua diretamente no regime jurídico de tutela do direito à saúde, estruturado pela observância de normas técnicas pautadas pelo modelo de gestão preventiva dos riscos ocupacionais. Nesse contexto, o sentido do direito à saúde é reduzido pela noção de risco, elemento voltado para a acomodação do uso do corpo do trabalhador como parte da livre iniciativa e da autonomia privada do agente econômico.

Esse modo de construção das regras jurídicas pertinentes à tutela preventiva da saúde do trabalhador e a cultura jurídica que lhe é subjacente, especialmente quando a nocividade relacionada ao trabalho é difusa, incompatível com os critérios de quantificação, de limites de exposição e de causalidade direta favorecem a ocultação e a naturalização das ofensas à integridade biopsicossocial dos trabalhadores, bem como bloqueiam o questionamento sobre a contribuição do Direito do Trabalho para a distribuição vigiada de direitos e, conseqüentemente, de como há uma volatilidade da lei na construção do humano.

### **7 – Referências bibliográficas**

BARRETO, Francisco Paes. O trabalho e a saúde na cultura contemporânea. Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 3.<sup>a</sup> Região, Belo Horizonte, v. 51, n. 81, p. 469-478, jan.-jun. 2010.

COELHO, João Manuel Aguiar. Gestão preventiva de riscos psicossociais no trabalho em hospitais no quadro da União Europeia. 2009. Tese (doutorado) – Universidade Fernando Pessoa, Cidade do Porto.

COMUNIDADE ECONÔMICA EUROPEIA. Diretiva n.º 89/391, relativa à aplicação de medidas destinadas a promover a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores no trabalho. Publicada em 12 de junho de 1989. Disponível em: <<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:01989L0391-20081211&from=EN>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

DONNAGELO, Maria Cecília Ferro. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

FELICIANO, Guilherme Guimarães. O meio ambiente do trabalho e a responsabilidade civil patronal: reconhecendo a danosidade sistêmica. In: \_\_\_\_\_; URIAS, João (Coord.). Direito ambiental do trabalho: apontamentos para uma teoria geral. São Paulo: LTr, 2013. v. 1.

JARDIM, Sílvia. Saúde mental dos trabalhadores e responsabilidade social: uma questão de laço. Revista do Tribunal Superior do Trabalho, Brasília, v. 78, n. 3, p. 240-253, jul.-set. 2012.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, abr. 2007.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Qualidade de vida no trabalho e saúde do trabalhador: uma visão crítica. In: GOLDENGERG, P., MARSIGLIA, RMG E GOMES, MHA. (orgs). O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 413-428, 2003.

LAFLAMME, Anne-Marie. La protection de la santé mentale au travail: le nécessaire passage d'un regime fondé sur la réparation dès atteintes vers um régime de gestion préventive des risques psychosociaux. 2008. Tese (Doctorat) – Programme de Doctorat en Droit de la Faculté dès Études Supérieures de l'Université Laval, Québec.

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MENDES, René; WAISSMANN, Willian. Aspectos históricos da patologia do trabalho. In: MENDES, René (Org.). Patologia do trabalho. São Paulo: Atheneu, 2007. v. 1.

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, v. 13, suplemento 2, p. 21-32, abr. 1997.

NARDI, Henrique Caetano. Saúde do Trabalhador. In: CATTANI, Antonio David (Org.). Trabalho e tecnologia, dicionário crítico. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. Universidade, 1997.

OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. Estrutura normativa da segurança e saúde do trabalhador no Brasil. Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 3.<sup>a</sup> Região, Belo Horizonte, v. 45, n. 75, p. 107-130, jan.-jun. 2007.

OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. Proteção jurídica à saúde de trabalhador. São Paulo: LTr, 2011.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Convenção 155: Convenção sobre segurança e saúde dos trabalhadores o meio ambiente de trabalho. Genebra, 1981. Disponível em: <<http://www.oit.org.br>>. Acesso em: 03 de janeiro de 2019.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Convenção 187: Convenção sobre o marco promocional para a segurança de saúde no trabalho. Genebra, 2006. Disponível em: <[https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_INSTRUMENT\\_ID:312332](https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312332)>. Acesso em: 03 de janeiro de 2019.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Declaração de Filadélfia. 1994. Disponível em: <<http://www.oit.org.br>>. Acesso em: 03 de janeiro de 2019.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Recomendação n. 112 – Serviço de Medicina do Trabalho. Genebra: 1959. Disponível em: <http://www.ilo.org/dyn/normlexAcesso> em: 25 abr. 2019.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Workplace stress: a collective challenge. Geneva, 2016, p. 7. Disponível em: <[http://www.ilo.org/wcmsp5/documents/publication/wcms\\_466547.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/documents/publication/wcms_466547.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2018.

PAPARELLI, Renata; SATO, Leny; OLIVEIRA, Fábio de. A saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 118-127, jun. 2011.

PARMEGGIANI, L. A nova legislação de segurança e saúde dos trabalhadores. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 15, n. 50, p. 19-27, abr.-jun. 1985.

RIBEIRO, Herval Pina. A violência oculta do trabalho: as lesões por esforços repetitivos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

RODGERS, Gerry et al. The International Labour Organization and the quest for social justice, 1919–2009. Genebra: Organização Internacional do Trabalho, 2009.

RUIZ, Valéria Salek; ARAÚJO, André Luis Lima de. Saúde e segurança e a subjetividade no trabalho: os riscos psicossociais. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 37, n. 125, p. 170-180, 2012.

SATO, Leny. A representação social do trabalho penoso. In: SPINK, Mary Jane (Org.). O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SILVA, Homero Batista Mateus. Curso de direito do trabalho aplicado. 2. ed. São Paulo: RT, 2015. v. 3.

SUPIOT, Alain. Critique du droit du travail. Paris: PUF, 2007.

SUSSEKIND, Arnaldo. Direito constitucional do trabalho. 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

TOWNSEND, James G. The problem of industrial hygiene. American Industrial Hygiene Association Quarterly, v. 4, n. 3, p. 503-504, 1943. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com>>. Acesso em: 22 abr. 2015.