

## A SAÚDE E A SEGURANÇA NO MEIO AMBIENTE DE TRABALHO: ESFORÇO HISTÓRICO-LEGISLATIVO E ESPECIFICIDADES REFERENTES AO ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES

**Leonardo Weber R. Araújo**

*Mestrando em Direitos Sociais e Processos Reivindicatórios pelo Centro Universitário IESB; especialista em Direito Processual pela Universidade Federal de Santa Catarina; assessor-chefe na Procuradoria-Geral da República; professor do IESB.*

**José Rossini Campos de Couto Corrêa**

*Livre Docente em Direito pela Emill Brunner World University; doutor em Direito Internacional pela American World University; doutor em Theology pela Antioch Christian University; Honorary Doctor in Laws pela Cambridge International University. É Membro Correspondente da Academia Maranhense de Letras Jurídicas-AMLJ; membro titular da Academia Brasileira de Letras-ABrL, Cadeira nº VII; professor do Centro Universitário IESB.*

### Resumo

O presente artigo propõe-se, inicialmente, a analisar, sob a perspectiva histórica, os impactos do exercício das atividades laborais na saúde do ser humano e, nesse sentido, o surgimento e o desenvolvimento de ações de proteção ao trabalhador. A partir de então, desenvolve-se um exame acerca da relevância de um meio ambiente de trabalho adequado, discutindo-se, de forma mais específica, os fatores que fazem com que os estabelecimentos hospitalares apresentem números tão alarmantes em relação à ocorrência de acidentes de trabalho em sentido estrito e de enfermidades ocupacionais. Finaliza-se o estudo destacando-se pontos da Norma Regulamentadora 32 (NR-32) considerados de maior destaque na busca da redução dos aludidos índices.

**Palavras-chave:** Estabelecimentos hospitalares. Norma Regulamentadora 32. Saúde e segurança do trabalho.

### Abstract

The present article intends, at first, to analyze, under historical perspective, the impacts of working activities in human's health and, in that sense, the emergence and the development of actions of workers' protection. Thereafter, it develops an analysis about the relevance of a suitable working environment, discussing, in a more specific way, the facts that make hospital sites to present such alarming numbers in relation to the occurrence of accidents at work in strict sense and of occupational diseases. The article is ended with a highlight of points of the 32 Regulatory Standard (NR-32) considered the most relevant in the search for the reduction of such numbers.

**Keywords:** Health and safety at work. Hospital sites. 32 Regulatory Standard.

### Introdução

O presente artigo busca examinar o grave problema da segurança nos locais de trabalho, investigando, de forma específica, os principais fatores que levam os estabelecimentos hospitalares a apresentarem elevados índices quanto a doenças e acidentes sofridos pelos profissionais que lá desempenham variadas funções, tanto de fim quanto de meio.

Para tanto, apresenta-se, inicialmente, a partir de abordagem histórica, sem pretensões exaustivas, breve esboço acerca do desenvolvimento da ideia de saúde e de segurança no ambiente de trabalho.

Posteriormente, são analisadas previsões legislativas, tanto nacionais como internacionais, referentes aos acidentes de trabalho, colacionando-se os principais conceitos acerca de tal tema.

Passa-se a abordar, nesse momento, os conceitos atuais de meio ambiente de trabalho, chegando-se, finalmente, às especificidades concernentes aos estabelecimentos hospitalares, locais em que tais ocorrências acabam sendo, como exposto, frequentes e alarmantes.

São apontados, então, múltiplos aspectos, tais como estruturais, psíquicos, socioprofissionais e gerenciais, considerados relevantes para a busca de parâmetros básicos de segurança no desempenho das funções realizadas em tal ambiente.

Destacam-se, nesse momento, as significativas previsões constantes da Norma Regulamentadora n.º 32, editadas pelo Ministério do Trabalho com força normativa e que se destina, de forma específica, ao estabelecimento de parâmetros básicos para a proteção dos trabalhadores que executam suas atividades na área da saúde, buscando a prevenção a partir das especificidades desse segmento.

Conclui-se a abordagem com a perspectiva de que um ambiente hospitalar atento às recomendações legais, em que os perigos específicos sejam mapeados e bem

compreendidos, culminará, inegavelmente, com o aumento de segurança laboral, repercutindo, em última instância, em uma prestação de serviço mais satisfatória.<sup>150</sup>

## **1 - Os direitos sociais e a saúde no ambiente de trabalho: uma célere abordagem histórico-legislativa.**

A ampla estruturação dos direitos sociais prevista a partir do art. 6º de nossa Constituição Federal de 1988 constituiu verdadeira revolução no tratamento da matéria em nosso ordenamento jurídico, renovando, à época, a esperança de avanços para que o ideário de uma nação mais solidária e sã pudesse ser alcançado.

No campo da saúde, as premissas detalhadas nos arts. 196 e seguintes da Carta Constitucional, especialmente os princípios da universalidade (saúde como direito de todos), da integralidade (cobertura total: promoção, prevenção/proteção e recuperação/assistência) e da gratuidade, colocaram o Brasil no rol de países mais progressistas nessa seara.

Tal modelo foi inicialmente regulamentado, nos termos do art. 197 da Constituição Federal, por meio da Lei n. 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde, que regula o Sistema Único de Saúde segundo as diretrizes do art. 198 da CF/88 e discrimina a estrutura desse sistema regionalizado (descentralizado), hierarquizado (rede que

---

<sup>150</sup> Não se abordará no presente trabalho, de forma específica, a concessão de benefícios (arts. 19 a 23 da Lei n.º 8.213/91). Da mesma forma, não serão objeto de apreciação questões referentes ao seguro obrigatório (art. 11 - Responsabilidade do INSS e aplicação de teoria do risco integral, mesmo em caso de culpa da vítima), ao plano específico de benefício previdenciário acidentário (art. 18), à definição de acidente típico do trabalho (art. 20, I e II), bem como aos acidentes por equiparação (art. 21, I a IV). Não se busca, igualmente, analisar a responsabilidade do empregador (dolo, culpa ou risco decorrente da própria atividade), assim como reparação ao empregado (danos patrimonial e extrapatrimonial - estético, moral e existencial).

observa a complexidade dos serviços) e participativo (Lei n. 8.142/90), que tem a missão de cumprir, como dito, uma tarefa constitucional inegavelmente intrincada.<sup>151</sup>

No universo trabalhista, igualmente, inúmeros são os dispositivos constitucionais e infraconstitucionais que indicam a fundamental preocupação de que as atividades laborais se desenvolvam de forma digna, sadia, equânime e segura. Podem ser citados, a título de exemplo, as previsões do art. 7º, XXII e do art. 200, II e VIII, que estabelecem, respectivamente, que normas de saúde, higiene e segurança devem garantir a redução de riscos e que ao Sistema Único de Saúde - SUS cabe, dentre várias outras, a atribuição de executar ações que promovam a saúde do trabalhador, colaborando para a promoção de um ambiente de trabalho adequado.

Obviamente, tais previsões foram fruto de longo e lento processo de avanços ocorridos na sociedade, merecendo destaque, mesmo que de forma perfunctória, uma apreciação de como se iniciou e evoluiu a preocupação com a garantia de que os variados ofícios pudessem ser exercidos de forma saudável, protegendo-se o trabalhador de riscos considerados evitáveis.

## 1.1 - Breves apontamentos históricos de âmbito internacional

Desde o surgimento das ciências médicas no ocidente, ainda na antiguidade, sempre foram identificados impactos do exercício das atividades laborais na saúde do ser humano. Entretanto, como os riscos decorrentes do trabalho estavam praticamente restritos à população escrava, tal questão não era objeto de maior atenção, deixando de ser regulada, ao menos de maneira minimamente estruturada, pelas regras jurídicas então vigentes (ANDRIETTA, 2009, p. 21).

---

<sup>151</sup> Vide, acerca da matéria, ASENSI, Felipe. **Sistema Único de Saúde - Lei 8.080/1990 e Legislação Correlata**. Brasília: Alumnus, 2015.

Revista de Direito: Trabalho, Sociedade e Cidadania. Brasília, v.6, n.6, jan./jun., 2019.

Há, portanto, em períodos mais remotos, poucas referências em relação ao assunto, podendo ser citada, em âmbito excepcional, a figura de Hipócrates (460-375 a.C.), considerado o “Pai da Medicina”, que, já no século IV a.C., referiu-se ao quadro de envenenamento por chumbo sofrido por trabalhadores em minas. O romano Plínio (23-79 d.c), igualmente, abordou os impactos do chumbo, do enxofre, do zinco, do mercúrio e da poeira tóxica, reportando-se a alguns dos primeiros equipamentos de segurança, ainda que improvisados, de que se tem notícia, quais sejam, máscaras feitas de tecido ou bexiga de carneiro (FREITAS, 2016, p.22).

Referindo-se a essa primeira fase, chamada por alguns doutrinadores de primitiva, em que se começou a buscar explicações para a relação entre trabalho e adoecimento, Rabelo assim se manifesta:

O registro de uma lista de cerca de 80 ingredientes ativos, inclusive metais, como o cobre e o chumbo, e diversos vegetais tóxicos e venenos animais compõe o Papiro de Ebers, cujo origem é estimada em 1.500 a.C. Hipócrates de Cós (460-377 a.C), o ‘Pai da Medicina’, fez algumas das primeiras referências sobre a aplicação dos conhecimentos médicos à saúde dos trabalhadores. [...] Aulus Cornelius Celsius – que viveu em Roma no início da era cristã - fez, no seu tratado de medicina, ‘De Artibus’, a primeira referência à ocorrência de doença cutânea devido à manipulação de substâncias cáusticas. Caius Plinius Secundus, Plínio, o Velho, (23-79 d.C.), descreveu as intoxicações pelo manuseio de compostos de enxofre e zinco e relatou medidas de proteção usadas pelos trabalhadores (RABELO, 2007, p.1).

Apesar dessas referências longínquas, também encontradas, de forma espaçada, ao longo da Idade Média, apenas no final do século XV podem ser identificados estudos um pouco menos elementares que começam a nortear o estabelecimento de conexões científicas entre os vínculos de trabalho e a saúde dos trabalhadores.<sup>152</sup>

---

<sup>152</sup> Segundo Freitas, são conhecidos, nesse período, estudos conduzidos por Georgius Agricola (1494-1555) e Paracelsus (1493-1541) relacionados com as doenças emergentes das indústrias extractivas. (FREITAS, Luís Conceição. **Manual de Segurança e Saúde do Trabalho**, 3. ed, Lisboa: Sílabo, 2016, p.23).

Destaca-se, nesse período, a conhecida figura de Bernardino Ramazzini, médico italiano da região de Modena, que viveu entre 1633 a 1714 e é por muitos considerado o “Pai da Medicina do Trabalho” ou da Medicina Ocupacional. Foi ele um dos primeiros a descrever as relações causa-efeito em inúmeras ocupações, sendo-lhe atribuída a introdução, para fins de correta anamnese médica, de necessária indagação acerca da ocupação do paciente.<sup>153</sup>

Como se percebe, foi apenas na Idade Moderna, especialmente a partir de meados do sec. XVIII, com a Revolução Industrial inglesa e a expansão das máquinas a vapor, que as condições efetivamente inóspitas passaram a se tornar um problema de maior escala, pois as fábricas, mormente de tecelagem, não ofereciam condições básicas de trabalho, expondo grande quantidade de trabalhadores a maquinário perigoso, a ambientes sem ventilação, com umidade ou calor excessivos.

Em relação ao referido momento histórico, caracterizado por forte movimento de êxodo rural, e à sua relevância para o início da efetiva preocupação com as condições do trabalhador, Abel Pinto assim se expressa:

... é com o advento da revolução industrial (final do séc. XVIII e início do séc. XIX) e a conseqüente utilização das primeiras máquinas (cujo *design* não tinha em conta as capacidades e limitações dos operadores) que a problemática da SST se agudiza e ganha relevo devido à elevada taxa de mortalidade em resultado quer de acidentes quer de doenças profissionais e que se registavam em todas as faixas etárias, desde crianças a idosos (este cenário é admiravelmente descrito nas obras de Charles Dickens – romancista Inglês,

---

<sup>153</sup> Frias Júnior destaca, reportando-se a Ramazzini, sua “visão clínica impressionante para aquela época onde não existiam recursos propedêuticos maiores, descreve doenças que ocorriam em mais de cinquenta profissões.” Referindo-se à célebre obra “*De Morbis Artificum Diatriba*” (Doenças dos artífices ou do trabalhador), salienta, “além da agudeza das observações, uma sutil crítica de costumes”. Considera, ainda, que, “na verdade, se observarmos como pano de fundo o panorama político-social da Europa de então, encontraremos a visão de Ramazzini aceita por muitos, acrescentando-se a ideia de que a vida social e tudo que a ela se referisse (tal como condições de trabalho e de saúde) deveriam estar a serviço do Estado, configurando-se aí um dos elementos doutrinários de um sistema, a que se chamou mais tarde de mercantilismo ou cameralismo”. (Frias Junior, Carlos Alberto da Silva. **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação**. Mestrado. FIOCRUZ, Esc. Nac. Saúde Pública, 1999).

1812 a 1870, ou mais tarde, pelo escritor Português Soeiro Pereira Gomes, 1909 a 1949 (PINTO, 2017, p.18).

Claro que tal preocupação, em um primeiro momento, direcionava-se a aspectos muito singelos, voltados especialmente à proteção de menores e das mulheres, já que significativa parcela da mão de obra adulta masculina não se encontrava nas fábricas e sim nas minas de carvão. Foi justamente nessa época, por sinal, que surgem os primeiros movimentos operários e sindicais, tendo como desiderato a defesa de melhores condições de trabalho.<sup>154</sup>

Quanto a essas iniciativas, sempre é citada, do ponto de vista legislativo, a “Factory Act - Labour of Children”, de 1833, um dos marcos mundiais no âmbito da proteção aos trabalhadores, que previa jornada diária e semanal máximas, respectivamente, de 12 e 69 horas e a proibição para o trabalho noturno a menores de 18 anos. Além disso, impunha parada para refeição, proibição de trabalho para os menores de 9 anos, bem como acompanhamento médico que atestasse as condições físicas das crianças que trabalhassem.<sup>155</sup>

Paulatinamente, a Europa continental, mormente a ocidental, aos poucos passou a acompanhar tal movimento, destacando-se, *verbi gratia*, legislações alemãs de 1839 e 1865, francesas de 1813, 1841 e 1862 e espanholas de 1873 e 1878, todas elas estabelecendo mecanismos de proteção ao menor trabalhador (SÜSSEKIND, 2010, p.10).

---

<sup>154</sup> Sobre o tema, merece referência a obra de Eric Hobsbawm, **Os trabalhadores**: estudos sobre a história do operariado. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.

<sup>155</sup> Além da “Factory Act”, merecem destaque, ainda em período anterior, a “Lei da Saúde e Moral dos Aprendizes”, de 1802, por muitos considerada a primeira legislação de proteção à saúde dos trabalhadores, que estabeleceu, dentre outros pontos, a proibição do trabalho para menores de 9 anos, a jornada máxima diária de 12 horas para adolescentes e a necessidade de ventilação nas fábricas. (PINTO, Abel. **Sistemas de Gestão Ambiental** - Guia para a sua implementação. 3. Ed. Lisboa; Sílabo, 2017, p.18).

Já nos EUA, muito embora a industrialização tenha ocorrido de forma mais marcante em meados do século XIX<sup>156</sup>, os primeiros textos legislativos que impunham indenizações por acidentes de trabalho dataram já do início do século XX, inaugurando-se, a partir daí, iniciativas de prestação de serviços médicos nas empresas, com o propósito, claro, de diminuir as perdas causadas pelas sanções pecuniárias sofridas. (FREUDENTHAL, 2007, p. 14)

Percebe-se, claramente, assim, que o movimento de urbanização e de industrialização no ocidente está atrelado à caracterização das doenças e acidentes vinculados ao trabalho como fenômeno coletivo, o que acabou por deflagrar, de forma lenta, mas perene, medidas de proteção aos trabalhadores.

Considerando a necessidade do estabelecimento de uma padronização internacional para as normas trabalhistas, foi criada, em 1919, após o fim da Primeira Grande Guerra e a partir do Tratado de Versalhes, a Organização Internacional do Trabalho - OIT, que, logo em seus primeiros encontros, já externou preocupação com as doenças profissionais. Hoje, tal entidade conta com a participação de 187 Estados-membros, tendo como missão promover oportunidades para que homens e mulheres possam ter acesso a um trabalho decente e produtivo, em condições de liberdade, equidade, segurança e dignidade.<sup>157 158</sup>

---

<sup>156</sup> Sobre o tema, vide OLIVEIRA, Carlos Alonso. **O processo de industrialização. Do capitalismo originário ao atrasado.** São Paulo: UNESP, 2003.

<sup>157</sup> Acerca da representação da OIT no Brasil, relevantes as seguintes informações: “A OIT possui uma representação no Brasil desde a década de 1950, com programas e atividades que refletem os objetivos da Organização ao longo de sua história. Além da promoção permanente das normas internacionais do trabalho, do emprego, da melhoria das condições de trabalho e da ampliação da proteção social, a atuação da OIT no Brasil se caracteriza pelo apoio ao esforço nacional de promoção do trabalho decente, que envolve temas como o combate ao trabalho forçado, ao trabalho infantil e ao tráfico de pessoas, assim como a promoção do trabalho decente para jovens e migrantes e da igualdade de oportunidades e tratamento, entre outros.” <<http://www.ilo.org/brasil/conheca-a-oit/lang-pt/index.html>>

<sup>158</sup> Deve-se fazer referência, ademais, à criação, em 1938, da *Independent National Conference of Governmental Industrial Hygienists* (NCGIH), posteriormente denominada *American Conference of Governmental Industrial Hygienists* (ACGIH), que desenvolve pesquisas sobre limites  
Revista de Direito: Trabalho, Sociedade e Cidadania. Brasília, v.6, n.6, jan./jun., 2019.

Merece ser igualmente citada, por óbvio, a Organização Mundial da Saúde - OMS, criada em 1948, que igualmente apresenta políticas específicas voltadas para a saúde dos trabalhadores.

## 1.2 Um esboço acerca da legislação pátria e dos conceitos básicos pertinentes ao tema.

No âmbito interno, nossa primeira Revolução Industrial, que ocorreu por volta de 1930<sup>159</sup>, gerou experiência similar àquela, já relatada, vivenciada na Europa ainda no século XVIII.

Na perspectiva legislativa, contudo, a primeira iniciativa para a prevenção de doenças e acidentes relacionados ao trabalho remonta a 1891, com a publicação do Decreto 1.313, que, assim como os textos europeus mencionados no tópico anterior, abordava a proteção ao trabalho de menores. Em 1919, mesmo ano de criação da OIT, o Decreto n.º 3.724 estabeleceu obrigações resultantes de acidentes de trabalho, impondo, inclusive, o dever de indenizar.

Nos anos que se sucederam, algumas outras leis foram elaboradas nesse sentido, mas, apenas em 1943, com a Consolidação das Leis do Trabalho, pode-se dizer que tivemos um marco legal mais significativo quanto à segurança das relações trabalhista desenvolvidas no país, o que facilmente se percebe pela simples leitura das redações originais dos arts. 154 e seguintes da CLT (Capítulo V – Da Segurança e da Medicina do Trabalho).

---

de exposição ocupacional para agentes físicos, químicos e biológicos variados, bem como, em 1970, do *National Institute of Occupational Safety and Health* (NIOSH), agência federal norte-americana que difundiu por todo mundo metodologia de avaliação de exposição ocupacional. Fontes: <https://www.acgih.org/about-us/history> e <https://www.cdc.gov/spanish/niosh/ab-sp.html>.

<sup>159</sup>Em relação ao tema, LOPES, J. R. B. **Desenvolvimento e mudança social: formação da sociedade urbano-industrial no Brasil**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008.

Logo no ano seguinte, em 1944, há que se destacar a previsão do já revogado Decreto-Lei n.º 7.036/44, que promoveu a reforma da Lei de Acidentes do Trabalho, complementando previsões da CLT. Posteriormente, a Portaria 155/53 regulamentou a atuação das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes - CIPA e a Portaria 319/60 abarcou questão referente aos Equipamentos de Proteção Individual - EPIs.<sup>160</sup>

De se destacar, nesse período, a criação, em 1966, da FUNDACENTRO - Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Lei n.º 5.161/66), vinculada, a partir de 1974, ao Ministério do Trabalho, que, desde então, desempenha relevante papel quanto à prevenção de acidentes em nosso país.<sup>161</sup>

Além das já mencionadas previsões da Consolidação das Leis do Trabalho, com suas inúmeras atualizações (v.g. Lei n.º 6.514/77), pode-se afirmar que se revelou bastante significativa a publicação, em 1978, pelo Ministério do Trabalho, da Portaria n.º 3.214/78. A partir de então, a legislação brasileira de saúde e segurança no trabalho realmente ganhou arcabouço normativo robusto, como se demandava. Tal Portaria aprovou as conhecidas Normas Regulamentadoras - NRs - do Capítulo V, Título II, da CLT, relativas à Segurança e à Medicina do Trabalho.

De tais Normas Regulamentadoras (inicialmente 28, atualmente 36), podem ser citadas, inicialmente, a NR 5, que determina a obrigatória constituição de Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - CIPA em empresas com mais de 20 trabalhadores e a NR 7, que estabelece o PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. De se destacar, ademais, a NR de número 09, que determina a necessidade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores, de

---

<sup>160</sup> Sugere-se, para maior compreensão da matéria, análise da Lei n.º 6.367/76, que dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho a cargo do INPS e dá outras providências, bem como o decreto n.º 79.037, de 1976 e o Decreto n.º 3.048, de 1999. De se destacar, igualmente, a Portaria MTb n.º 3.067 de 12/04/1988, que aprovou as Normas Regulamentadoras Rurais – NRR, referidas no artigo 13 da Lei n.º 5.889/73 e relativas à Segurança e Higiene do Trabalho Rural.

<sup>161</sup> Sobre todo o processo de criação e desenvolvimento da Fundação Jorge Duprat Figueiredo, informações relevantes e detalhadas podem ser colhidas no seguinte endereço eletrônico: <<http://www.fundacentro.gov.br/institucional/historia>>

Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais (PPRA), que tem como propósito a fixação de ações preventivas de proteção aos empregados em relação a agentes químicos, físicos e biológicos perigosos.

Sobressaem, ainda as NRs 15 e 16, que classificam atividades e operações consideradas insalubres e perigosas. Finalmente, a NR 4, com suas várias atualizações, refere-se aos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT, que passaram a ser compostos por um engenheiro de segurança do trabalho, um médico do trabalho, um enfermeiro do trabalho, um auxiliar de enfermagem do trabalho e um técnico de segurança do trabalho.<sup>162</sup>

Finalmente, do ponto de vista conceitual, pode-se dizer que a ideia ordinária que se tem de acidente do trabalho acaba por corresponder, de maneira geral, à conceituação jurídica da matéria.

Nesse sentido, a própria legislação de regência, especialmente os arts. 19 a 21 da Lei n.º 8.213/91, aborda o acidente de trabalho como infortúnio típico que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço do empregador, incluídas as situações legais de equiparação, que gerem lesão corporal ou perturbação funcional com comprometimento, total ou parcial, da capacidade laboral ou, em situações extremas, levando à perda da vida do trabalhador.

Exatamente nessa linha, destacam-se os apontamentos de Agra Belmonte:

São considerados acidentes do trabalho quaisquer lesões à vida ou à integridade física do empregado como decorrência do exercício do trabalho a serviço da empresa durante o horário de trabalho, que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho, bem como as doenças profissionais, as doenças do trabalho caso da LER (lesão por esforço repetitivo), os atos de agressão e de imprudência provindos de terceiros, companheiro de trabalho ou pessoa privada do uso da razão, e as concausas (BELMONTE, 2009, p.46).

---

<sup>162</sup> A NR 32, destinada, de forma específica, ao estabelecimento de parâmetros básicos para a proteção dos trabalhadores que executam suas atividades na área da saúde, será abordada mais adiante.

A partir de tal ideia geral, podem ser extraídos os requisitos mencionados pela doutrina para a caracterização de acidente de trabalho (em sentido estrito ou amplo), quais sejam, a existência de relação de trabalho, a ocorrência de acidente, a identificação de dano, bem como, a presença de nexo causal entre eles.

De se destacar, finalmente, que, a partir da identificação de tais fatores, responderá, como regra, o empregador, independentemente do enquadramento do episódio como acidente típico (em sentido estrito) ou como enfermidade ocupacional (sentido amplo), tais como doenças profissionais decorrentes do exercício da ocupação, da realização do serviço ou do próprio ambiente em que tal atividade é desempenhada, incluídas as chamadas concausas previstas nos arts. 20 e 21 da citada Lei n. 8.213/91.

De se registrar, finalmente, que todo o referido arcabouço legislativo, nacional e estrangeiro, não propiciou, na prática, que alcançássemos, ao longo das últimas décadas, os necessários avanços em termos de promoção da saúde no ambiente do trabalho e consequente diminuição do número de acidentes de tal natureza.

## **2 - A ideia geral de meio ambiente de trabalho adequado**

Não é difícil perceber, portanto, que a ideia de meio ambiente de trabalho e saúde estão intimamente relacionadas, merecendo destaque, então, alguma abordagem acerca da amplitude de tal conceito, eis o que salienta Júlio César de Sá da Rocha:

[...] meio ambiente do trabalho caracteriza-se como a ambiência na qual se desenvolvem as atividades do trabalho humano. Diante das modificações por que passa o trabalho, o meio ambiente laboral não se restringe ao espaço interno da fábrica ou da empresa, mas se estende ao próprio local de moradia ou ao ambiente urbano (ROCHA, 2002, p.30).

Nesse sentido mais amplo, a temática específica do presente estudo extrapolaria o ambiente de hospitais, postos de saúde, clínicas, alcançando seara mais alargada: moradia dos cidadãos, locais de depósito e tratamento do lixo e, em última escala, o próprio conglomerado urbano como um todo.

Do ponto de vista da normatização internacional, devem ser mencionadas, de imediato a Declaração da Filadélfia (1944), a Declaração de Estocolmo (1972), especialmente o princípio 8, bem como as Convenções da Organização Internacional do Trabalho - OIT n.ºs 148/1977, 155/81 e 161/85. Quanto às referidas convenções, todas restaram ratificadas pelo Brasil, conforme art. 5º, §2º, da CF/88, respectivamente, pelo Decreto n.º 93.413/86 (objetivo de prevenir e atenuar os riscos profissionais no ambiente laboral, mormente no que concerne à qualidade do ar, aos ruídos e vibrações), pelo Decreto n.º 1.254/94 (necessidade de criação de uma política nacional de segurança, saúde dos trabalhadores e meio ambiente do trabalho para o fim de prevenção de acidentes e de danos à saúde do trabalhador) e, finalmente, pelo Decreto n.º 127/91 (serviços de saúde no local de trabalho).

Na perspectiva estritamente interna, temos, claro, as já mencionadas previsões consagradas em nossa CF/88, com destaque para os arts. 7º, XXII, 196, 200, II e VIII.

Já no âmbito infraconstitucional, destacam-se, acerca do tema, a Consolidação das Leis do Trabalho e a Lei 6.938/81, que dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente, além de inúmeras Portarias e Normas Regulamentares emanadas do Ministério do Trabalho. Conceitualmente, ganham destaque, apenas a título de exemplo, os conceitos de Rodolfo Mancuso (2002, p. 59) e de Amauri Mascaro (1999, p.584). José Afonso da Silva, por sua vez, ao apresentar a clássica abordagem, ressalta a “interação do conjunto de elementos naturais, artificiais, e culturais que propiciem o desenvolvimento equilibrado da vida em todas as suas formas” (SILVA, 2003, p. 5).

A partir de tal perspectiva, Tiago Fensterseifer assim discorre:

Conforme se pode apreender do texto constitucional, o objeto de tutela do ambiente aponta para quatro direções ou dimensões distintas, mas necessariamente integradas. Assim, pode-se distribuir o bem jurídico ambiental em: a) ambiente natural ou físico, que contempla os recursos naturais de um modo geral, abrangendo a terra, a água, o ar atmosférico, a flora, a fauna e o patrimônio genético; b) ambiente cultural, que alberga o patrimônio histórico, artístico, paisagístico, arqueológico e turístico; c) ambiente artificial ou criado, que compreende o espaço urbano construído, quer através de edificações, quer por intermédio de equipamentos públicos; e também d) **ambiente do trabalho, que integra o ambiente onde as relações de trabalho são desempenhadas**, tendo em conta o primado da vida e da dignidade do trabalhador em razão de situações de insalubridade e periculosidade (FENSTERSEIFER, 2008, p. 164).

De todas essas conceituações e regulamentações, deve-se destacar que o dever do Estado no sentido de se prevenir situações lesivas ou potencialmente danosas à saúde, estampado, dentre outros, no art. 196 da Constituição, não exclui o compromisso dos demais participantes da sociedade, inclusive das instituições privadas, dos empregadores e dos próprios empregados.

### **3 - Especificidades do meio ambiente hospitalar e os riscos envolvidos no exercício das atividades ligadas à saúde.**

Sabe-se que o setor hospitalar é um dos que mais registra acidentes de trabalho, já que seus trabalhadores acabam expostos a riscos ocupacionais das mais variadas espécies, como biológicos, físicos, químicos e ergonômicos. O Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho, criado a partir da celebração de cooperação

entre o Ministério Público do Trabalho (MPT) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT), apresenta inequívocos registros nesse sentido<sup>163</sup>.

Há nítida necessidade, portanto, de melhor compreensão e de análise dos problemas relacionados ao meio ambiente específico em que a saúde é prestada, sendo que, para o presente trabalho, serão investigadas algumas particularidades próprias do ambiente hospitalar.

Nesse particular, resgatando a abordagem dos psicólogos Mário César Ferreira e Ana Magnólia Mendes, revela-se bastante pertinente a análise do ambiente de trabalho hospitalar a partir das seguintes dimensões:

- (i) as condições de trabalho, integrada pelos seguintes elementos: ambiente físico, instrumentos de trabalho, equipamentos de trabalho, matérias-primas, suporte organizacional, práticas de remuneração, desenvolvimento de pessoal e benefícios;
- (ii) a organização do trabalho, composta pelos seguintes elementos: divisão do trabalho, produtividade esperada, regras formais, tempo, ritmos e controles;
- (iii) as relações socioprofissionais, a envolver as interações internas (hierárquicas e coletivas intragrupo e intergrupos) e externas (FERREIRA, 2003, p.41).

Aplicando tal abordagem conceitual à realidade específica dos centros hospitalares, alguns tópicos específicos parecem merecer especial destaque, senão vejamos:

### 3.1 - As instalações hospitalares

---

<sup>163</sup> Para informações mais detalhadas acerca do conteúdo, podem ser consultadas matérias publicadas nos seguintes endereços: <http://radioagencianacional.etc.com.br/geral/audio/2018-03/um-em-cada-dez-acidentes-de-trabalho-ocorre-em-ambiente-hospitalar> e <https://www.anamt.org.br/portal/2018/04/03/setor-hospitalar-e-o-primeiro-no-ranking-de-acidentes-de-trabalho-na-bahia/>

Quanto às instalações hospitalares, há inúmeros estudos que se conectam à mesma equação, qual seja, ambiente de trabalho estruturalmente mais adequado corresponde à maior qualidade dos serviços prestados e ao menor número de acidentes.

Podem ser destacadas, nesse particular, desde iniciativas relacionadas à melhor higiene<sup>164</sup> e limpeza hospitalar, até estudos como o de Nádia Coelho sobre o manejo adequado de resíduos potencialmente infectantes e perfurocortantes<sup>165</sup>.

Além desses exemplos, merecem destaque pesquisas acerca da qualidade do ar<sup>166</sup> e do controle sonoro nesse ambiente de trabalho específico, assim como estudos que buscam reduzir a incidência de doenças profissionais ligadas à postura e ao esforço repetitivo.

Destacam-se, ainda, interessantes experiências acadêmicas que desenvolveram propostas arquitetônicas inovadoras, que tentam tornar o ambiente hospitalar mais funcional e humanizado, merecendo destaque pesquisas com a utilização de cores<sup>167</sup> e até mesmo com paisagismo.

---

<sup>164</sup>Tradicionalmente, as áreas hospitalares, quanto aos perigos de contaminação, são classificadas em três níveis. São consideradas críticas aquelas com maior número de pacientes graves ou imunologicamente deprimidos, bem como as que maior número de procedimentos invasivos, como salas cirúrgicas, de hemodiálise e UTIs. As semi-críticas, por sua vez, são enquadradas naqueles casos em que há pacientes internados, mas com risco de contaminação menor, sendo, por fim, englobadas como não críticas as que não recebem pacientes, como por exemplo, as áreas administrativas de uma unidade hospitalar. YAMAUSHI, N.I; LACERDA, R.A; GABRIELLONI, M.C. *Limpeza Hospitalar*. In: FERNANDES, A.T. editor. **Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.1141-1155.

<sup>165</sup>Para maior aprofundamento quanto a tal particularidade, recomenda-se a leitura do seguinte trabalho: COELHO, Nádia Maria Gusmão Pontes. **Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde: manejo dos resíduos potencialmente infectantes e perfurocortantes em unidades de internação da criança, adulto e pronto-socorro de hospitais públicos no Distrito Federal**. 2007. 156 f. (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

<sup>166</sup>Sobre tal particularidade, confira-se: AGUIAR, João Renato Carneiro de. **Desempenho da qualidade do ar em estudos de caso de ambientes hospitalares no contexto climático de Brasília - DF**. 2017. xvii, 164 f., il. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo)-Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

<sup>167</sup>Em relação à citada utilização de cores para finalidades terapêuticas, vide BOCCANERA *et al.* **As cores do ambiente da Unidade de Terapia Intensiva**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 03, 2004. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

Revista de Direito: Trabalho, Sociedade e Cidadania. Brasília, v.6, n.6, jan./jun., 2019.

## 3.2 - Aspectos Psíquicos

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o ambiente de trabalho pode representar fator relevante para o desencadeamento de doenças mentais incapacitantes. Considerando a importância de tal aspecto, justamente a saúde mental no trabalho foi o tema, em 10 de outubro próximo passado, do Dia Mundial da Saúde Mental.

Profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem etc) lidam, em menor ou maior proporção, com um ambiente em que as pessoas estão fragilizadas física e emocionalmente. Situações de dor, de limitação, de incapacitação, de sofrimento estão, portanto, presentes na realidade direta desses trabalhadores. Recomenda-se, assim, que tenham acompanhamento psíquico constante, pois, mesmo que se trate de profissional já experiente, muitas vezes não é possível evitar que toda a carga emocional trazida pelo paciente e por seus familiares seja em alguma proporção absorvida.

Nesse sentido, mostra-se bastante interessante a leitura de trabalhos científicos que investigam a chamada “Síndrome de *Burnout*” no ambiente médico-hospitalar. Tal denominação tem origem na língua inglesa e se reporta a uma situação de exaustão, exaurimento, esgotamento, gerador, em situações mais graves, de incapacitação para a atividade laboral.

Segundo Flávia Maria de França, a aludida Síndrome pode ser identificada, sobretudo, por três características: a exaustão emocional - EE, a despersonalização - DE e a baixa realização profissional - RP (FRANÇA, 2011, p.73).

Em resumo, um ambiente hospitalar em que a saúde psíquica dos profissionais não é observada pode deflagrar mais do que mera insatisfação, alcançando o nível de verdadeiro estresse ocupacional crônico, gerando, como relatado por Tamayo e Tróccoli, as seguintes consequências:

[...] distúrbios individuais (depressão, queixas psicossomáticas, problemas de saúde, uso de drogas), atitudes inadequadas (insatisfação no trabalho, falta de comprometimento organizacional, intenção de abandonar o trabalho) e problemas no trabalho (absenteísmo e licença médica, alta rotatividade, baixo desempenho e má qualidade dos serviços) (TAMAYO; TRÓCCOLI, 2009, p. 213).

De se destacar, por fim, que a Convenção n.º 155 da Organização Internacional do Trabalho menciona, expressamente (art. 3º), ao se referir à saúde no ambiente de trabalho, não só a ausência de afecções ou de doenças, mas também os elementos físicos e **mentais** que estão diretamente relacionados com a segurança e a higiene no trabalho.

### 3.3 - Aspectos socioprofissionais

Nesse ponto, revela-se importante reconhecer, logo de imediato, que, historicamente, há inúmeros registros de conflito entre as duas principais categorias profissionais que realizam o atendimento na área da saúde, quais sejam, médicos e enfermeiros.

Aparecem, nesse contexto, além de aspectos relacionados à própria disputa de poder no ambiente de trabalho, questões de gênero e questões socioeconômicas (vide, igualmente, a concorrência na disputa por vagas nas faculdades públicas de medicina ou os valores praticados nos cursos particulares). Não são isolados, igualmente, os relatos judiciais de assédio moral e sexual envolvendo tal relação.

Muito embora tal questão tenha atingido hoje parâmetros mais ajustados, sendo fixado, de forma mais objetiva, o alcance de atuação de cada profissional

(diagnóstico e tratamento), ainda se percebe, nesse campo, a existência de certa conflituosidade.<sup>168</sup>

Por outro lado, ponto também importante a se destacar refere-se à realidade específica de convívio de grupos de profissionais de saúde que, realizando semelhantes ou até mesmo idênticas atividades, encontram-se submetidos a regimes jurídicos diversos (estatutários e celetistas, terceirizados ou não, ou até mesmo sem qualquer vínculo), com jornadas, remunerações e benefícios distintos.

Não é difícil imaginar o sentimento de ausência de isonomia que esse cenário provoca e, por consequência, as repercussões daí decorrentes no campo das relações interpessoais.

Cuidar com objetividade e profissionalismo dos limites de atuação de cada profissional da área de saúde, promovendo vínculos hierárquicos saudáveis, bem como condições e oportunidades de trabalho equânimes, seguramente repercutirá no bem-estar geral dos respectivos empregados e, por conseguinte, em uma prestação final mais adequada dos serviços de saúde (SCHERER *et al*, 2009, p.725).

### 3.4 - A gestão nos ambientes hospitalares

Para além de aspectos de natureza estrutural, psíquica e relacional, parece não haver dúvidas de que a existência de práticas de gestão transparentes e eficazes pode ter forte peso na busca de um bom ambiente de trabalho.

Justamente sobre a satisfação no ambiente de trabalho, Lima *et al* elucidam:

Satisfação e insatisfação no trabalho em saúde têm implicações na saúde dos profissionais e nos resultados da assistência prestada. Indivíduos mais satisfeitos apresentam melhor qualidade de vida e menores índices de adoecimento físico e mental. Satisfação e insatisfação no trabalho influenciam

---

<sup>168</sup>Tal tema foi muito bem investigado na seguinte tese: SILVA, Ítala Maria Bazzarelli Pereira. **A relação conflituosa entre médicos e enfermeiras no contexto hospitalar**. 2006 - 156 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - SP, Brasil.

Revista de Direito: Trabalho, Sociedade e Cidadania. Brasília, v.6, n.6, jan./jun., 2019.

o comportamento do trabalhador, com implicações no processo de adoecimento, nos acidentes de trabalho, nas faltas ao trabalho e nos erros, comprometendo, entre outros aspectos, a segurança dos usuários (LIMA *et al.*, 2014, p. 22).

Parece certo, portanto, que em unidades de saúde, inclusive hospitalares, nas quais a administração ocorre de forma mais eficaz, transparente e organizada haverá uma tendência de maior engajamento, que contribuirá, em última instância, para a maior satisfação no ambiente de trabalho (MELO *et al.* 2011, p.1054).

Há importantes trabalhos que descrevem como a qualidade do ambiente de trabalho é comprometida pela má gestão e como a escassez de recursos é geradora de desestímulo e frustração dos profissionais da saúde.

Em um deles, Lusmair Brito demonstra que a falta de material, o déficit de profissionais, a ausência de planejamento e a desorganização com os processos de trabalho provocam insatisfação e, aos poucos, falta de engajamento e até certo conformismo (despersonalização), que certamente impactam na qualidade do serviço que é recebido pelo usuário final da saúde (BRITO, 2017, p.27).

Justamente este último aspecto, concernente a gestões mais eficazes, passará a ser examinado no próximo tópico, especialmente a partir do exemplo da criação do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal.

#### **4 - A relevância de um meio ambiente de trabalho adequado e alguns apontamentos sobre a Norma Regulamentadora 32 - NR-32**

A partir das abordagens realizadas nos tópicos anteriores, conclui-se que avanços no segmento da saúde passam, obrigatoriamente, por investimentos em relação aos profissionais responsáveis por sua efetivação, bem como por cuidados em relação à estrutura geral, não apenas física, que tornarão apropriados o exercício de tal atividade.

Não é difícil vislumbrar a envergadura de tal desafio, já que os profissionais dessa área, para além de jornadas muitas vezes desregradas, estão em contato com

radiação (ionizante ou não), com enfermidades infectocontagiosas<sup>169</sup>, com secreções, sangue e fluídos corpóreos, com objetos perfurocortantes (sobretudo agulhas)<sup>170</sup> e, com frequência ainda maior, expostos a situações de extremo estresse.

Impõe-se a absoluta observância, portanto, da Norma Regulamentadora 32, que estabelece medidas específicas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores da área da saúde.<sup>171</sup>

Juntamente, claro, com um ambiente estruturalmente adequado, a realidade médico-hospitalar indica especial relevância quanto à utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), como luvas, máscaras, protetores oculares, jalecos ou capotes, o que nem sempre corresponde à realidade, não só pelo não fornecimento pelo empregador, mas também pela negligência dos próprios trabalhadores (MARZIALE; ROBAZZI, 2004, p.836).

Quanto ao tema, o item 32.2.4.7 prevê que “Os Equipamentos de Proteção Individual - EPI, descartáveis ou não, deverão estar à disposição em número suficiente nos postos de trabalho, de forma que seja garantido o imediato fornecimento ou reposição”, sendo imposta, demais disso, avaliação diária quanto ao respectivo estado de conservação (item 32.3.9.4.7, “a”).

Já em relação aos riscos biológicos, estabelece-se que, para além das previsões da NR-9, o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA, citado no

---

<sup>169</sup> Dentre as principais doenças infectocontagiosas às quais os profissionais de saúde encontram-se expostos, sempre são citadas, para além de doenças causadas por bactérias, Hepatite B e tuberculose pulmonar, citomegalovirus (CMV.), HIV, rubéola, herpes simples, herpes zoster, gastroenterite infecciosa, infecções respiratórias por vírus - Oliveira BRG, Murofuse NT. **Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho.** Rev. latino-am. Enfermagem. 2001, pp.109-115).

<sup>170</sup> Em relação à matéria, recomenda-se: VIEIRA, M, PADILHA, M. I. C. S. **O HIV e o trabalhador de enfermagem frente ao acidente com material perfurocortante.** Rev. esc. enferm. USP, 2008.

<sup>171</sup> Sobre o tema, consultar CUNHA, A. C. **Aplicabilidade da norma regulamentadora-32: visão dos trabalhadores de enfermagem de um hospital público do RJ.** [Dissertação] Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da UERJ, 2010.

item 1.2, deve identificar os riscos mais prováveis do local, sendo reavaliado anualmente (item 32.2.2.1). De igual sorte, no que concerne ao Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, o item 32.2.3 traz regras particulares, a par da RN-7, como, *verbi gratia*, a 32.2.3.2, segundo a qual, “Sempre que houver transferência permanente ou ocasional de um trabalhador para um outro posto de trabalho, que implique mudança de risco, esta deve ser comunicada de imediato ao médico coordenador ou responsável pelo PCMSO”.<sup>172</sup>

De outro giro, quando a questão se volta aos riscos químicos, múltiplas são as previsões realizadas a partir do item 32.3 da NR-32, ressaltando-se, a título de exemplo, a proibição quanto à reutilização de embalagens (item 32.3.3), a imposição de constante capacitação dos profissionais envolvidos no manejo das substâncias com potencial lesivo (item 32.3.6.1) e a necessidade de que seja mantida “a rotulagem do fabricante na embalagem original dos produtos químicos utilizados em serviços de saúde” (item 32.3.1).

No que se relaciona aos riscos vinculados à radiação ionizante, a RN-32 estabelece, em seu item 32.4.1, que a observância de suas próprias previsões, detalhadas no item 32.4, “não desobriga o empregador de observar as disposições estabelecidas pelas normas específicas da Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, do Ministério da Saúde”.

A norma ora esquadrihada finaliza sua abordagem referindo-se aos resíduos, especialmente à forma adequada de segregação, armazenamento e transporte (item 32.5), às condições adequadas para as refeições (item 32.6), que deve atender à NR-24, ao funcionamento das lavanderias (item 32.7) e a especificidades

---

<sup>172</sup>De se ressaltar, ainda quanto aos riscos biológicos, a obrigatoriedade de plano de imunização gratuito (item 32.2.4.17.1), bem assim o item 32.2.4.3, que prevê que “Todo local onde exista possibilidade de exposição ao agente biológico deve ter lavatório exclusivo para higiene das mãos provido de água corrente, sabonete líquido, toalha descartável e lixeira provida de sistema de abertura sem contato manual.”

referentes à limpeza/conservação (item 32.8) e à manutenção de equipamentos (item 32.9).

Interessante mencionar, por fim, que, na ocorrência de determinados acidentes de trabalho no âmbito dos hospitais, há excepcional autorização conferida pelo Ministério da Saúde para a administração de quimioprolifáticos de utilização bastante restrita (COSTA *et al*, 2004, p.271).

### **Considerações finais**

A partir de tudo o que foi examinado, pode-se concluir que doutrina e legislação de regência claramente se direcionam no sentido de relacionar bom meio ambiente de trabalho e desenvolvimento satisfatório das mais variadas atividades laborais, com clara repercussão em termos de queda do número de acidentes.

Há tempos há certo consenso em torno da necessidade de que a humanidade repense os mecanismos de geração de progresso, sendo inegáveis os perigos e riscos à nossa própria existência causados pelo desenvolvimento desordenado.

Sobre tal tema, valiosas são as contribuições de Ulrich Beck na obra “Sociedade de risco - rumo a uma outra modernidade”. O autor aborda, coincidentemente poucos meses antes de um dos maiores acidentes nucleares da história (Chernobyl - abril/1986), como a nova onda de desenvolvimento científico e tecnológico, que substituiu o desenvolvimento industrial clássico, teria deflagrado, em certa medida, cenário de perigo e instabilidade (BECK, 2010, p.12).

Como bem se percebeu, especialmente na abordagem realizada nos itens 1.2 e 4, nossa legislação é farta em estabelecer mecanismos de prevenção. Além disso, o Judiciário ocupa papel importante nesse mister e o Ministério Público do Trabalho

mostra-se igualmente atuante. Porém, continuamos a ocupar posição alarmante no *ranking* de países com maior incidência de acidentes de trabalho<sup>173</sup>.

Quando as atividades relacionadas à saúde são abordadas, percebe-se que a extensão dos desafios mostra-se ainda maior, já que essa é uma área em que se sobrepõem vários fatores de risco, já mencionados, aumentando, por óbvio, o índice de infortúnios.

A despeito de se configurar um sistema bastante elogiado do ponto de vista legislativo, deve-se reconhecer, então, que as dificuldades em sua implementação acabam por fragilizar o que, *a priori*, poderia ser esperado a partir da existência de um conjunto normativo tão detalhado.

Especialmente reportando-se à aludida RN-32, Juliana *et al* indicam os principais problemas que impedem avanços. O que se percebe, claramente, é que esse manancial legislativo não tem sido suficiente para tornar a necessária proteção ao trabalhador efetiva.

Chega-se, inegavelmente, assim, a momento em que novas propostas e soluções precisam ser ao menos consideradas e testadas, a fim de que sejam reduzidos os ônus pessoais, familiares e sociais suportados pelos acidentes e doenças laborais.

Não se vislumbrando, para além de aspectos pontuais, significativas melhorias legislativas a serem implementadas, cogita-se a adoção de medidas que, por um lado, aumentem a eficiência da fiscalização quanto ao cumprimento das normas existentes e, por outro, incentivem uma maior conscientização por parte dos próprios

---

<sup>173</sup> Os números absolutos são realmente impressionantes, causando, além de milhares de repercussões em nível individual e familiar, impacto social e orçamentário consideráveis. Dados colhidos do já citado Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho, criado a partir da celebração de cooperação entre o Ministério Público do Trabalho (MPT) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT), indicam que, no período 2012-2017, foram gastos R\$26.235.501.489 com benefícios acidentários (auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, pensão por morte e auxílio-acidente - sequelas) concedidos no período, sem considerar o estoque de anos anteriores pagos no mesmo intervalo. Fonte: <http://observatoriosst.mpt.mp.br>

Revista de Direito: Trabalho, Sociedade e Cidadania. Brasília, v.6, n.6, jan./jun., 2019.

trabalhadores quanto à relevância de que tais parâmetros legais sejam rigorosamente observados.

### Referências

AGUIAR, João Renato Carneiro de. **Desempenho da qualidade do ar em estudos de caso de ambientes hospitalares no contexto climático de Brasília - DF.** 2017.

Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

ANDRADE, Juliana Acácio, SANTOS, Michele Maria, BRASILEIRO, Marislei Espíndula. Aplicabilidade da Norma Regulamentadora 32 (NR-32) implicações para o enfermeiro do trabalho. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**, 2013 jan-set.

ANDRIETTA, Simone A. de Oliveira. **Acidente do Trabalho: histórico legislativo e a evolução da proteção dos direitos do cidadão.** São Paulo (Dissertação), UNIMEP, 2009.

ASENSI, Felipe. **Sistema Único de Saúde - Lei 8.080/1990 e Legislação Correlata.** Brasília: Alumnus, 2015.

BECK, Ulrich. **Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade.** São Paulo: 34, 2016.

BELMONTE, Alexandre Agra. **Curso de Responsabilidade Trabalhista - Danos Morais e Patrimoniais nas Relações de Trabalho.** 2ª ed. Editora Ltr, 2009.

BOCCANERA, Nélío Barbosa; BOCCANERA, Sílvia Fernandes Borges; BARBOSA, Maria Alves; BRASIL, Virgínia Visconde; MEDEIROS, Maracelo. **As cores do ambiente da Unidade de Terapia Intensiva.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 03, 2004. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

BRITO, Lusmair Martins de. **Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais em hospital universitário.** 2017. xiii, 120 f., il. Dissertação (Mestrado em Ciências e Tecnologias em Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

COELHO, Nádia Maria Gusmão Pontes. **Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde: manejo dos resíduos potencialmente infectantes e perfurocortantes em unidades de internação da criança, adulto e pronto-socorro de hospitais públicos no Distrito Federal.** 2007. 156 f. (Mestrado Ciências da Saúde)-Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

- COSTA, Taiza Florência, FELLI, Vanda Elisa Andres. Acidentes do trabalho com substâncias químicas entre os trabalhadores de enfermagem. **Rev. bras. Enferm.** [online]. 2004, vol.57, n.3, pp.269-273.
- CUNHA, A. C. **Aplicabilidade da norma regulamentadora-32: visão dos trabalhadores de enfermagem de um hospital público do RJ.** [Dissertação] Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da UERJ, 2010.
- FENSTERSEIFER, Tiago. **Direitos fundamentais e proteção do ambiente: a dimensão ecológica da dignidade humana no marco jurídico-constitucional do Estado Socioambiental de Direito.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.
- FERREIRA, Mário César; MENDES, Ana Magnólia. **Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores fiscais da previdência social brasileira.** Brasília: LPA Edições, 2003.
- FRANÇA, Flávia Maria de. **Estudo sobre Síndrome de Burnout em profissionais de Enfermagem em dois hospitais de médio porte no Município de Cáceres-MT.** 2011 - 121 f. (Mestrado em Ciência da Saúde) - Universidade de Brasília - UnB - Brasília (DF), Brasil.
- FREUDENTHAL, Sérgio Pardal. **A evolução da indenização por acidente do trabalho.** São Paulo: LTr, 2007.
- FREITAS, Luís Conceição. **Manual de Segurança e Saúde do Trabalho.** 3. ed. Lisboa: Sílabo, 2016.
- FRIAS JUNIOR, Carlos Alberto da Silva. **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação.** Mestrado. FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública, 1999.
- HOBBSAWM, Eric J. **Os trabalhadores: estudos sobre a história do operariado.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.
- LOPES, J. R. B. **Desenvolvimento e mudança social: formação da sociedade urbano-industrial no Brasil.** Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008.
- LIMA, Letícia de; PIRES, Denise Elvira; FORTE, Elaine C. Novatzki; MEDEIROS, Francini. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Revista de Enfermagem.** Esc Anna Nery (EEAN-UFRJ), 2014.
- MANCUSO, Rodolfo de Camargo. **Ação civil pública trabalhista.** 5 ed. São Paulo: RT, 2002.

MARZIALE, M.H.P., ROBAZZI, M.L.C.C. A norma regulamentadora 32 e suas implicações sobre os trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, 2004, pp.834-836 .

MELO, M. B., BARBOSA, M. A., SOUZA, P. R. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. latino-am. enfermagem**. 2011 jul/ago, pp. 1047-55.

NASCIMENTO, Amauri Mascaro do. **A defesa processual do meio ambiente do trabalho**. São Paulo: Revista Ltr, 1999.

OLIVEIRA, Carlos Alonso. **O processo de industrialização. Do capitalismo originário ao atrasado**. São Paulo: UNESP, 2003.

PINTO, Abel. **Sistemas de Gestão Ambiental - Guia para a sua implementação**. 3.ed. Lisboa: Sílabo, 2017.

RABELO, Paulo Antonio de Paiva. **Avaliação da exposição ocupacional, em laboratórios, de múltiplos agentes químicos, por longo período e em baixas concentrações**. 2007 - 182 p. (Doutorado em Análises Toxicológicas) Universidade de São Paulo - USP (SP), Brasil.

ROCHA, Júlio César de Sá da. **A defesa processual do meio ambiente do trabalho: dano, prevenção e proteção jurídica**. São Paulo, Ed. LTr, 2002.

SCHERER, M. D. A., PIRES, D. E. P., SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev Saúde Pública**, 2009, pp. 721-25.

SILVA, Ítala Maria Bazzarelli Pereira. **A relação conflituosa entre médicos e enfermeiras no contexto hospitalar**. 2006 - 156 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - SP, Brasil.

SILVA, José Afonso da. **Direito ambiental constitucional**. 2 ed., São Paulo: Malheiros, 2003.

SÜSSEKIND, Arnaldo. **Direito Constitucional do Trabalho**. 4.ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2010.

TAMAYO, M. R; TRÓCCOLI, B. T. Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do Burnout (ECB). **Estudos de Psicologia**, v. 14, n. 3, p. 213, 2009.

VIEIRA, M, PADILHA, M. I. C. S. O HIV e o trabalhador de enfermagem frente ao acidente com material perfurocortante. **Rev. Escola de Enfermagem**. USP. 2008.

YAMAUSHI, N. I., LACERDA, R. A, GABRIELLONI, M. C. Limpeza Hospitalar. In: Fernandes, A.T. **Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.1141-1155.