

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO

**SÉRGIO MÁRCIO MELO MOURA**

**PREVISÃO LEGAL PARA ASSISTÊNCIA AO TRABALHADOR COM CÂNCER**

São Luís  
2010

**SÉRGIO MÁRCIO MELO MOURA**

**PREVISÃO LEGAL PARA ASSISTÊNCIA AO TRABALHADOR COM CÂNCER**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Medicina do Trabalho do LABORO-Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Medicina do Trabalho.

Orientadora: Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís  
2010

Moura, Sérgio Márcio Melo.

Previsão legal para assistência ao trabalhador com câncer.  
José Celso Costa Santana - São Luís, 2010.

44f.

Monografia (Curso de Especialização em Medicina do Trabalho), LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2010.

1. Câncer. 2. Saúde do trabalhador. 3. Medicina do trabalho. 4. Assistência. 5. Legislação trabalhista. I. Título.

CDU 616-006.6:340.134

**SÉRGIO MÁRCIO MELO MOURA**

**PREVISÃO LEGAL PARA ASSISTÊNCIA AO TRABALHADOR COM CÂNCER**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Medicina do Trabalho do LABORO - Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Medicina do Trabalho.

Aprovada em    /    /

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)**

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo-USP

---

**Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm**

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo-USP

## AGRADECIMENTOS

A Deus, eterna fonte de luz e de inspiração.

À minha esposa Danielle Pereira Oliveira, pelo apoio e incentivo durante toda trajetória de minha vida.

Ao meu filho Sérgio Vinícius Oliveira de Melo Moura, motivo maior do meu compromisso com Deus e com a vida.

A Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama, minha orientadora, por sua valiosa contribuição na elaboração deste trabalho.

À Profa. Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm, pelas seguras orientações.

E, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para realização deste trabalho.

À vida. Estar vivo é considerar-me abençoado por Deus.

*“A Saúde enquanto patrimônio do trabalhador é condição essencial e fundamental para o convívio social, indissociável do trabalho, ferramenta primeira no desenvolvimento das relações de produção”.*

*(Secretaria de Saúde, Tecnologia e Meio Ambiente, 2010)*

## RESUMO

Revisão de literatura cujo objetivo consiste em descrever sobre a previsão legal nas doenças graves, com enfoque no paciente com câncer, tornando-se possível reconhecer a garantia legal de amparo assistencial ao portador de neoplasias no Brasil, na medida em que se considera a Saúde do Trabalhador uma área da Saúde Pública que visa intervir nas relações entre o trabalho e a saúde, promovendo e protegendo os trabalhadores através das ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores. Embora a inter-relação entre os direitos sociais e a garantia da assistência ao trabalhador com câncer seja um campo de estudo ainda pouco explorado, não se pode admitir que o estigma negativo do câncer, da falta de informação, bem como dos direitos do paciente, sejam fatores determinantes para o desconhecimento e/ou mascaramento da doença, enquanto fenômeno não somente biológico, mas também psicológico e social em toda sua amplitude.

Palavras-chave: Câncer. Saúde do Trabalhador. Medicina do Trabalho. Assistência. Legislação trabalhista.



## ABSTRACT

Literature review whose purpose is to describe the legal provision on the serious diseases, focusing on the cancer patient, making it possible to recognize the legal guarantee of social assistance to people with cancer in Brazil, as it will be the Health an Employee area of Public Health that aims to intervene in the relationship between work and health, promoting and protecting workers through surveillance activities of the risks present in the environment and working conditions of health problems and the organization and provision of assistance to workers. Although the interrelationship between social rights and the guarantee of assistance to the employee with cancer is a field of study not yet explored, we can not admit that the negative stigma of cancer, the lack of information as well as patient rights, are factors for the ignorance and/or masking of the disease as a phenomenon not only biological but also psychological and social throughout its range.

Key-words: Cancer. Health of the worker. Medicine of the work. Labor law.

## SUMÁRIO

	p.
<b>1</b> <b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2</b> <b>JUSTIFICATIVA</b> .....	13
<b>3</b> <b>OBJETIVO</b> .....	13
<b>4</b> <b>METODOLOGIA</b> .....	14
<b>4.1</b> <b>Revisão de literatura</b> .....	14
<b>5</b> <b>PROTEÇÃO SOCIAL AO TRABALHADOR</b> .....	15
<b>6</b> <b>O SISTEMA PREVIDENCIÁRIO E A PROTEÇÃO AO TRABALHADOR NO BRASIL</b> .....	20
<b>7</b> <b>PREVISÃO LEGAL E A PROTEÇÃO AO TRABALHADOR PORTADOR DE CÂNCER</b> .....	32
<b>8</b> <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	40
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	41

## 1 INTRODUÇÃO

Decorrente de uma maior expectativa de vida e o conseqüente envelhecimento populacional, as neoplasias assumem a cada dia maior importância no perfil da morbimortalidade dos países, tornando-se importante problema de saúde pública (NAFFAH FILHO, 2009).

A cada ano, o câncer se configura e se consolida como um problema de saúde pública de dimensões nacionais. A incidência e a mortalidade por câncer têm crescido no país em virtude do aumento da expectativa de vida e do controle de doenças infecto-contagiosas. Nas últimas décadas, as autoridades sanitárias do país observaram um aumento em 43% nos óbitos por câncer. Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer para ambos os sexos são esperados cerca de 200 mil novos casos e aproximadamente 60 mil óbitos até o final da década (BRASIL, 2009).

A magnitude da importância destas doenças, que hoje são responsáveis pelo grande custo direto e indireto e causas de internações, além de maior tempo de permanência no hospital, absenteísmo no trabalho, aposentadoria precoce, resultando em importante perda da capacidade produtiva com um elevado custo para o país.

A maioria dos pesquisadores reconhece que o câncer é o resultado da ação de fatores externos ambientais atuando conjuntamente com a suscetibilidade individual, com os primeiros desempenhando papel central na causa dos cânceres e os fatores genéticos um papel secundário. Os fatores ambientais relevantes podem ser divididos em quatro grupos: relacionados aos hábitos e condições de vida (tabagismo e dieta); relacionados ao meio ambiente (contaminação da terra, ar, água e alimentos, exposição ao asbesto, hidrocarbonetos etc.); relacionados a intervenção terapêutica (medicação, radiação) e os relacionados ao ambiente de trabalho (agentes químicos e radiações) (TERRA FILHO; KITAMURA, 2006).

Os autores acima citados acrescentam que os fatores de maior importância são aqueles ligados ao trabalho, e/ou ao ambiente em que este é realizado. Neste particular, a ocupação assume posição de importância, pois ela pode fazer com que trabalhadores se exponham a doses mais elevadas que a população geral, assim como se exponham a um mesmo agente cancerígeno durante anos. Entre os fatores de risco considerados relevantes para o câncer de pulmão, os riscos ligados ao

trabalho representam a causa mais importante, após o hábito de fumar. A maioria das exposições avaliadas e consideradas cancerígenas para a espécie humana está relacionada com a ocupação, o que demonstra a importância do ambiente de trabalho na geração de riscos.

Os fatores ocupacionais de risco destacam-se entre os chamados riscos evitáveis (tabagismo, nutrição, ocupacionais, etc.) considerados responsáveis por 80% a 90% dos cânceres, pela maior possibilidade de serem prevenidos através de controle dos ambientes de trabalho, de alterações nos processos de trabalho e limitação ou eliminação do uso de determinadas substâncias reconhecidas como cancerígenas (TERRA FILHO; KITAMURA, 2006).

Os pesquisadores Mattos; Sauaia; Menezes (2002) relatam que pesquisas têm mostrado evidências suficientes de que fatores ambientais ocupam lugar de destaque entre os fatores de risco, como por exemplo, as diferenças significativas na ocorrência de câncer de um mesmo tipo em uma mesma raça, porém vivendo em comunidades ou ambientes diferentes, e variações de incidência de câncer em uma mesma comunidade, com o passar do tempo e mudanças em hábitos e costumes.

Entre os vários fatores ambientais, os relacionados à ocupação assumem posição importante, porque a ocupação pode fazer com que trabalhadores se exponham a um mesmo agente em concentração ou intensidade maior que a população geral, durante vários anos seguidos. O diagnóstico etiológico toma importância muito grande tanto do ponto de vista epidemiológico, quanto preventivo, pois se tratam de cânceres que perfeitamente podem ser prevenidos. Além disso, estão também implicados aspectos judiciais, econômicos e sociais na importância deste diagnóstico (TERRA FILHO; KITAMURA, 2006).

Para Mattos Sauaia; Menezes (2002) no Brasil, o processo de industrialização ocorreu de maneira rápida, não proporcionando tempo suficiente para adaptação das instalações industriais, treinamento da força de trabalho, estabelecimento de serviços de saúde ocupacional eficiente e de legislação trabalhista adequada.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Ressalta-se oportunamente, que a saúde como direito universal e dever do Estado é uma conquista do cidadão brasileiro, expressa na Constituição Federal e regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde e, no âmbito deste direito, encontra-se a saúde do trabalhador. Entretanto, concorda-se com Barbosa Filho (2008) quando afirma que, o sistema de saúde brasileiro necessita de subsídios para uma abordagem inicial do câncer, enquanto agravo ampliado e relevante para a saúde pública, e que deve ser enfrentado de forma integrada por várias instâncias do poder público e da sociedade em geral.

Diante de tão expressivas considerações, justifica-se a necessidade de descrever sobre a previsão legal relacionada ao cidadão com câncer, bem como o direito a aposentadoria por invalidez, enfocando-se a legislação pertinente à proteção social deste cidadão. Insere-se nesse contexto, a Medicina do Trabalho como importante instrumento para inclusão deste cidadão no sistema previdenciário, na perspectiva de amparar a população economicamente ativa em situações de riscos ou contingências previstas em lei, no que diz respeito à substituição ou encaminhamento para reforço da remuneração, nos casos em que esta deixa de ser recebida ou é insuficientes para atender a determinados gastos especiais, como no caso, das doenças graves.

Justifica-se também que, embora sejam bastante documentados os direitos sociais do trabalhador, ainda são considerados poucos os estudos que tratam da previsão legal e assistência ao portador de câncer, o que torna fundamental a verbalização de conhecimentos que aborde essa temática, uma vez que a referida doença e suas implicações se constituam num grave problema de saúde pública.

## **3 OBJETIVO**

Descrever sobre previsão legal para assistência ao trabalhador com câncer.

## 4 METODOLOGIA

A pesquisa realizada trata-se de uma revisão de literatura.

### 4.1 Revisão de Literatura

Consideram-se como referencial para estruturação da revisão, os passos propostos por Castro (2001).

- **Formação da pergunta:** O que a literatura descreve sobre a previsão legal para assistência ao trabalhador portador de câncer?

- **Localização e seleção dos estudos:** Serão considerados para o estudo as publicações nacionais e periódicos indexados, impressos e virtuais, especificam da área (livros, monografias, dissertações e artigos), sendo pesquisados ainda dados em Base de Dados eletrônica tais como Google Acadêmico, Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, BIREME e Scielo.

- **Período:** 2000 a 2010.

- **Coleta de dados:** Foram coletados dados relativos à previsão legal para assistência ao trabalhador portador de câncer considerando-se as seguintes palavras-chave: câncer, saúde do trabalhador, medicina do trabalho e legislação trabalhista.

- **Análise e apresentação dos dados:**

Proteção social ao trabalhador;

O Sistema Previdenciário e a proteção ao trabalhador no Brasil;

Previsão legal e a proteção ao trabalhador portador de câncer.

## 5 PROTEÇÃO SOCIAL AO TRABALHADOR

O direito é essencial e indispensável ao homem, amparando-o desde sua concepção, seguindo e o acompanhando em todos os passos e contingências da vida, mantendo sua proteção após a morte. Além disso, estabelece entre os homens, normas que expressam as obrigações e direitos de cada um, conferindo harmonia à vida social. De igual modo, é notória a importância da norma escrita na disciplina das condições propícias ao atendimento das necessidades do homem. Alicerçado no regime democrático, o sistema normativo cria os mecanismos para que os cidadãos gozem de seus direitos sob manto protetivo legal.

O termo saúde do trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre trabalho e processo saúde-doença. Nesta acepção, considera-se a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico. Parte-se do princípio de que a forma de inserção dos indivíduos nos espaços de trabalho contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer (AZAMBUJA; KERBER; KIRCHHOF, 2007).

O registro histórico de maior relevância na análise da relação trabalho-saúde remonta ao lançamento do livro *De Morbis Artificum Diatriba*, no ano de 1700, pelo médico italiano Bernardino Ramazzini, cujas lições permaneceram como texto básico da medicina preventiva por quase dois séculos. Este autor, estudando mais de 60 profissões, relacionou o exercício das atividades com as doenças conseqüentes, indicando o tratamento recomendável e as medidas preventivas, sendo considerado, mais tarde, o Pai da Medicina do Trabalho (MENDES, 2006).

Com o incremento da produção em série, após a Revolução Industrial, observa-se a fragilidade do trabalhador na luta desleal com a máquina, fazendo crescer o número de mortos, mutilados, doentes, órfãos e viúvas. Nesse período surge a Medicina do Trabalho, cuja característica principal foi a colocação de um médico no interior da empresa para atender ao trabalhador doente e manter produtiva a mão-de-obra. Surgiram também as primeiras leis a respeito do acidente do trabalho, primeiramente na Alemanha, em 1884, estendendo-se a vários países da Europa nos anos seguintes, até chegar ao Brasil, por intermédio do Decreto Legislativo N. 3.724, de 15 de janeiro de 1919 (OLIVEIRA, 2007).

A criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT) incrementou a produção das normas preventivas, visando à proteção da saúde, bem-estar e integridade física dos trabalhadores, tratando da limitação da jornada, desemprego, proteção à maternidade, trabalho noturno das mulheres, idade mínima para admissão de crianças e trabalho noturno dos menores. Com o tempo, entretanto, percebeu-se que era preciso ir além do simples atendimento médico, pois, sem interferência nos fatores causais, o tratamento não surtiria efeito satisfatório. Assim, tem início, em meados do século XX, a Saúde Ocupacional (OLIVEIRA, 2007).

Nas últimas três décadas tem-se observado a tendência em fazer com que a Medicina Ocupacional deixe de ter visão voltada exclusivamente para o risco profissional, ampliando-se para um espectro mais abrangente de proteção à saúde do trabalhador, colocando-se de lado o mero aspecto redutor do ressarcimento após a constatação da lesão, do nexos e incapacidade laborativa, dando início à luta da classe operária por melhores condições de trabalho (GUIMARÃES; GRUBITS, 2004).

Muitas ações foram implementadas envolvendo a qualidade de vida do trabalho, buscando intervir diretamente nas causas e não apenas nos efeitos a que estão expostos os trabalhadores. As conquistas, pouco a pouco, vêm introduzindo novas mentalidades, sedimentando as bases para o pleno exercício do direito que todos devem ter à saúde e ao trabalho protegido de riscos ou das condições perigosas e insalubres que põem em risco a vida, a saúde física e mental do trabalhador (MENDES, 2006).

A Portaria nº. 3.214, de 08 de junho de 1978 editada pelo Ministério do Trabalho e Emprego aprova as 28 Normas Regulamentadoras - NR do Capítulo V Título II, da CLT, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Estas Normas Regulamentadoras são de observância obrigatória pelas empresas privadas e públicas e pelos órgãos públicos de administração direta e indireta, bem como pelos órgãos dos poderes legislativo e judiciário que possuam empregados regidos pela CLT. Dentre as Normas Regulamentadoras, a NR9 visa orientar a implantação dos Programas de Prevenção de Riscos Ambientais e a NR7 orienta a implantação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional nas empresas, para promoção da saúde e proteção do trabalhador no ambiente de trabalho (BEJGEL; BARROSO, 2001).



O Regime Jurídico Único é o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União das Autarquias e das Fundações Públicas Federais, instituído pela Lei 8112, de 11 de dezembro de 1990. Seus artigos, 68 à 72, 186 à 195, 211 à 214 contemplam os adicionais de insalubridade, periculosidade ou atividades penosas, a aposentadoria e a licença por acidente em serviço, respectivamente. O Dec. 3048 de 06 de maio de 1999, aprova o Regulamento da Previdência Social que contempla em sua Seção VI os benefícios: aposentadorias e suas variantes, auxílio doença, auxílio acidente. A Lei 6.367, de 19.10.1976 regulamenta os Acidentes do Trabalho e a Lei 8270 de 17/12/1991 determina que servidores civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais recebam adicionais de insalubridade e de periculosidade (BEJGEL; BARROSO, 2001).

A insalubridade é uma gratificação instituída por lei. O que se compensa com esta gratificação é o risco, ou seja, a possibilidade de dano de vida ou à saúde daqueles que executam determinados trabalhos classificados como insalubres e/ou perigosos. A gratificação por risco de vida e saúde não cobre o dano efetivo que o trabalhador venha suportar no serviço. Essa gratificação visa compensar, apenas, a possibilidade de dano, vale dizer, o risco de vida em si mesmo, e não a morte, a doença ou a lesão ocasionada pelo trabalho.

Para os trabalhadores regidos pela CLT (Artigo 189), consideram-se atividades ou operações insalubres, aquelas que, por sua natureza, condições ou métodos de trabalho, exponham os empregados a agentes nocivos à saúde, acima dos limites de tolerância fixadas em razão da natureza e da intensidade do agente e do tempo de exposição a seus efeitos. De acordo com a NR15 (Portaria 3214/08/06/78- MTE), que contém 14 anexos, são consideradas atividades ou operações insalubres as que se desenvolvem:

Acima dos limites de tolerância prevista nos anexos números 1 e 2 (ruído contínuo, intermitente ou de impacto), 3 (exposição ao calor), 5 (radiações ionizantes, determinados pela Comissão Nacional de Energia Nuclear/CNEN), 11 (agentes químicos) 12 poeiras minerais; nas atividades mencionadas nos anexos de números 6 (trabalho em condições hiperbáricas), 13 (relação de atividades envolvendo agentes químicos), 14 (agentes biológicos); para as atividades comprovadas através de laudo de inspeção local constantes dos anexos números 7 (radiações não ionizantes), 8 (vibrações), 9 (frio), 10 (umidade) (BEJGEL; BARROSO, 2001).

Com a criação da Organização Mundial da Saúde, estabelece-se o conceito de que a saúde é o completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de afecções ou enfermidades e que o gozo do grau máximo de saúde que

se pode alcançar é um dos direitos fundamentais de todo ser humano. Em 10 de dezembro de 1948, a Assembléia Geral das Nações Unidas, aprova a Declaração Universal dos Direitos Humanos do Homem, que se constitui uma fonte de princípios na aplicação das normas jurídicas, que assegura ao trabalhador o direito ao trabalho, à livre escolha de emprego, as condições justas e favoráveis de trabalho e à proteção contra ao desemprego; o direito ao repouso e ao lazer, limitação de horas de trabalho, férias periódicas remuneradas, além de padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar (SANTANA, 2008).

Ampliando-se o conceito de saúde, com a criação da OMS, o Brasil amplia também as normas de segurança e medicina do trabalho, instituindo os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) e as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA).

A mudança do Capítulo V do Título II da CLT, por intermédio da Lei n. 6.514/77, teve o propósito de aprofundar as medidas preventivas para retirar o Brasil da incômoda posição de campeão mundial em acidentes do trabalho. No ano de 1978 o Ministério do Trabalho publicou a consolidação das normas de segurança e medicina do trabalho, por intermédio da Portaria n. 3.214 (OLIVEIRA, 2007).

No ordenamento jurídico o marco principal da saúde do trabalhador é consolidado pela Constituição de 1988, onde está garantida a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança; ratificadas nas Convenções 155 e 161 da OIT, que também regulamentam ações para a preservação da Saúde e dos Serviços de Saúde do Trabalhador. A proteção à saúde do trabalhador tem como objetivo a redução do risco de doença, como exemplifica o art. 7º, inciso XXII e art. 200, inciso VIII, que protege o meio ambiente do trabalho, assim como o art. 193, que determina que *a ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais* onde as prestações previdenciárias representam o cumprimento do mandamento constitucional (FIEMA; CIESP, 2003).

O tratamento concedido ao campo da proteção social na Constituição de 1988 foi resultado da defesa realizada à época, para a construção de um sistema voltado a ampliação da cobertura para segmentos até então desprotegidos; eliminação das diferenças entre trabalhadores rurais e urbanos referentes aos tipos e valores de benefícios concedidos; implementação da gestão descentralizada nas políticas de saúde e assistência; participação dos setores interessados no processo decisório e

no controle da execução das políticas; definição de mecanismos de financiamento mais seguros e estáveis; e garantia de um volume suficiente de recursos para a implementação das políticas contempladas pela proteção social, entre outros objetivos (MARQUES; BATICH; MENDES, 2003).

Os constituintes, influenciados pelo ambiente político-social da abertura e com um discurso de que era preciso resgatar a enorme dívida social brasileira herdada do regime militar, aprovaram uma Constituição que procura garantir os direitos básicos e universais de cidadania, estabelecendo o direito à saúde, à assistência social, ao seguro-desemprego e à previdência em um capítulo específico – Da Seguridade Social.

Apesar do relativo progresso normativo, as doenças e acidentes do trabalho continuaram afetando duramente a classe trabalhadora, sobretudo pelo rápido processo de industrialização. Diante desse quadro preocupante tem início a reação dos trabalhadores, reivindicando melhores condições de segurança, higiene e saúde no local de trabalho e o direito de opinar e receber informações sobre essas questões. O movimento sindical começa a questionar a validade dos adicionais de remuneração para compensar a exposição aos riscos ocupacionais.

Uma vez confirmada, a doença ocupacional ou a doença do trabalho, são equiparadas a acidente de trabalho, conforme previsto no art. 20 da lei 8213, de 1991. O segurado estará amparado por três tipos de benefícios: auxílio-doença, auxílio-acidente e aposentadoria por invalidez (BEJGEL; BARROSO, 2001).

A proteção à incapacidade laborativa por motivo de doença está prevista na Constituição Federal, sendo seus componentes a saúde, a assistência social e a previdência social, amparando os riscos sociais através de prestações previdenciárias, desde que cumpridos os requisitos legais, garantidos a quem necessitar. Por sua vez, a aposentadoria por invalidez é devida a toda e qualquer categoria de segurado que for considerado totalmente incapaz e insuscetível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, sendo paga enquanto permanecer nesta condição (SANTANA, 2008).

## 6 O SISTEMA PREVIDENCIÁRIO E A PROTEÇÃO AO TRABALHADOR NO BRASIL

A saúde é um direito universal de todos e dever do Estado e deve ser prestada gratuita e igualmente para toda a população, conforme determina, no Brasil, o artigo 196 da Constituição Federal. A previdência social visa à proteção do cidadão quando da perda, temporária ou permanente, da sua capacidade de trabalho. A assistência social tem o objetivo de prover o atendimento das necessidades básicas dos cidadãos, criando condições para a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência, à velhice e à pessoa portadora de deficiência, independentemente de contribuição à Seguridade Social, com ações executadas pelo poder público ou pela iniciativa privada (RAMOS, 2009).

De acordo com Martins (2002), *previdência* vem do latim *pre videre*, referindo-se a antecipação das contingências sociais. É a técnica de proteção social que visa “propiciar os meios indispensáveis à subsistência da pessoa humana, mediante contribuição compulsória distinta, proveniente da sociedade e de cada um dos participantes”. O indivíduo beneficiar-se-á desses meios de subsistência quando não puder obtê-los – ou quando não é socialmente desejável que os aufera pessoalmente – através do trabalho, seja por motivo de maternidade, nascimento, incapacidade, invalidez, desemprego, prisão, idade avançada, tempo de serviço ou morte. Por sua vez, Tavares; Ibrahim; Vieira (2004) definem a previdência social:

Como um serviço público, sob a forma de seguro social, destinado a amparar a população economicamente ativa em situações (riscos ou contingências) previstas em lei, essencialmente com benefícios em dinheiro e mediante custeio a cargo dos próprios trabalhadores (segurados), das empresas e, na grande maioria dos países, do Estado. Assim sendo, a previdência social se destina a substituir ou reforçar a remuneração, nos casos em que esta deixa de ser recebida ou é insuficiente para atender à determinados gastos especiais.

Os referidos autores também acrescentam que um aspecto que se destaca no conceito de previdência social é o seu caráter de seguro obrigatório, considerando-se que “a obrigatoriedade é essencial ao seu funcionamento nas bases financeiras e atuariais que lhe são próprias, ou seja, é, sobretudo pelo caráter compulsório que o seguro social difere do privado”. Dentre os princípios norteadores da seguridade social, ainda destacam “a universalidade da cobertura e do atendimento e a uniformidade e a equivalência dos benefícios e serviços entre trabalhadores urbanos

e rurais, cuja prestação deverá obedecer a critérios de seletividade e distributividade”.

Conforme a Constituição Federal Brasileira de 1988 define em seu artigo 194, “a previdência social como uma das ações do poder público que compõem, juntamente com a saúde e a assistência social, uma ação maior que chamou de Seguridade Social”. No artigo 201, a Carta Magna estabelece claramente que a política previdenciária atenderá tão somente:

I. cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada; II. proteção à maternidade, especialmente à gestante; III. proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; IV. salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda; V. pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes (BRASIL, 2008).

A Previdência Social é o seguro social para a pessoa que contribui, tendo como objetivo reconhecer e conceder direitos aos seus segurados. A renda transferida pela Previdência Social é utilizada para substituir a renda do trabalhador contribuinte, quando ele perde a capacidade de trabalho, seja pela doença, invalidez, idade avançada, morte e desemprego involuntário, ou mesmo a maternidade e a reclusão. Portanto, o termo *previdência social* é entendido como uma política pública destinada a assegurar ao trabalhador ou àqueles que dele dependem economicamente, benefícios ou serviços quando da ocorrência de uma contingência social (TAVARES; IBRAHIM; VIEIRA, 2004).

A Grã-Bretanha foi o primeiro país no qual a assistência organizou-se de modo sistemático. Desde o início do século XVII, uma série de leis, chamadas *poor laws* (leis dos pobres) regulamentou e organizou essa assistência. O estatuto de 1601 fixou os seus primeiros parâmetros. Visava a três classes de indigentes: os válidos, os inválidos e as crianças. Os auxílios deviam ser organizados numa base paroquial e eram alimentados por uma taxa especial. As crianças e os inválidos necessitados recebiam subsídios monetários. Quanto aos pobres válidos, como sua situação de indigência estava quase sempre ligada à inatividade, as paróquias ficavam na obrigação de socorrê-los fornecendo-lhes trabalho. Direito à assistência e ao trabalho eram, portanto, afirmados paralelamente (GARCIA, 2007).

No final do século XVIII, a Declaração dos Direitos do Homem, proclamada pela Revolução Francesa, define, em seu artigo 21, que os socorros públicos são uma dívida sagrada. A sociedade deve a subsistência aos cidadãos infelizes, seja lhes

fornecendo trabalho, seja assegurando os meios de existência àqueles que não estão em condições de trabalho. Passada a primeira fase, que como já foi dito estendeu-se até o século XVIII, as medidas assistenciais tomam um novo rumo, delineado pelo clima de insegurança, miséria e insatisfação em que vivia o proletariado. Essa situação acabou levando os países mais industrializados a desenvolverem os seguros concernentes aos riscos que afetavam o trabalhador. A partir do final do século XIX dois caminhos básicos foram seguidos: enquanto a Grã-Bretanha procurava estimular o seguro social livre, mediante auxílio à iniciativa privada relativa aos seguros de mútuo, a Alemanha e alguns países da Europa Central estabeleceram a obrigação legal de serem os operários segurados contra as conseqüências danosas dos riscos a que estavam sujeitos (GARCIA, 2007).

Antes da implantação do seguro social de caráter geral, ocorrida na Alemanha em 1883, algumas leis foram consagrando a obrigatoriedade dessa técnica de proteção social. Coube à Bélgica a primazia na instituição de um regime de aposentadoria por invalidez ou por velhice, referente aos marítimos, em 1844, exemplo seguido pela Itália em 1861. Já na Áustria, em 1854, foi implantado o primeiro sistema genérico de seguro social obrigatório, que cobria as contingências sociais advindas de enfermidade, invalidez, acidentes de trabalho, velhice e morte (BISPO, 2004).

O primeiro plano previdenciário de caráter mais geral surge na Alemanha, em 1883, quando é aprovado pelo parlamento o projeto de seguro doença, de autoria do chanceler Otto Von Bismarck. A partir daí, inaugura-se a proteção garantida pelo Estado, funcionando este como agente arrecadador de contribuições cobradas compulsoriamente dos participantes do sistema securitário. Despontam então duas das principais características dos regimes previdenciários modernos: organização estatal e compulsoriedade (ORNELAS, 2000).

De acordo com Garcia (2007) os primeiros sistemas previdenciários latino-americanos implantados em países como Uruguai, Brasil, Chile, Argentina e Cuba, nesta ordem, surgiram nos anos 20 e 30 do século passado, sob a forma de fundos de pensão ocupacionais diferenciados, que reuniam membros ligados ao mesmo sindicato e ao mesmo segmento industrial. Em um segundo grupo de países latino-americanos, entre os quais Peru, México, Colômbia e Bolívia, a introdução dos sistemas previdenciários ocorreu, por volta do final dos anos 30 e 40. Por volta dos anos 50 e 60, surgem os primeiros sistemas de previdência de um terceiro grupo de

países latino-americanos, como El Salvador e outros países da América Central e do Caribe. De um modo geral, todos esses sistemas organizaram-se a partir do Estado, sob uma administração centralizada e concebidos pelo regime de repartição.

Segundo Ornelas (2000) um estudo desenvolvido pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) divide o histórico da seguridade social na América Latina em quatro etapas:

A primeira caracteriza-se pela pluralidade de instituições de previdência social, destinadas principalmente à cobertura da velhice, invalidez e morte, que na maioria das vezes amparavam os servidores públicos. A segunda etapa corresponde ao desenvolvimento dos seguros sociais clássicos, de acordo com o modelo técnico dos sistemas europeus e baseados em normas, declarações e princípios internacionais. Em geral deram prioridade às prestações por doença e maternidade e se aplicaram aos trabalhadores do setor privado. A terceira etapa mostra uma expansão acelerada dos seguros sociais, após a Segunda Guerra, seguida do processo de extensão e reforma dos sistemas já implantados. A quarta e última etapa considerada, corresponde à década de 1960, em que, além da política de ampliação do grau de cobertura da população e das contingências amparadas, ocorreram novos enfoques de reajustamento das prestações pecuniárias e racionalização administrativa dos sistemas.

Dentro da agenda de reforma do Estado, intensificada a partir dos anos 90, Tavares; Ibrahim; Vieira (2004) afirmam que uma nova fase se configura: “a necessidade de reformas dos sistemas previdenciários, inclusive no que diz respeito ao modo de financiamento, às condições para concessão de benefícios e à administração dos fundos”. As reformas por que passaram os sistemas previdenciários latino-americanos atestam que este entendimento tem sido adotado pelos governos de diversos países da região.

No caso brasileiro, pode-se dizer que a evolução da proteção social seguiu a mesma lógica do plano internacional: origem privada e voluntária, formação dos primeiros planos e intervenção crescente do Estado. Verifica-se, no entanto, uma defasagem temporal nessa política, pois com uma economia baseada na agricultura, que contava inclusive com a utilização de mão-de-obra escrava até 1888, o Brasil não chegou a desenvolver no século XIX uma legislação sobre seguro social, tal como ocorrera em outros países, principalmente os europeus (MARQUES; BATICH; MENDES, 2003). Com muita propriedade Medina (2009), se pronuncia:

Desde o final da segunda guerra mundial até meados da década de 1970, o paradigma de proteção social, no contexto do Estado do bem-estar social, tinha por base a sociedade do trabalho. Em uma situação ideal de pleno emprego, a proteção social apenas consolidar-se-ia mediante contribuições sucessivas à força laboral. Esse era o modelo no qual as contribuições tripartites do Estado, dos empregadores e do trabalhador garantiriam o financiamento da rede de proteção social. Ao Estado caberia apenas a cobertura universal de serviços básicos. O trabalhador, chefe de família, garantiria todo o grupo familiar com sua renda e proteção social. Contudo, esse modelo sempre teve um alcance limitado, sobretudo na América Latina, onde os mercados de trabalho nunca conseguiram transformar-se na porta de entrada universal e dinâmica para os esquemas de proteção social. Além da falta de capacidade abrangente do mercado de trabalho, seja na criação de empregos de qualidade, seja em termos contributivos, as desigualdades sociais refletem-se intensamente no mundo do trabalho, criando barreiras de entradas para os grupos menos favorecidos.

De acordo com Medina (2009), desigualdades sociais históricas eram repetidas nas estruturas entre capital e trabalho e a falta de oportunidades expunha os grupos desprotegidos a uma dupla desvantagem: “exclusão laboral e exclusão social, com maior exposição aos riscos”. Por essas razões, nem a curto, nem em longo prazo, o mercado de trabalho poderá ser o único mecanismo utilizado para proteger o grosso da população dos riscos relacionados com a falta de renda, a saúde e o envelhecimento. Daí a necessidade de repensar os mecanismos instituídos de solidariedade, como forma de neutralizar as dinâmicas excludentes do mercado de trabalho, mediante a redistribuição de ativos: gasto social. O fomento do pleno exercício da cidadania e de maior igualdade de oportunidades é, antes de qualquer coisa, “o fortalecimento da democracia e das bases políticas de uma sociedade mais abrangente: a justiça como integração social”, complementa o autor.

Na década de 1990, o crescimento econômico nos países da América Latina e a conseqüente transformação estrutural do emprego contribuíram para o declínio da cobertura da previdência social contributiva. Tal realidade traduziu-se em maior vulnerabilidade diante do desemprego e na tendência à precarização e informalidade das relações de trabalho (FERNANDES, 2008).

Medina (2009) também pontua que no Brasil do Século XIX, as primeiras iniciativas de proteção social seguiram o preceito de seguro social, que prevê a cobertura apenas para o contribuinte direto, restrita aos associados. A primeira cooperativa de que se tem notícia surgiu em Vila Rica (atual Ouro Preto) e buscava assegurar aos seus associados, caixão e velório. Com a urbanização e industrialização do início do Século XX intensificou-se a demanda por proteção social, mediante iniciativas de determinadas categorias profissionais, que



organizavam associações de auxílio mútuo para responder aos riscos sociais. Nesse contexto surgiram as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) e a Lei Eloy Chaves, em 1923, que marca o início da previdência moderna no Brasil. Esses modelos, contudo, sempre foram norteados pela lógica de seguro, que limitava os benefícios previdenciários, pensões e assistência médica aos trabalhadores do mercado formal, que contribuía para o sistema previdenciário.

No início da proteção social brasileira destacam-se as santas casas e o montepio para a guarda pessoal do imperador D. João VI (1808). Com a República, entre 1889 e 1892, surgiram planos previdenciários para os funcionários do Ministério da Fazenda, funcionários civis do Ministério da Guerra e operários efetivos da Marinha da Capital Federal, além do Fundo de Pensões do Pessoal das Oficinas da Imprensa Nacional. Em 1890 foi promulgado um decreto sobre aposentadoria para os funcionários das Estradas de Ferro Central do Brasil, logo mais estendido a todos os empregados de estradas de ferro (MARQUES; BATICH; MENDES, 2003).

Em 1919, através do Decreto nº 3.724, de 15 de janeiro, foi instituída a regulação das obrigações resultantes dos acidentes no trabalho. Através desse ato, o acidente decorrente do trabalho obrigava o empregador a pagar uma indenização ao operário ou à sua família, excetuados apenas os casos de força maior ou dolo da própria vítima ou de estranhos. Faziam jus à indenização, todos os trabalhadores, independente de sexo ou idade, empregados nos serviços de construções de qualquer natureza; no transporte de carga; nos estabelecimentos industriais; e nos trabalhos agrícolas em que fossem utilizados motores. Até então, porém, a política previdenciária brasileira era apenas rudimentar. Somente com o Decreto no 4.682, de 24 de janeiro de 1923, mais conhecido como Lei Eloy Chaves, é que foi dado o passo fundamental no sentido da regulamentação da previdência social no Brasil, sendo considerado este o marco inicial do sistema previdenciário brasileiro (TAVARES; IBRAHIM; VIEIRA, 2004).

Através da Lei Eloy Chaves, Fernandes (2008) diz que ficou definido a criação de Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) para os empregados de cada uma das empresas de estradas de ferro então existentes no país e que:

Cada empresa se encarregava de constituir, organizar e administrar a sua própria CAP, através de um colegiado, composto por representantes dos empregados e dos empregadores, sem a participação do Estado. O advento desta lei inaugura a fase de vinculação por empresa, caracterizado pelo número reduzido de segurados e pela multiplicidade de instituições. O mecanismo da contribuição tripla, do empregado, da empresa e do Estado, em partes não necessariamente iguais, marcou o desenvolvimento das CAPs, que se apoiavam em um regime financeiro de capitalização.

O seguro social obrigatório preconizado na Lei Eloy Chaves, segundo Medina (2008) garantia ao trabalhador segurado duas modalidades básicas de prestações e dois tipos de benefícios. As prestações eram assim definidas:

Socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou em pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia; e medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração. Os benefícios previstos eram: a aposentadoria; e a pensão para seus herdeiros em caso de morte.

No início da Era Vargas, através do Decreto nº 19.433, de 26 de novembro de 1930, foi criada uma Secretaria de Estado com atribuições referentes à proteção do trabalho e à previdência social. Inicia-se aí a efetiva ingerência estatal na previdência social brasileira, sendo o advento dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) o seu marco principal. Os IAPs distinguiam os trabalhadores por categoria profissional e não mais por empresa, como ocorria nas CAPs (BISPO, 2010).

O desenvolvimento dos Institutos de Aposentadoria e Pensões trouxe certa competição entre as diversas categorias profissionais, a qual era estimulada pelo próprio Estado que efetivamente distribuía benefícios diferenciados, estratificando a clientela previdenciária. Tal comportamento acabou resultando em um conjunto confuso de normas operando padrões desiguais de proteção e em uma hierarquização da clientela do sistema, que se via prisioneira das mediações corporativas próprias da barganha política. Outro ponto de desajuste que merece destaque é o fato de que as contribuições da União, que deviam provir do orçamento federal, não se realizaram como previsto legalmente, prevalecendo o ponto de vista de que tais recursos seriam mais bem aplicados pela própria União, garantidora do sistema. A principal consequência disso foi o acúmulo de dívidas do Estado brasileiro junto ao sistema previdenciário (MEDINA, 2009).

No sentido de uniformizar o sistema previdenciário brasileiro, o Governo Federal editou o Decreto nº 35.448, de 01 de maio de 1954, que aprovava o "Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadoria e Pensões", estabelecendo

o plano único de benefícios e uniformizando as normas pertinentes ao custeio e à administração dos Institutos. Após a morte de Vargas, porém, o referido decreto foi revogado através do Decreto nº 36.132, de 03 de setembro de 1954. A medida efetiva para a redução da disparidade existente no sistema previdenciário brasileiro somente se daria com a promulgação da Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, que tramitou durante 14 anos no Congresso Nacional. Esse ato legal, denominado Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), significou a uniformização dos planos de benefícios e das contribuições cobradas pelos diversos Institutos (FERNANDES, 2008).

Em 21 de novembro de 1966, através do Decreto-Lei nº 72, a unificação institucional foi finalmente efetivada. Os Institutos de Aposentadoria e Pensões foram unificados sob a denominação de Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Desde a sua criação, o INPS foi gradativamente se agigantando, tanto em termos do número de segurados, quanto em termos de recursos financeiros administrados. Em 1971 criou-se o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL), administrado pelo Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), que estendia benefícios previdenciários aos trabalhadores rurais. A LOPS, em 1960, já instituíra a cobertura previdenciária ao trabalhador do campo, sem estabelecer, no entanto, os mecanismos para o seu financiamento, o que ocasionou a não concretização do direito legalmente previsto (MEDINA, 2009).

Monteiro (2002) relata que fato semelhante ocorreu com os trabalhadores autônomos, que somente foram amparados pelo sistema previdenciário brasileiro, de fato, em 1973, com o advento da Lei nº 5.890. Os empregados domésticos, por sua vez, foram inseridos no sistema em 1972, através da Lei nº 5.859. Estava configurada, assim, a ampla cobertura da previdência social brasileira, pelo menos formalmente. E, indicador estatístico de cobertura da população economicamente ativa saltou de 27%, em 1970, para 87% em 1980.

No ano de 1974 surge o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), a partir do desmembramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social. O MPAS fica com a responsabilidade de elaborar e executar as políticas de previdência e de assistência médica e social. Em 1977 institui-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), ficando as diversas funções do sistema previdenciário a cargo de entidades específicas, novas ou reformuladas. Assim, ao já existente INPS foi atribuída exclusivamente a parte referente à

concessão e à manutenção de benefícios previdenciários. A prestação de assistência médica ficou a cargo de uma nova autarquia, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (FERNANDES, 2008).

Outra autarquia, o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), surgiu com a finalidade de promover a gestão administrativa, financeira e patrimonial do sistema. A assistência social às populações carentes ficou a cargo da Legião Brasileira de Assistência (LBA), que teve as suas atribuições reformuladas. Além dessas entidades, integravam o SINPAS a Fundação Nacional do Bem-estar do Menor (FUNABEM), a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) e a Central de Medicamentos (CEME) (FERNANDES, 2008).

A partir de 1981, a ocorrência de déficits crescentes nas contas da previdência no Brasil foi a principal característica da chamada crise financeira da Previdência Social. A partir de 1977, a tendência de déficit já se configurava, sobretudo devido à desaceleração do ritmo de crescimento do emprego, que acarretava queda da receita previdenciária. Ainda assim, essa queda conseguia ser compensada pela contenção da despesa, mantendo o sistema em equilíbrio até 1980. A recessão verificada a partir de 1981 acabou provocando, além da queda real das contribuições previdenciárias dos autônomos e assalariados, um significativo aumento da sonegação por parte dos empregadores, inclusive das empresas públicas.

Tavares; Ibrahim; Vieira (2004) citam que a proteção social do servidor público contra infortúnios evoluiu na história constitucional brasileira a partir de um sistema de natureza assistencial, no qual não havia obrigatoriedade de contribuição social e cuja previsão normativa data da Constituição de 1891, até um regime tipicamente previdenciário, em que a fruição de benefícios decorre da filiação obrigatória baseada na investidura em cargo público efetivo e do pagamento de contribuição. A primeira da República brasileira foi a pioneira na utilização da expressão aposentadoria, que era concedida aos funcionários públicos, em caso de invalidez no serviço da Nação (art. 75 da Constituição da República do Brasil/1891).

Silva (2002) considera que a origem do regime previdenciário dos servidores públicos brasileiros está vinculada à relação *pro labore facto*, em que o direito à aposentadoria não decorre da contribuição aportada ao regime, mas sim à vinculação do servidor ao ente público. Dessa forma, o servidor recebe a aposentadoria direto do Estado, ou seja:

O aposentado continua como servidor, somente alterando sua condição de ativo para inativo, passando a receber os proventos de inatividade diretamente do INSS. O sistema de aposentadorias e pensões do serviço público sempre esteve estruturado no Estatuto do Servidor Público Civil Federal, de 1952, que consolidou o princípio do *pro labore facto*, por meio do qual a aposentadoria é uma extensão da remuneração da atividade. Trata-se de um sistema contratual que historicamente não relacionava contribuições e benefícios.

A promulgação da atual Constituição Federal de 1988 veio consagrar o termo Seguridade Social no Brasil, definindo-o como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (art. 194, CFRB/88), três direitos sociais básicos, previstos no artigo 6º da Constituição (BRASIL, 2008).

A Seguridade Social passou a ser um sistema de direitos sob responsabilidade do Estado, com o objetivo de garantir o bem-estar e a justiça social. Foi criado o Orçamento da Seguridade Social, distinto do Orçamento Fiscal e do Orçamento de Investimentos das Estatais. A assistência social é um plano de proteção gratuita a pessoas necessitadas (arts. 203 e 204), enquanto a previdência social configura-se no texto constitucional como um seguro institucional público, contributivo e de filiação obrigatória (FERNANDES, 2008). Conforme comentado por Ibrahim (2002), os princípios constitucionais definidos para a seguridade social são:

- a) Universalidade de cobertura e atendimento implica dizer que qualquer pessoa pode participar da proteção social patrocinada pelo Estado, independente de contribuição, particularmente com relação aos serviços de saúde e à assistência social;
- b) Uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais à a partir da Constituição de 1988 não são mais permitidas distinções entre trabalhadores urbanos e rurais em termos de prestações previdenciárias;
- c) Seletividade e distributividade na prestação de benefícios e serviços, sendo que determinadas prestações são extensíveis somente a algumas parcelas da população devendo favorecer uma melhor distribuição de renda no país;
- d) Irredutibilidade do valor dos benefícios ficando impedida a redução do valor do benefício, além disso, o mesmo deve ter o seu valor atualizado periodicamente, de forma a manter o seu poder de compra;
- e) Eqüidade da participação no custeio, o que implica dizer que as contribuições para custeio do sistema devem ser instituídas de acordo com a capacidade econômica do contribuinte. Assim, as alíquotas de contribuição aplicadas sobre os salários dos trabalhadores empregados são progressivas, ou seja, aquele que ganha menos sofre um menor desconto sobre o seu salário;
- f) Diversidade da base do financiamento, sendo que através desse princípio, previne-se que oscilações circunstanciais venham a comprometer o equilíbrio financeiro do sistema, posto que a possibilidade de contar com diversas fontes propiciam uma maior segurança à obtenção de receitas;

Descrevem-se ainda outros princípios constitucionais para garantia da seguridade social, a saber:

- g) Gestão democrática e descentralizada mediante gestão quadripartite, com a participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo nos órgãos colegiados;
- h) Tríplice forma de custeio seguindo o modelo de custeio preconizado desde a Constituição de 1934, a atual Carta estabelece a forma tríplice de custeio, ou seja, o sistema deve ser financiado com recursos dos trabalhadores (segurados), dos empregadores e do próprio Estado;
- i) Preexistência do custeio em relação ao benefício, cujo princípio visa o equilíbrio financeiro do sistema ao definir que nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado sem a correspondente fonte de custeio total (IBRAHIM, 2002).

Com a nova definição dada pela Constituição de 1988, nota-se um crescimento no nível de cobertura do sistema previdenciário brasileiro. Desde 1991, por exemplo, obedecendo ao princípio da universalidade do sistema, ficou facultada a inscrição de qualquer cidadão com pelo menos 14 anos, independente do exercício de atividade remunerada. Dessa forma, estudantes, bolsistas e estagiários que prestam serviços a empresa, donas de casa e desempregados, dentre outros, passaram a ter o direito de cadastrar-se, facultativamente, como segurados do INSS, passando à condição de contribuintes do sistema e a fazerem jus aos benefícios legalmente previstos. Já aqueles que exerçam atividade remunerada, inclusive como trabalhador rural, autônomo e empresário, inclui-se no rol dos segurados obrigatórios do sistema (BRASIL, 2008).

O texto constitucional vigente garante proteção previdenciária a uma nova categoria de trabalhador: o segurado especial. Trata-se do pequeno produtor rural e do pescador artesanal, que não possuam empregados e que atuem em regime de economia familiar. Permite-se o auxílio eventual de terceiros, desde quando em condições de mútua colaboração, não existindo subordinação nem remuneração (BRASIL, 2008).

No entendimento de Bejgel; Barroso (2001), apesar da relativa ampliação do número de segurados observada nos últimos anos, o nível de proteção social dos trabalhadores brasileiros ainda pode ser considerado insuficiente, sobretudo com relação aos não-empregados. Em dezembro de 2000, a Constituição Federal da República Federativa do Brasil foi alterada pela Emenda Constitucional número 20, que estabelece as normas de transição da aposentadoria e modifica o sistema de previdência social. A partir desta emenda, iniciou-se a ampla

reforma da previdência, com as novas regras da aposentadoria para todos os trabalhadores. Desta maneira, alteraram todos os regimes que regulamentam as aposentadorias de trabalhadores públicos e privados. Em 1999, com aprovação do Regulamento da Previdência Social, decreto Nº 3048 de 06/05/99, amplamente modificado pelo decreto 3265 em 29/11/99, ficam estabelecidos os critérios e os tipos de aposentadoria os seus segurados.

Segundo Bejgel; Barroso (2001), os Servidores Públicos Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas e Federais, podem ser aposentados por:

- a) invalidez permanente, decorrente de acidente em serviço, moléstia profissional ou doenças graves, contagiosas ou incuráveis (tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira posterior ao ingresso no serviço público, hanseníase, cardiopatia grave, doença de Parkinson, paralisia irreversível e incapacitante, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados do mal de Paget (osteíte deformante), AIDS e outras que a lei indicar, com base na medicina especializada;
- b) compulsoriamente, aos setenta anos de idade;
- c) voluntariamente, aos trinta e cinco anos de serviço, se homem, e aos trinta, se mulher, com proventos integrais;
- d) aos trinta anos de efetivo exercício em funções de magistério, se professor, e vinte e cinco, se professora, com proventos integrais;
- e) aos trinta anos de serviço, se homem, e aos vinte e cinco, se mulher, com proventos proporcionais a esse tempo;
- f) aos sessenta e cinco anos de idade, se homem, e aos sessenta, se mulher, com proventos proporcionais ao tempo de serviço

Os referidos autores tornam claro que “para os trabalhadores da iniciativa privada, a aposentadoria é um benefício concedido aos trabalhadores vinculados ao Regulamento da Previdência Social, por invalidez, idade, tempo de contribuição especial”.

## 7 PREVISÃO LEGAL E A PROTEÇÃO AO TRABALHADOR PORTADOR DE CÂNCER

A legislação brasileira prevê garantias especiais para quem é portador de câncer ou neoplasias. Entre os benefícios e isenções indicados na legislação para os acometidos de doenças graves estão: aposentadoria por invalidez, auxílio doença, isenção de imposto de renda na aposentadoria, isenção de ICMS, IPI e IPVA na compra de carros adaptados, quitação de financiamento da casa própria.

Segundo o Ministério da Saúde, a aposentadoria por invalidez “é um benefício concedido ao trabalhador, depois de satisfeitas as condições legais e regulamentares, com sua passagem para a inatividade remunerada”. Pode ser solicitada pelo paciente com câncer desde que o doente seja considerado inapto para o trabalho. Uma vez cumprida, quando for o caso, a carência exigida, será devida ao segurado que, estando ou não em gozo de auxílio-doença, for considerado incapaz e insusceptível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, e ser-lhe-á paga enquanto permanecer nesta condição (BRASIL, 2008).

Para o Ministério da Saúde e de acordo com a previdência social, possui direito à aposentadoria por invalidez “o segurado que for considerado incapaz de trabalhar e não esteja sujeito à reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência”, conferindo este benefício às pessoas acometidas por doenças graves que importem diminuição em sua expectativa de vida, incluindo os casos de câncer (BRASIL, 2008). Os principais direitos estabelecidos pela Previdência Social são: “aposentadoria por tempo de serviço, aposentadoria por idade, aposentadoria por invalidez, aposentadoria especial, auxílio-doença, salário maternidade, auxílio acidente, salário família”. Os dependentes têm direito a pensão por morte e auxílio reclusão. Para fins de aposentadoria, Pinto; Windt; Céspedes (2008) informam que são contados como tempo de serviço, dentre outros:

O período de atividade remunerada abrangida pela previdência urbana e rural; o período de contribuição efetuada por segurado depois de ter deixado de exercer atividade remunerada; o período em que o segurado esteve recebendo auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez, entre períodos de atividade; o tempo de serviço militar; o período em que a segurada esteve recebendo salário-maternidade; o período de contribuição efetuada como segurado facultativo; o tempo de serviço público federal, estadual, do Distrito Federal ou municipal, inclusive o prestado a autarquia ou a sociedade de economia mista ou fundação constituída pelo Poder Público.



O artigo 203 da Constituição Federal, em seu inciso V, diz que o estado garantirá um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou tê-la provida por sua família, conforme dispuser a Lei. Por sua vez, a Lei 8.742, de 07/- de dezembro de 1993, chamada Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) veio dispor sobre a organização da Assistência Social, amparando as pessoas que não são contribuintes para a Previdência Social e que, em seu artigo 20, esclarece:

O benefício de prestação continuada é a garantia de 1 (um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 (setenta) anos ou mais e que não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família (BRASIL, 2008).

No parágrafo 2º da referida lei define-se como pessoa portadora de deficiência aquela incapacitada para o trabalho e para a vida independente. No parágrafo 3º, considera-se incapaz de prover a manutenção de pessoa deficiente ou idosa, a família cuja renda mensal per capita, seja inferior a ¼ (um quarto) do salário mínimo. Havia então a necessidade de regulamentar a Lei 8.742/93 (BRASIL, 2008).

De acordo com o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Decreto 1.744, de 08 de dezembro de 1995 fez a regulamentação, considerando as seguintes premissas:

a) Pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho em razões de anomalias ou lesões irreversíveis de natureza hereditária, congênitas ou adquiridas, que impeçam o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho; b) O benefício deverá ser requerido aos Postos de Benefícios do INSS ou pelos órgãos autorizados ou conveniados; c) A deficiência será comprovada mediante avaliação e laudo expedido por serviço que conte com equipe multiprofissional do SUS ou do INSS; d) O benefício deverá ser revisto a cada dois anos, para reavaliação das condições que lhe deram origem; e) Compete ao INSS expedir as instruções e instituir formulários e modelos de documentos necessários à operacionalização do benefício; f) Todos os laudos de avaliação para pessoa portadora de deficiência deverão ser supervisionados pela Perícia Médica do INSS; g) No caso de indeferimento do benefício, o interessado poderá recorrer ao Conselho de Recursos da Previdência Social (BRASIL, 1998).

O doente de câncer que sofre de deficiência ou com idade superior a 70 anos possui direito a uma renda mensal, desde que comprove a impossibilidade de garantir seu sustento e que a sua família também não tenha essa condição, não esteja vinculado a nenhum regime de previdência social e não receba benefício de espécie alguma. Mesmo em estado de internação, tanto o idoso como o deficiente possuem direito ao benefício (PINTO; WINDT; CÉSPEDES, 2008).

O amparo assistencial é intransferível, não gerando direito a pensão a herdeiros ou sucessores. O beneficiário não recebe 13º salário. A família é considerada incapaz de manter o doente quando a renda mensal de seus integrantes, dividida pelo número destes, é inferior a  $\frac{1}{4}$  (um quarto) do salário mínimo. Esse cálculo considera o número de pessoas que vivem no mesmo domicílio: “o cônjuge, o(a) companheiro(a), os pais, os filhos e irmãos não emancipados de qualquer condição, menores de 21 anos ou inválidos”. Para solicitar o benefício, o doente deve fazer exame médico pericial no INSS e conseguir o Laudo Médico que comprove sua deficiência (GARCIA, 2006).

Segundo Garcia (2006) a renda mensal deverá ser revista a cada dois anos para avaliação das condições do doente e comprovação da permanência da situação de quando foi concedido o benefício. O pagamento do benefício cessa no momento em que ocorrer a recuperação da capacidade de trabalho ou em caso de morte do beneficiário, não dando direito aos dependentes de requerer o benefício de pensão por morte. A concessão de aposentadoria por invalidez dependerá da verificação mediante exame médico pericial a cargo da Previdência Social, podendo o segurado fazer-se acompanhar de médico de sua confiança.

De acordo com Zocchio (2008) a previdência social, possui direito ao benefício o segurado que for considerado incapaz de trabalhar e não esteja sujeito à reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, independente de estar recebendo ou não o auxílio-doença. O doente de câncer terá direito ao benefício, independente do pagamento de 12 contribuições, desde que tenha a qualidade de segurado, isto é, que seja inscrito no Regime Geral de Previdência Social (INSS). Caso o segurado esteja recebendo o auxílio-doença, a aposentadoria por invalidez começará a ser paga a partir do dia imediato ao da cessação do auxílio-doença.

Quando o doente não estiver recebendo o auxílio-doença, o benefício começará a ser pago a partir do 16º dia de afastamento da atividade ou a partir da data da entrada do requerimento, se entre o afastamento e a entrada do requerimento decorrer mais de 30 dias. Para os trabalhadores autônomos, o benefício começará a ser pago a partir da data da entrada do requerimento, quando requerido após o 30º dia do afastamento da atividade. O benefício deixa de ser pago quando o segurado recupera a capacidade para o trabalho; quando volta

voluntariamente ao trabalho ou quando solicita e tem a concordância da perícia médica do INSS (HOSPITAL DO CÂNCER, 2009).

No entendimento de Somariva; Demo (2010) Auxílio-doença é o benefício mensal a que tem direito o segurado, “inscrito no Regime Geral de Previdência Social (INSS), quando fica incapaz para o trabalho (mesmo que temporariamente) em virtude de doença por mais de quinze dias consecutivos”. Desde que fique impossibilitado de trabalhar para seu sustento, o doente de câncer tem direito ao auxílio-doença. Os referidos autores ainda esclarecem que:

O auxílio-doença é devido a toda e qualquer categoria de segurado atingido por incapacidade laboral temporária por mais de 15 dias consecutivos, enquanto permanecer nessa condição, sendo que mesmo que o segurado não tenha requerido auxílio-doença, o INSS deve processar de ofício o benefício quando tiver ciência da incapacidade do segurado. É um benefício substitutivo do salário, possuindo natureza jurídica nitidamente alimentar. Justamente por isso, não poderá ser inferior ao salário mínimo (salvo nas situações em que o segurado exerce várias atividades, ficando doente apenas para uma delas).

Tal obrigatoriedade decorre de dispositivo constitucional que estabelece que nenhum benefício que substitua o salário de contribuição ou o rendimento do trabalho do segurado terá valor inferior ao salário-mínimo. Vale salientar que não há carência para o doente receber o benefício, desde que ele seja segurado do INSS. A incapacidade para o trabalho deve ser comprovada através de exame realizado pela perícia médica do INSS (SILVA, 2007).

O segurado empregado começa a receber o benefício a partir do 16º dia de afastamento da atividade. Já os demais segurados recebem a partir da data do início da incapacidade ou de entrada do requerimento, quando requerido após o 30º dia do afastamento da atividade. O segurado em gozo de auxílio-doença não pode exercer nova atividade profissional, sob pena de cancelamento do benefício. De outra parte, no caso de exercício concomitante de mais de uma atividade profissional diferente, ainda que vinculadas a regimes previdenciários diversos (PINTO; WINDT; CÉSPEDES, 2008).

Sendo constatada, pela perícia médica, a incapacidade permanente e insuscetibilidade de reabilitação para o exercício de apenas uma das atividades habitualmente desenvolvidas pelo segurado, este faz jus ao auxílio-doença indefinidamente, pois a aposentadoria por invalidez não pode ser concedida enquanto houver possibilidade de exercício de outra atividade laborativa. Desta forma, se nas várias atividades o segurado exercer a mesma atividade

profissional, será exigido de imediato o afastamento de todas. Ficando o segurado totalmente incapaz para o trabalho que desenvolvia, em função de acidente de qualquer natureza, deve ser reabilitado para outra função percebendo auxílio-doença, não se justificando a conversão em auxílio-acidente enquanto isso não ocorrer.

Por sua vez, Silva (2007) considera que a legislação previdenciária não menciona se a incapacidade deve ser total ou parcial. Na dúvida, a interpretação deve ser a favor do segurado, parte mais fraca na relação previdenciária. A incapacidade, portanto, pode ser parcial. Pode ocorrer, no entanto, do segurado exercer, nas várias atividades, a mesma profissão. Neste caso, será exigido de imediato o afastamento de todas. Caso o segurado exerça mais de uma atividade e venha a se incapacitar definitivamente para uma delas, deverá o auxílio-doença ser mantido indefinidamente, não cabendo sua transformação em aposentadoria por invalidez, enquanto essa incapacidade não se estender às demais atividades.

A legislação anterior preconizava que até 8 de agosto de 2005, o benefício auxílio-doença era concedido por prazo indeterminado, ou seja, o benefício seria devido enquanto houvesse a incapacidade que lhe deu origem. O segurado deveria, no entanto, dirigir-se a cada dois meses ao Instituto Nacional do Seguro Social para perícia médica, com intuito de averiguar se ainda existia ou não a incapacidade laborativa. A partir do dia 9 de agosto, o benefício do auxílio-doença passa a ser concedido apenas pelo tempo determinado pelo médico como necessário para a recuperação, com o objetivo de evitar que o segurado retorne a cada dois meses para nova perícia, sobrecarregando o INSS. Assim, o segurado considerado incapacitado temporariamente vai receber o benefício por um período determinado pelo médico perito como suficiente para a recuperação. Ao final do prazo, o pagamento será suspenso (MUSSI, 2005).

O segurado que não se considerar pronto para voltar ao trabalho, mesmo após o prazo, terá de marcar nova perícia para continuar recebendo o auxílio-doença. Com essa alteração, ficam os segurados em uma situação ainda mais vulnerável, já que ao final do prazo de cura estipulado pelo médico perito do INSS deverão retornar ao trabalho independentemente da situação em que se encontrem, devendo fazer outro requerimento.

O Hospital do Câncer (2009) ressalta que os doentes de câncer estão isentos do imposto de renda relativo aos rendimentos de aposentadoria, reforma e pensão,

inclusive as complementações. Mesmo os rendimentos de aposentadoria ou pensão recebidos acumuladamente não sofrem tributação, ficando isento o doente de câncer que recebeu os referidos rendimentos (Lei nº 7.713, de 1988, art. 6º, inciso XIV). Para solicitar a isenção, o doente deve procurar o órgão que paga a aposentadoria (INSS, Prefeitura, Estado, etc.) com requerimento e comprovar a doença mediante laudo pericial a ser emitido por serviço médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, sendo fixado prazo de validade do laudo pericial, nos casos passíveis de controle (Lei nº 9.250, de 1995, art. 30; art. 39, §§ 4º e 5º; art. 5º, §§ 1º e 2º, 2001) (INCA, 2004). Os documentos necessários para solicitar o benefício constam de:

Cópia do Laudo Histopatológico; Atestado médico que contenha: Diagnóstico expresso da doença; Código Internacional de Doenças; Menção ao Decreto nº 3000 de 25/03/99; Estágio clínico atual da doença e do doente; Carimbo legível do médico com o número do Conselho Regional de Medicina. Após a solicitação e realizada a perícia médica, caso o pedido seja aceito, a isenção de imposto de renda para os doentes aposentados é automática.

Vale lembrar que é importante saber que só terá direito ao pedido de isenção os doentes aposentados e que a isenção do ICMS – imposto estadual sobre operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestação de Serviços “é concedido em alguns Estados, já que cada um possui a sua própria legislação que regulamenta o imposto”. Assim, é necessário que o paciente com câncer confira na lei estadual se existe uma menção para a concessão de isenção do imposto na compra de veículos especialmente adaptados e adquiridos por deficientes físicos (SÃO PAULO, 2010).

Por sua vez, o IPI é o imposto federal sobre produtos industrializados. O direito à isenção ao doente de câncer apenas acontece quando este possui deficiência física nos membros superiores ou inferiores, impossibilitando o doente de dirigir veículos comuns. É necessário que o doente solicite ao médico os exames e o laudo médico que descrevam e comprovem a deficiência. Os veículos que podem ser adquiridos com isenção IPI são os automóveis de passageiros ou veículos de uso misto de fabricação nacional, movidos a combustível de origem renovável (INCA, 2004).

O referido autor também acrescenta que o veículo precisa apresentar características especiais, originais ou resultantes de adaptação, que permitam a adequada utilização do veículo por pessoas portadoras de deficiência física,

admitindo-se, entre tais características, o câmbio automático ou hidramático (acionado por sistema hidráulico) e a direção hidráulica. O IPI incidirá normalmente sobre quaisquer acessórios opcionais que não constituam equipamentos originais do veículo adquirido. O benefício somente poderá ser utilizado uma vez, exceto se o veículo tiver sido adquirido há mais de três anos, caso em que o benefício poderá ser utilizado uma segunda vez.

O IPVA é o imposto estadual referente à propriedade de veículos automotores. Cada Estado tem a sua própria legislação que regulamenta o imposto. O paciente deve conferir na lei do seu Estado se existe a regulamentação sobre a isenção do imposto a veículos especialmente adaptados e adquiridos por deficientes físicos. Caso o doente já tenha adquirido veículo anterior com isenção, o doente deve ter cópia do comprovante de Baixa de Isenção. Para o carro novo, o doente deverá providenciar uma cópia de nota fiscal da compra e requerimento do Registro Nacional de Veículos Automotores (RENAVAM), com a etiqueta da placa do veículo (HOSPITAL DO CÂNCER, 2009).

Para INCA (2004) outro benefício que o paciente com câncer tem direito diz respeito à quitação do financiamento da casa própria. O doente com invalidez total e permanente, que tenha sido causada por acidente ou doença, possui direito à quitação desde que esteja inapto para o trabalho e que a doença determinante da incapacidade tenha sido adquirida após a assinatura do contrato de compra do imóvel. Ao pagar as parcelas do imóvel financiado pelo Sistema Financeiro de Habitação (SFH), o proprietário também paga um seguro que lhe garante a quitação do imóvel em caso de invalidez ou morte. Em caso de invalidez, o seguro quita o valor correspondente ao que o doente deu para o financiamento. A entidade financeira que efetuou o financiamento do imóvel deve encaminhar os documentos necessários à seguradora responsável pelo seguro.

Segundo Pinto; Windt; Céspedes (2008) o FGTS pode ser retirado pelo trabalhador que tiver neoplasia ou pelo trabalhador que possuir dependente doente de câncer e, dentre os documentos a serem apresentados, citam-se:

Documento de identificação; carteira de trabalho; comprovante de inscrição no PIS/PASEP; original e cópia do laudo histopatológico (estudo microscópico de lesões orgânicas) ou anatomopatológico (estudo das alterações no organismo pela patologia), conforme o caso; atestado médico (validade do atestado médico é de 30 dias) que contenha: diagnóstico expresso da doença; código internacional de doenças; menção à Lei 8922 de 25/07/94; estágio clínico atual da doença e do doente; CRM e assinatura, sobre carimbo, do médico, comprovante de dependência, se for o caso.

O valor recebido será o saldo de todas as contas pertencentes ao trabalhador, inclusive a conta do atual contrato de trabalho. No caso de saque por câncer, persistindo os sintomas da doença, o saque na conta poderá ser efetuado enquanto houver saldo, sempre que forem apresentados os documentos necessários.

Sobre o PIS, o INCA (2004) esclarece que pode ser retirado na Caixa Econômica pelo trabalhador cadastrado que tiver neoplasia maligna ou o trabalhador que possuir dependente doente de câncer. Para efetuar o saque são necessários os seguintes documentos:

Comprovante de inscrição no PIS/PASEP; carteira de trabalho; documento de identificação; atestado médico fornecido pelo médico que acompanha o tratamento do doente. Também são necessárias as seguintes informações: diagnóstico expresso da doença; estágio clínico atual da doença/doente; CID; menção à Resolução 01/96, de 15/10/1996, do Conselho Diretor do Fundo de Participação PIS-PASEP; carimbo que identifique o nome/CRM do médico; cópia do exame histopatológico ou anatomopatológico que comprove o diagnóstico; comprovação da condição de dependência do doente, quando for o caso. O trabalhador receberá o saldo total de quotas e rendimentos.

A concessão da aposentadoria por invalidez só ocorrerá com o agravamento da doença ou com a invalidez posterior do paciente, declarada pelo médico perito do INSS. Essa ressalva é importante, uma vez que, para os pacientes com câncer que se inscreverem após o diagnóstico da doença, a aposentadoria por invalidez não será imediata. É necessário o agravamento do quadro clínico do paciente, comprovado por médico perito, de modo a ser declarado incapaz de exercer atividades profissionais.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que a saúde se constitui num bem legalmente tutelado e essencial à dignidade da pessoa humana. Portanto, a busca pelo direito a aposentadoria nos casos em que a saúde falta é o início da luta pela preservação da integridade física e moral do cidadão. O amparo apropriado é essencial para a melhoria da qualidade de vida. Assim sendo, não basta o Estado proclamar o reconhecimento de que a saúde é um bem legalmente protegido, mas, tornar-se essencial que, para além da simples declaração da norma jurídica, seja integralmente respeitada e plenamente garantida ao cidadão sua eficácia, atendendo as necessidades sociais.

Tentativas de criação de legislação especial para acidentes de trabalho foram acontecendo ao longo do tempo, mudando a concepção do acidente de trabalho e suas implicações à saúde do trabalhador, bem como sua inserção no processo de trabalho. Relatam-se as transformações ocorridas na Legislação Trabalhista, suas implicações e adequações com o intuito de maximizar a saúde do trabalhador. A partir de determinações legais os responsáveis pelos serviços médicos das empresas foram obrigados a se preocupar com os resultados de seus programas ocupacionais.

Com enfoque na legislação específica ao trabalhador, abordou-se a importância da assistência previdenciária e os recursos públicos direcionados para solucionar os conflitos relacionados ao seu gozo. Enraizada nos princípios do acesso universal e igualitário, discutiu-se as principais ações na prestação dos serviços relacionados à previdência, dentro do que preconiza a legislação prevista, tornando-se possível verificar que a legislação trabalhista avançou a passos largos a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, na qual as leis orgânicas foram se atualizando e resultaram em exigências legais transformadas em Portarias, Leis e Decretos que se modificaram com o objetivo de adequar a saúde do trabalhador ao ambiente de trabalho.

Entretanto, o pleno exercício da cidadania somente poderá ocorrer a partir de uma concepção moderna e democrática e, sobretudo, de uma concepção de acesso à justiça. De nada adiantará a legislação visando proporcionar o acesso dos menos favorecidos economicamente, a defesa do consumidor, a defesa do paciente portador de doenças graves, do idoso, da criança e do adolescente, entre outros direitos, sem que a tudo isso se relacione um primeiro princípio: *o da justiça social*.



## REFERÊNCIAS

AZAMBUJA, Eliana Pinho; KERBER, Nalú P. da Costa; KIRCHHOF, Ana Lúcia. A saúde do trabalhador na concepção de acadêmicos de enfermagem. **Rev. esc. Enferm.**, São Paulo, v.41, n.3, sept. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000300003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000300003&script=sci_arttext). Acesso em: 12 out. 2010.

BARBOSA FILHO, A.N. **Segurança do trabalho e gestão ambiental**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

BEJGEL, I.; BARROSO, W.J. O trabalhador do setor saúde, a legislação e seus direitos sociais. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 9, n. 2, jul./dez. 2001.

BISPO, Helenilson Santos. **O desafio da sustentabilidade dos regimes próprios da previdência social**: uma análise a partir da situação de oito municípios baianos. 2004. 199f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal das Bahia, Salvador, 2004. Disponível em: <[http://www.bibliotecadigital.ufba.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=1660](http://www.bibliotecadigital.ufba.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1660)>. Acesso em: 13 out. 2010.

\_\_\_\_\_. **A extinção da punibilidade nos crimes contra a previdência social e nos crimes contra a ordem tributária**: tratamentos distintos para bens jurídicos distintos. In: CONCURSO DE MONOGRAFIAS SOBRE ASSUNTOS TRIBUTÁRIOS – ANFIP “TRIBUTAÇÃO E CIDADANIA”, 1., 2010, [S.l.]. Disponível em: <[http://www.anfip.org.br/args-pdfs/mono\\_tributacao\\_cidadania\\_helenilson\\_04062010.pdf](http://www.anfip.org.br/args-pdfs/mono_tributacao_cidadania_helenilson_04062010.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Rio de Janeiro: Saraiva, 2008.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. **Controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro, RJ: INCA, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Legislação para portadores de SIDA – AIDS**. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <http://www.sindipetro.org.br/saude/sida-aids.htm>. Acesso em: 14 out. 2010.

FERNANDES, F.A.F. A competência administrativa concorrente do Ministério do Trabalho e Emprego e do Ministério da Saúde para a fiscalização das normas de medicina e segurança do trabalho. **Revista IOB: trabalhista e previdenciária**, v. 20, n. 231, set. 2008.

GARCIA, G.F.B. **Legislação de segurança e medicina do trabalho**. São Paulo: Método, 2007.

\_\_\_\_\_. **Meio ambiente do trabalho**: direito, segurança e medicina do trabalho. São Paulo: Método, 2006.

GUIMARÃES, L.A.M.; GRUBITS, S. **Série saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. v. 2.

HOSPITAL DO CÂNCER. **Direito do paciente**: LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social prevê amparo assistencial ao paciente idoso e ao deficiente. Uberaba, SP, 2009. Disponível em: < <http://www.hospitaldocancer.org.br>>. Acesso em 10 out. 2010.

IBRAHIM, F.Z. **Curso de direito previdenciário**. Rio de Janeiro: Impetus, 2002.

INCA. Ministério da Saúde. **Direitos sociais da pessoa com câncer**: orientações aos pacientes. Rio de Janeiro, RJ: INCA, 2009. 23p. il. color. Disponível em: < [http://capec.org.br/publicacoes/cartilha\\_direitos\\_paciente\\_oncologico.pdf](http://capec.org.br/publicacoes/cartilha_direitos_paciente_oncologico.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2010.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Direitos do paciente com câncer**. Brasília, DF, 2004. 22p. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/DireitosPacientesCancer.pdf>. Acesso em: 21 set. 2010.

LEATE, Helena Pedrini. **Legislação de segurança e medicina do trabalho**: manual prático. FIESP; CIESP, 2003. Disponível em: < [http://www.fiesp.com.br/download/legislacao/medicina\\_trabalho.pdf](http://www.fiesp.com.br/download/legislacao/medicina_trabalho.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2010.

MARQUES, R.M.; BATICH, M.; MENDES, A. Previdência social brasileira: um balanço da reforma. **Perspec.**, São Paulo, v.17, n.1, jan./mar. 2003.

MARTINS, S.P. **Direito da seguridade social**. São Paulo: Atlas, 2002.

MATTOS, I.E.; SAUAIA, N.; MENEZES, P.R. Padrão de mortalidade por câncer em trabalhadores eletricitários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan./fev. 2002.

MEDINA, D. A previdência social no contexto da seguridade social e da ordem social. **Revista do Tribunal Regional Federal da 1ª Região**, Brasília, v. 21, n. 9, set. 2009.

MENDES, R. **Patologia do trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2006.

MONTEIRO, J.C.S. **Desenhos institucionais e reforma da previdência social**. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIÊNCIA POLÍTICA, 3., Niterói, 2002. Disponível em: <http://www.cienciapolitica.org.br/encontro/estpol.htm>. Acesso em: 13 ago. 2010.

MUSSI, Cristiane Miziara. **O auxílio-doença**: as inovações trazidas pelo Decreto nº 5.545/2005 e as distorções referentes ao benefício. 2005. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7637>. Acesso em: 13 set. 2010.

NAFFAH FILHO, M. A relevância do câncer colorretal. **BEPA. Bol. epidemiol. paul.**, São Paulo, SP, v.6, n.68, ago. 2009.

OLIVEIRA, S.G. **Proteção jurídica à saúde do trabalhador**. 3. ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: LTr, 2001.

ORNÉLAS, W. A. Previdência social sem "Caixa-Preta": conjuntura social: reforma da previdência: mudanças e perspectivas. **MPAS**, Brasília, DF, v.11, n.1, p.7-10, jan./mar. 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reflinks.php?>>. Acesso em: 14 set. 2010.

PINTO, A.L.T.; WINDT, M.C.V.S.; CÉSPEDES, L. **Segurança e medicina do trabalho**. São Paulo: Saraiva, 2008.

RAMOS, Elisa Maria Rudge. **A Assistência Social no Brasil**. São Paulo: LGF, 2009. Disponível em: < <http://www.lfg.com.br/>>. Acesso em: 12 out. 2010.

SANTANA, J.P. História, saúde e seus trabalhadores: o contexto internacional e a construção da agenda brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, maio./jun. 2008.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Direitos do paciente com câncer**. [http://www.saude.sp.gov.br/content/cidadao\\_acesso\\_rapido\\_direitos\\_pacientes\\_com\\_cancer\\_direitos.mmp](http://www.saude.sp.gov.br/content/cidadao_acesso_rapido_direitos_pacientes_com_cancer_direitos.mmp). Acesso em: 23 set. 2010.

SILVA, D.G.P. **Regime de previdência social dos servidores públicos no Brasil**: perspectivas. 2002. Monografia (Especialização no V Master em Direção dos Sistemas de Seguridade Social) – Organização Iberoamericana de Seguridade Social, Brasília. Disponível em: <http://www.fundacaoanfip.org.br/monografias.htm>. Acesso em: 12 ago. 2010.

SILVA, Genecélia Ribeiro da. **A importância da efetivação da tutela antecipada nas ações de restabelecimento do auxílio-doença**. 2007. 74f. Monografia (Bacharel em Direito) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, SC, 2007. Disponível em: < <http://siaibib01.univali.br/pdf/>>. Acesso em: 14 set. 2010.

SOMARIVA, Maria Salute; DEMO, Roberto Luis Luchi. **Essência e desenvolvimento da incapacidade como fato jurídico-previdenciário e a rejeição da MP 242**. Rio Grande, 2010. Disponível em: < [http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=177](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=177)>. Acesso em: 12 out. 2010.

TAVARES, M.L.; IBRAHIM, F.Z.; VIEIRA, M.A.R. **Comentários à reforma da previdência**: EC no. 41/2003. Rio de Janeiro: Impetus, 2004.

TERRA FILHO, M.; KITAMURA, S. Câncer pleuropulmonar ocupacional. **J. bras. pneumol.** São Paulo, v.32, supl.2, maio. 2006. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132006000800011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132006000800011&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 set. 2010.

ZOCCHIO, A. **Como entender e cumprir as obrigações pertinentes à segurança e saúde no trabalho**: uma guia e um alerta para os agentes de chefia das empresas. 2. ed. São Paulo: LTr, 2008.