



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO / CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO

Márcia Cristina Kamei López Aliaga

**Uma visão integrativa da Saúde do Trabalhador e da Segurança e Saúde no
Trabalho: A COVID-19 nos ambientes de trabalho**

Florianópolis

2023

Márcia Cristina Kamei López Aliaga

**Uma visão integrativa da Saúde do Trabalhador e da Segurança e Saúde no
Trabalho: A COVID-19 nos ambientes de trabalho**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Direito Internacional e Sustentabilidade.

Orientadora: Prof. Norma Sueli Padilha, Dra.

Florianópolis

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pela autora, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Kamei López Aliaga, Márcia Cristina

Uma visão integrativa da Saúde do Trabalhador e da Segurança e Saúde no Trabalho : A COVID-19 nos ambientes de trabalho / Márcia Cristina Kamei López Aliaga ; orientadora, Norma Sueli Padilha , 2023.

230 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Jurídicas, Programa de Pós-Graduação em Direito, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Direito. 2. COVID-19. 3. integração dos sistemas ST e SST. 4. trabalho intersetorial de inspeção do trabalho e de vigilância em saúde do trabalhador. I. Padilha , Norma Sueli. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Direito. III. Título.

Márcia Cristina Kamei López Aliaga

**Uma visão integrativa da Saúde do Trabalhador e da Segurança e Saúde no
Trabalho: A COVID-19 nos ambientes de trabalho**

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 05 de maio de 2023, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Ronaldo Lima dos Santos, Dr.

Universidade de São Paulo

Profa. Ana Virginia Moreira Gomes, Dra.

Universidade de Fortaleza

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestra em Direito.

Prof. Cláudio Macedo de Souza, Dr.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Profa. Norma Sueli Padilha, Dra.

Orientadora

Florianópolis, 2023.

Aos meus pais, Pedro Kamei e Kimiko Kamei, que em sua passagem pela vida terrena me ensinaram com muito amor e simplicidade, o valor do trabalho e do estudo. Ao meu marido, amor, companhia e companheiro de vida. Às nossas filhas, o melhor presente que a vida me deu.

AGRADECIMENTOS

A realização dessa pesquisa contou com o apoio de muitas pessoas e instituições que, direta ou indiretamente, contribuíram para que ele, enfim, se concretizasse. Compreendendo os riscos que nominar alguns pode acarretar nesse momento em que a falha na memória é certeza inarredável, mas valendo-me de sentimento de autoindulgência, resolvi assumi-lo, posto que injustiça maior cometeria não o fazendo. Assim, registro os especiais agradecimentos:

À Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e aos professores e servidores do Programa de Pós-Graduação em Direito, que tanto se dedicam a prestar apoio aos discentes e que, mesmo diante da pandemia, aceitaram os desafios impostos pelo período singular da crise, firmes em trilhar o caminho que leva ao conhecimento;

Ao Ministério Público do Trabalho, instituição que integro e que admiro, em especial aos integrantes do nosso Conselho Superior e ao Relator Subprocurador-Geral do Trabalho, Dr. Cristiano Paixão, ao Excelentíssimo Procurador-Geral do Trabalho, Dr. José de Lima Ramos Pereira, por me permitirem reservar alguns meses de dedicação a essa dissertação;

À minha orientadora, Professora Dra. Norma Sueli Padilha, pessoa essencial para a minha formação como pesquisadora, pelos ensinamentos transmitidos, pela confiança e generosidade, por conseguir enxergar e decifrar o que da minha experiência profissional poderia ter valor e interesse acadêmico e que eu, em minha ansiedade e ignorância, não conseguia perceber;

Ao Professor Dr. Ronaldo Lima dos Santos, que tanto me incentivou a ingressar no caminho da pesquisa acadêmica, e que no processo de qualificação tanto contribuiu para clarear as minhas ideias;

À Professora Dra. Ana Virgínia Moreira Gomes, que integrou o processo de qualificação, pelos comentários e contribuições que foram essenciais para que os ajustes, muito necessários, fossem feitos e que a pesquisa se desenvolvesse;

Aos colegas do GT COVID-19 do Ministério Público do Trabalho, pelo companheirismo, pelos momentos de reflexão, alegrias e tristezas que juntos vivenciamos, pela generosidade em compartilhar tanto conhecimento;

Ao Ministro Alberto Bastos Balazeiro, que quando ocupante do cargo de Procurador-Geral do Trabalho, confiou a mim e aos colegas Ileana Neiva Mousinho e Ronaldo Lima dos Santos, a coordenação do GT COVID-19 do MPT, oportunizando experiência de vida que levaram a profundas reflexões sobre nosso sistema de proteção à saúde do trabalhador. Aos dois últimos amigos, gratidão por compartilharem comigo não apenas ideias, mas ideais, por não me deixarem sucumbir em momentos de profundo pesar e por tanto contribuírem com seu conhecimento e sabedoria para o desenvolvimento desta pesquisa;

Aos meus colegas de Coordenação Nacional da CODEMAT/MPT, Luciano Lima Leivas, meu grande companheiro e irmão de MPT e Cirlene Luiza Zimmermann, amiga querida com quem compartilho a paixão pelo nosso ofício, minha gratidão pela generosidade de me proporcionar o afastamento necessário para essa escrita;

À equipe técnica que apoiou o GT COVID-19 do MPT, profissionais amigos por quem nutro profunda admiração não apenas pelo conhecimento científico, mas também pelo comprometimento com a defesa da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras e que me tanto auxiliaram nessa jornada, Dr. Marcos Oliveira Sabino, Dr. Gil Vicente Ricardi e Dra. Karen Friedrich;

Ao meu marido, Eduardo López Aliaga Kayo, meu companheiro de vida, não apenas pela paciência, mas pela parceria, por me incentivar a realizar meus sonhos não só por meio de palavras, mas com atos concretos, por acreditar em mim mais do que eu mesma consigo acreditar, por ser a minha fortaleza em momentos difíceis e, sobretudo, por seu amor incondicional;

Às minhas filhas, Luana e Laura, porque vocês dão mais cor e sentido à minha vida, porque com vocês entendi o que é rir e chorar de alegria e sentir amor tão intenso que antes eu não compreendia possível e, por isso, lutar para me tornar uma pessoa melhor, digna do amor que vocês plantaram no meu coração.

RESUMO

A pandemia da COVID-19, além de desvelar fragilidades sistêmicas escamoteadas ou invisibilizadas nos períodos de “normalidade”, constitui ponto observacional privilegiado para que se proceda à análise da resiliência de sistemas de proteção, testados em seu limite ao longo da crise. Uma das inconsistências reveladas durante a pandemia é a fragmentação excessiva de disciplinas naturalmente correlacionadas, como é o caso da Saúde, do Meio Ambiente e do Trabalho. A fragmentação é evidenciada na baixa interação entre os sistemas de proteção à saúde do trabalhador vigentes no Brasil, denominados Saúde do Trabalhador (ST), expoente da Saúde Pública, constitucionalmente previsto no art. 200, inciso II da Constituição, e Segurança e Medicina do Trabalho (SST), previsto no Capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), cuja maior expressão jurídica encontra-se consubstanciada no conjunto de Normas Regulamentadoras (NR) produzidas com fulcro no seu art. 200. A compartimentalização de saberes teve efeito pernicioso ao impedir que uma visão mais holística se impusesse para o enfrentamento dessa crise, refreando a adoção de medidas mais eficazes para controlar a disseminação do vírus SARS-CoV-2 nos ambientes de trabalho. Observa-se, assim, a necessidade de expansão do pensamento jurídico para uma visão ampliada de proteção da saúde do trabalhador(a). O objetivo deste trabalho, portanto, é compreender se a maior interação entre os sistemas de proteção pode proporcionar maior proteção à saúde dos trabalhadores; a pesquisa perquire se há espaços juridicamente afiançados para que o conjunto protetivo albergado pelas leis e pela Constituição possa operar, de modo a oferecer a proteção mais ampla e adequada em prol da saúde do(a) trabalhador(a), mesmo em situações cotidianas de gerenciamento dos riscos ambientais e no monitoramento da saúde de trabalhadores(as) nos ambientes laborais. Para responder às questões propostas, adotou-se abordagem qualitativa, tendo como métodos a pesquisa bibliográfica e documental. Realizou-se breve estudo dos impactos trazidos na proteção jurídica da saúde do(a) trabalhador(a) a partir da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que culminou na constitucionalização do direito a saúde, trazendo profundas mudanças no panorama da integração entre saúde, meio ambiente e trabalho. Com o panorama dado pela Constituição quanto às competências legislativas nas áreas de saúde, meio ambiente e trabalho, analisa-se as delimitações constitucionais e legais nas áreas de atuação da inspeção do trabalho e da vigilância em saúde do trabalhador, explorando espaços juridicamente hábeis a proporcionar a proteção integral da saúde. Ainda, analisa-se as repercussões do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de 2005, da Organização Mundial de Saúde (OMS), nos aspectos relacionados ao direito de emergência criado a partir desse instrumento internacional. A pesquisa confirmou a hipótese inicial de que a maior integração dos sistemas de proteção à saúde do trabalhador poderia ter colaborado no enfrentamento da crise sanitária, a partir de instrumentos de proteção vigentes. Apresentados os espaços jurídicos em que a interação entre esses sistemas pode se sustentar, buscou-se contribuir para o estudo dos possíveis caminhos em que o desenvolvimento de trabalho mais integrado entre as instituições pode contribuir para a construção de ambientes mais seguros e promotores da saúde dos(as) trabalhadores(as).

Palavras-chave: COVID-19; integração dos sistemas ST e SST; trabalho intersetorial de inspeção do trabalho e de vigilância em saúde do trabalhador.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic, in addition to revealing systemic weaknesses that were concealed or made invisible in periods of “normality”, is a privileged observational point for analyzing the resilience of protection systems, tested to their limits throughout the crisis. One of the inconsistencies revealed during the pandemic is the excessive fragmentation of naturally correlated disciplines, such as Health, Environment and Labour. The fragmentation is evidenced in the low interaction between the protection systems for workers' health in force in Brazil, called Worker's Health (ST), an exponent of Public Health, constitutionally provided for in art. 200, item II of the Constitution, and Occupational Safety and Medicine (SST), provided for in Chapter V of the Consolidation of Labor Laws (CLT), whose greatest legal expression is embodied in the set of Regulatory Norms (NR) produced with a focus on in your article. 200. The compartmentalization of knowledge had a pernicious effect by preventing a more holistic view from being imposed to face this crisis, curbing the adoption of more effective measures to control the spread of the SARS-CoV-2 virus in work environments. Thus, there is a need to expand legal thinking towards an expanded view of protecting workers' health. The objective of this work, therefore, is to understand whether greater interaction between protection systems can provide greater protection to workers' health; the research investigates whether there are legally secured spaces for the protective set housed by the laws and the Constitution to operate, in order to offer the broadest and most adequate protection in favor of the health of the worker, even in everyday situations of management of environmental risks and monitoring the health of workers in work environments. To answer the proposed questions, a qualitative approach was adopted, using bibliographical and documental research as methods. A brief study was carried out of the impacts brought on the legal protection of the health of the worker from the Brazilian Sanitary Reform (RSB), which culminated in the constitutionalization of the right to health, bringing profound changes in the panorama of integration between health, environment and work. With the panorama given by the Constitution regarding the legislative competences in the areas of health, environment and work, the constitutional and legal delimitations in the areas of performance of the inspection of the work and of the surveillance in worker's health are analyzed, exploring spaces legally able to provide comprehensive health protection. Furthermore, the repercussions of the International Health Regulations (IHR) of 2005, of the World Health Organization (WHO), are analyzed in aspects related to the right of emergency created from this international instrument. The research confirmed the initial hypothesis that greater integration of worker health protection systems could have collaborated in facing the health crisis, based on current protection instruments. Having presented the legal spaces in which the interaction between these systems can be sustained, we sought to contribute to the study of possible ways in which the development of more integrated work between institutions can contribute to the construction of safer environments that promote the health of workers.

Keywords: COVID-19; integration of ST and SST systems; intersectoral labor inspection and worker health surveillance work.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 MEIO AMBIENTE, SAÚDE E TRABALHO: O DESAFIO DA INTERDISCIPLINARIDADE.....	20
2.1 O SISTEMA ONU. TRABALHO, SAÚDE E MEIO AMBIENTE. A INTERDISCIPLINARIDADE NO SISTEMA INTERNACIONAL	23
2.1.1 Organização Internacional do Trabalho e a proteção da saúde e segurança dos trabalhadores e trabalhadoras.....	24
2.1.2 Organização Mundial da Saúde. Instrumentos normativos. Regulamento Sanitário Internacional.....	31
2.1.3 Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente.....	35
2.2 INTERDISCIPLINARIDADE E ATUAÇÃO CONJUNTA DE OIT, OMS E PNUMA	38
2.3 DA VISÃO MECANICISTA PARA A VISÃO HOLÍSTICA DA CIÊNCIA E DO DIREITO.....	41
2.4 MODELOS DE PROTEÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA.....	44
2.4.1 Da medicina do trabalho.....	45
2.4.2 Da Saúde Ocupacional.....	48
2.4.3 Saúde do Trabalhador.....	52
2.5 PORQUE ESTUDAR INTERDISCIPLINARIDADE E INTEGRAÇÃO DE SISTEMAS DE PROTEÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA SOB O ENFOQUE DA PANDEMIA DA COVID-19	55
3 EVOLUÇÃO DA PROTEÇÃO JURÍDICA À SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL.....	64
3.1 DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	64
3.2 A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E A SAÚDE DO TRABALHADOR.....	69

3.3 O DIREITO À SAÚDE E A SAÚDE DO TRABALHADOR NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL.....	75
3.4 O TRABALHO, A SAÚDE DO TRABALHADOR E O MEIO AMBIENTE DO TRABALHO: O PANORAMA DA INTEGRAÇÃO DEPOIS DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.....	78
3.5 COMPETÊNCIA LEGISLATIVA EM MATÉRIA DE TRABALHO E DE SAÚDE DO TRABALHADOR	83
3.6 INSPEÇÃO DO TRABALHO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR. DELIMITAÇÃO CONSTITUCIONAL E LEGAL DAS ATIVIDADES FISCALIZATÓRIAS	87
3.7 POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO (PNSST).97	
3.8 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA (PNSTT).....	101
4 PROTEÇÃO JURÍDICA INTEGRAL DA SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA: UMA VISÃO INTEGRATIVA ENTRE SAÚDE DO TRABALHADOR (ST) E SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR (SST)...	105
4.1 SAÚDE DO TRABALHADOR E VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	113
4.2 A LEI ORGÂNICA DA SAÚDE E OS DESAFIOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR	113
4.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	120
4.3.1 Vigilância epidemiológica.....	123
4.3.2 Vigilância sanitária	125
4.3.3 Vigilância em saúde ambiental	126
4.3.4 Vigilância em saúde do trabalhador	129
4.4 SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO E AS NORMAS REGULAMENTADORAS: INTERAÇÃO COM A SAÚDE PÚBLICA.	137
4.4.1 Norma Regulamentadora 1 – Gerenciamento de Riscos Ocupacionais. A COVID-19 como risco biológico nos ambientes de trabalho.....	143

4.4.2 Norma Regulamentadora 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional e as ações de vigilância	145
5 VISÃO INTEGRATIVA PARA A CONSTRUÇÃO DE SISTEMAS DE PROTEÇÃO RESILIENTES: A PANDEMIA DA COVID-19	154
5.1 O REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL E O DIREITO DE EMERGÊNCIA	157
5.1.1 O RSI e as repercussões no mundo do trabalho.....	168
5.2 RESILIÊNCIA E INTEGRAÇÃO SOB O ENFOQUE DA OIT	174
5.2.1 Quadros jurídicos nacionais de SST	175
5.2.2 Quadro institucional com competência em matéria de SST	180
5.2.3 Relevância do papel dos serviços de saúde no trabalho na integração dos sistemas de proteção.....	181
5.3 INTEGRAÇÃO DE SISTEMAS DE PROTEÇÃO NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19. PORTARIAS E NOTAS TÉCNICAS EDITADAS NA CRISE PANDÊMICA. INTERSETORIALIDADE?	186
5.3.1 Transmissão do vírus SARS-CoV-2 por aerossóis	193
5.3.2 Transmissão do vírus SARS-CoV-2 por infectados assintomáticos ou pré-sintomáticos	197
5.3.3 Estratégias de testagem em locais de trabalho.....	200
5.3.4 Ausência de previsão de vacinação	204
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	206
REFERÊNCIAS.....	211

1INTRODUÇÃO

O início do ano de 2020 certamente marcou a vida de todos os habitantes do planeta, com a pandemia da COVID-19. A ameaça de um vírus de transmissão respiratória, que já era conhecida e temida pelas organizações internacionais, concretizou-se por um zoovírus, ou seja, um vírus de origem animal que quebra a barreira entre as espécies e atinge os seres humanos, como ocorreu com o SARS-CoV-2. O surgimento de novo zoovírus já era esperado tendo em vista tanto a alteração e/ou perda da biodiversidade quanto o desequilíbrio ambiental, decorrentes da exploração predatória da natureza e das mudanças dos processos de trabalho, promovidas pela produção intensiva de alimentos, pelo desmatamento e pela criação em grandes proporções de animais para abate. Portanto, o surgimento de um novo vírus que contaminasse os seres humanos aliado à globalização sem precedentes na história da humanidade, que permite o cruzamento de fronteiras internacionais em questão de horas, poderia gerar uma crise sanitária sem precedentes (PNUMA, 2016). E assim aconteceu.

Em 31 de dezembro de 2019 o escritório da Organização Mundial da Saúde (OMS), integrante do Sistema da Organização Mundial de Saúde (ONU), foi oficialmente alertado a respeito dos casos de pneumonia ocorridos na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China, possivelmente causada por um coronavírus ainda não identificado em seres humanos. Os eventos que se seguiram ocorreram em velocidade máxima. Uma semana depois da comunicação, em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas identificaram o novo tipo de coronavírus que posteriormente recebeu o nome de SARS-CoV-2, o vírus responsável por causar a doença COVID-19 (OPAS, S.D.).

Em 6 de fevereiro de 2020, a OMS declarou a Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional (ESPII), a sexta ao longo da existência do novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI), editado em 1995. A sétima ESPII foi declarada em 2022, com a monkeypox (varíola dos macacos). Esse instrumento de emergência é acionado em casos de eventos extraordinários que possam representar risco à saúde pública de vários países em torno do globo terrestre, em razão da disseminação internacional da doença. A ESPII constitui o alerta máximo do RSI e exige que os países atentem para a necessidade de resposta internacional

coordenada, pois a ação ou inação inadequada de alguns pode colocar em risco a vida e a saúde de muitos ou de todos.

Em meados de março de 2020, publicação lançada pelo Imperial College, entidade de pesquisa que trabalha em colaboração com a OMS, trouxe as estimativas do impacto das intervenções não farmacêuticas para a redução da mortalidade de COVID-19 e a redução da demanda sobre os serviços de assistência à saúde (FERGUSON *et al.*, 2020). O estudo impactou a comunidade científica, elucidando que a transmissibilidade do vírus era muito semelhante ao da Gripe H1N1 de 1918, razão pela qual o histórico dessa crise foi a base de análise do estudo, que trouxe as projeções e modelagens matemáticas acerca dos impactos em caso de adoção ou não de intervenções não farmacêuticas, as chamadas medidas de supressão ou de mitigação, nelas consideradas as hipóteses de isolamento social, quarentena voluntária, distanciamento social das pessoas com idade superior a 70 anos, distanciamento social de toda a população e fechamento de escolas e universidades.

A finalidade, pois, foi trazer elementos para que as políticas sanitárias fossem desenhadas de molde a proteger a saúde da população, oferecendo tempo hábil para que os serviços de saúde se organizassem para o enfrentamento da crise. O estudo ainda pontuou que medidas de supressão de contato social por longos períodos podem não ser uma opção viável na maioria dos países, embora sejam efetivas para reduzir a demanda em hospitais e a mortalidade. De outra parte, a combinação de medidas de mitigação, como o isolamento e a quarentena, bem como a redução de contato com idosos e outras pessoas em condições de saúde que representassem mais risco, poderia trazer bons resultados.

O que se observou nas semanas seguintes, porém, revelou o despreparo da sociedade mundial para lidar com crises dessa natureza. O estudo do Imperial College, as declarações da OMS e os estudos feitos por diversas entidades de pesquisas ganharam os tabloides, a televisão, as redes sociais, as conversas entre amigos e grupos, cada qual com uma interpretação distinta acerca do enfrentamento da crise sanitária. A preocupação com as medidas supressivas, ganhou as páginas dos cadernos e as discussões com relação à economia.

Houve compartilhamento de informações científicas em velocidade nunca antes vista, o que foi um fator positivo para a pesquisa. Diversas revistas de renome franquearam o acesso irrestrito às publicações a respeito do tema e a *internet* facilitou

a troca de informações, aproximou pesquisadores, trouxe novas luzes para a pesquisa científica. Por outro lado, a malversação desses artigos inundou as redes sociais com as *fake news* e, com isso, a discussão ganhou outros rumos e se polarizou entre os que defendiam o isolamento total e os que, negando a gravidade da crise, legitimavam a normalização, ou seja, a inação diante da questão sanitária.

Assim, é possível afirmar que a vida de toda a população mundial foi, de alguma forma, afetada pela pandemia da COVID-19, de modo que o primeiro, e talvez o maior desafio da presente pesquisa, foi justamente o de delimitá-la. Foi somente após muita reflexão que se adotou a opção de trazer uma questão que, em verdade, incomoda a autora dessa dissertação há muitos anos: a existência de sistemas de proteção da segurança e da saúde de trabalhadores e de trabalhadoras que podem e devem receber um olhar mais integrado.

Nesse contexto, a observação do desenrolar da crise da pandemia acabou por trazer oportunidade valiosa no sentido de trazer a percepção de que eventos dessa natureza, que agitam toda a sociedade, mas que não revelam novos problemas; na verdade evidenciam os já existentes, aqueles que já permeiam a sociedade por anos sem ter merecido o devido cuidado, a exemplo de uma doença crônica que, por não merecer a atenção do “paciente”, acaba trazendo complicações ou efeitos colaterais indesejáveis no futuro.

Desse modo, é possível dizer que este estudo não cuida de aspectos específicos da pandemia da COVID-19, senão que a utiliza como pano de fundo para evidenciar problemas pré-existentes e não solucionados, fixando a pergunta-base da pesquisa: se e por quais formas uma maior integração dos sistemas de proteção da saúde do trabalhador e da trabalhadora no Brasil poderia ter auxiliado no enfrentamento da pandemia, que traduz o problema de pesquisa, cujo início foi no ano de 1988, com a promulgação da Constituição Federal. A Carta Cidadã, que tanto modificou os arranjos sociais no Brasil, trouxe à baila a necessidade de aproximação de temas como saúde, trabalho e meio ambiente. Essa inter-relação foi consubstanciada nos artigos 200, incisos II e VIII, e 225. Contudo, o mundo do trabalho ainda não se apropriou dessa mudança.

Isto porque a coexistência desses sistemas não se dá, infelizmente, de forma harmônica, tendo em vista que a interação efetiva entre saúde, trabalho e meio ambiente depende muito da atuação intersetorial e essa ainda não foi alcançada,

embora exista respaldo jurídico para que isso ocorra. Trata-se de fragilidade evidenciada em momentos de crise como a da pandemia da COVID-19, uma crise originariamente sanitária, em relação a qual a integração e o respeito aos preceitos sanitários foram ignorados pelo sistema de Segurança e Saúde do Trabalhador (SST), que no Brasil tem a sua maior expressão nas Normas Regulamentadoras (NR) elaboradas com fulcro no art. 200 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A falta de uma atuação sinérgica com base em uma visão mais integrada entre normas, regulamentos e diplomas legais relacionados à SST e à Saúde do Trabalhador (ST) se repetiu no curso da pandemia da COVID-19, o que pode ter prejudicado a execução de ações mais efetivas para o controle do vírus SARS-CoV-2 nos ambientes de trabalho.

Nesse passo, a hipótese levantada nesta pesquisa parte do pressuposto de que a maior integração dos sistemas de proteção à saúde do trabalhador poderia e deveria ter colaborado para um enfrentamento mais eficiente da crise sanitária da COVID-19. Dentro dessa limitação do problema e sua hipótese, firmou-se, como objetivo geral da pesquisa, qual seja, identificar espaços juridicamente alicerçados, para que o conjunto protetivo albergado pelas leis e pela Constituição Federal possa operar, de modo a oferecer a proteção mais ampla e adequada em prol da saúde do trabalhador e da trabalhadora brasileira.

A construção da primeira parte do trabalho terá como foco a exploração de desenvolvimentos teóricos, com objetivos específicos de analisar e apontar: [1] a inter-relação dos temas trabalho, saúde e meio ambiente e os desafios da sua interdisciplinaridade à luz dos preceitos preconizados por organizações internacionais integrantes da ONU; [2] a resiliência dos sistemas de ST e SST, colocados à prova durante a crise, permitindo que, sob o ponto de vista observacional, o olhar interdisciplinar e de integração se revelasse imprescindível; [3] a necessidade do pensamento jurídico tornar-se menos pautado na visão mecanicista-cartesiana e na soberania da propriedade privada e se expandir para uma visão mais holística; [4] a evolução histórica dos modelos de proteção à saúde do trabalhador, consolidados na medicina do trabalho, na saúde ocupacional e na saúde do trabalhador; [5] a evolução da proteção jurídica à saúde do trabalhador e da trabalhadora, a partir da Reforma Sanitária Brasileira, que incorporou preceitos relacionados à determinação social do

processo saúde-doença, introduzindo significativas mudanças na Constituição Federal.

A segunda parte do trabalho cuidará das mudanças ocorridas na saúde pública e na proteção da saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras brasileiras a partir da Constituição Federal de 1988 e nessa etapa da pesquisa, serão abordados: [6] o panorama da integração entre saúde, meio ambiente e trabalho após a CF/88, que fez alterações relevantes na competência legislativa dessas matérias; [7] as delimitações constitucionais e legais nas áreas de atuação da inspeção do trabalho e da vigilância em saúde do trabalhador; [8] as políticas nacionais voltadas para SST e ST e a sua inefetividade sob o prisma da integração; [9] a exploração de espaços juridicamente reconhecidos que podem proporcionar proteção integral à saúde do trabalhador e realçam as chances de um trabalho mais integrativo entre ST e SST; [10] o RSI, o direito de emergência e repercussões no mundo do trabalho, o que demanda uma visão mais integrativa; [11] a análise da resiliência do sistema de SST e a necessidade de integração e de trabalho intersetorial; [12] o estudo das portarias interministeriais e das notas técnicas do curso da pandemia, que revelam baixa integração dos sistemas de proteção e prejuízo aos trabalhadores.

A relevância deste trabalho está na identificação dos espaços jurídicos que possam tanto colaborar para a quebra de cadeias de transmissão em eventos pandêmicos quanto auxiliar no enfrentamento de novas crises. Estratégias nesse sentido devem contar com o respaldo do direito, para resguardar direitos assegurados constitucionalmente e para elevar o nível de proteção de saúde coletiva do trabalhador e da população em geral, pois tais estratégias, assim respaldadas, podem ser cruciais no enfrentamento de novas crises. Estas, infelizmente, tendem a ser mais frequentes nesse século, como vem sendo destacado pelo Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA) e por agências integrantes da ONU, como a OMS e a Organização Internacional do Trabalho (OIT). Considerando que a integração de sistemas de proteção à saúde do trabalhador pode auxiliar a importante tarefa de saúde pública, que, no mundo globalizado, deve ganhar relevo e valorização, eis que os riscos globais à saúde tendem a se intensificar. Este estudo, portanto, deve passar a integrar esse esforço de quebrar cadeias de transmissão, colaborando para a promoção da saúde não apenas de trabalhadores e trabalhadoras brasileiros, pois evidencia a necessidade de todos estarem irmanarmos em prol da saúde global.

2 MEIO AMBIENTE, SAÚDE E TRABALHO: O DESAFIO DA INTERDISCIPLINARIDADE

Ao longo da história, o trabalho, a saúde e o meio ambiente sempre tiveram seus caminhos entrelaçados porque cuidam de elementos que naturalmente interagem e que permitem a vida humana sobre o planeta Terra. No entanto, cada uma dessas disciplinas trilhou caminho próprio no seu posicionamento social e econômico, no desenvolvimento do conhecimento científico, bem como na construção de sua conformação jurídica.

A preocupação com a saúde enquanto ciência remonta desde a Grécia antiga, a partir das obras hipocráticas que já traziam detalhada descrição clínica de diversas doenças, razão pela qual foi atribuída a Hipócrates a “paternidade” da medicina. É interessante notar que, mesmo àquela época, não escapou ao olhar atento do médico a acurada observação da ação do ambiente e da alimentação (ALTMAN, 2014) no desenvolvimento de doenças. Foi em Roma, porém, que a saúde passou a ser preocupação pública, com medidas como a construção dos aquedutos e sistemas de evacuação de esgoto, o incentivo ao uso das termas para o cuidado com a saúde e a higiene pessoal e a contratação de médicos para atender a população mais pobre.

As epidemias, estudadas desde Hipócrates, também tiveram papel determinante nas medidas de saúde pública na Europa a partir do século XIV, quando a peste dizimou quase um terço da sua população. A determinação de resguardo de quarentena para os navios antes de adentrarem na área portuária, por exemplo, foi feita pela primeira vez em Veneza, revelando a influência das decisões de saúde pública sobre as questões econômicas e sociais.

A partir do século XVIII, o movimento higienista¹ começou a influenciar fortemente a saúde pública, promovendo mudanças significativas na sociedade (AITH,

¹ O higienismo cuida de doutrina preconizada por médicos e sanitaristas a partir do século XIX como meio para enfrentar os sucessivos surtos epidêmicos como tifo, varíola e tuberculose. Defendia-se que os padrões sociais de conduta e salubridade dos ambientes influenciavam na transmissão de doenças. Condutas higienistas passaram a ser defendidas, abarcando não apenas espaços públicos, mas também os privados, passando pelo comportamento social, cuidados sanitários, cuidado com as vestimentas e fiscalização da higiene. O movimento foi ainda impulsionado pela conclusão dos estudos de Koch e Pasteur, comprovando a origem microbiológica de doenças infecciosas e reforçando a necessidade de observância de hábitos de higiene. A Constituição Federal de 1934, no art. 138, alínea ‘f’, atribuiu à União, Estados e municípios a adoção de medidas administrativas e legislativas para assegurar a “higiene social”, para impedir “propagação das doenças transmissíveis”.

2017), estendendo seus domínios para o desenho urbanístico e para o comportamento social. Acrescente-se que a saúde pública ganhou novos contornos a partir das mudanças provocadas pela Revolução Industrial, quando o foco de atenção passa a ser a socialização do corpo “enquanto força de produção, força de trabalho” (AITH, 2017, p. 48).

É também no período industrial que a relação entre trabalho, saúde e meio ambiente sofreu significativa mudança no seu papel social, ainda que antes disso tal associação também não fosse ignorada. Antecedente à Revolução Industrial, Hipócrates já havia descrito sintomas de intoxicação por chumbo em um trabalhador mineiro por volta dos anos 400 a.C (FUNDACENTRO, 2004). O médico Bernardino Ramazzini, considerado o pai da Medicina do Trabalho, ressaltava ao final do século XVII, a necessidade de incorporar, na anamnese a ser realizada em trabalhadores doentes, a célebre pergunta: “Que arte exerce”? (RAMAZZINI, p. 296, 2016).

Embora a interconexão entre trabalho, saúde e ambiente já fosse percebida, foi mesmo a Revolução Industrial que provocou mudanças no modo de produção e no padrão de consumo. A partir desse período o trabalho e a forma de organização da força de trabalho a ganharam outra conotação social, com efeitos devastadores para então candente classe trabalhadora, impactada pelos baixos salários, pela redução da qualidade de vida e pelos efeitos no seu próprio corpo, o mesmo corpo que se traduzia na força de trabalho para as indústrias.

O período da Revolução Industrial acarretou outras grandes alterações, tais como a forte urbanização, as mudanças nos padrões de moradia, o adensamento populacional nas grandes cidades, acompanhada pela escassa preocupação com as condições de higiene e a exposição de trabalhadores a agentes nocivos à saúde, a exemplo do uso de agentes tóxicos na produção de mercadorias. Trouxe, portanto, forte impacto na saúde da população em geral, primeiramente de trabalhadores e, posteriormente, dos consumidores. Essas alterações influenciaram a área da saúde, na medida em que acarretaram crise sanitária sem precedentes.

O impacto sobre o meio ambiente não foi menor. O lançamento de rejeitos domésticos e industriais, sem qualquer tratamento, diretamente em rios, cujas águas eram posteriormente aproveitadas para consumo humano, trouxe degradação ao meio ambiente. Houve também a redução da qualidade do ar tendo em vista uso

indiscriminado do carvão, prejudicando a saúde de trabalhadores e da população em geral.

A ação antrópica, em toda a história da humanidade, sempre resultou em algum impacto na natureza. O desenvolvimento da agricultura, por exemplo, que possibilitou o abandono do nomadismo, o domínio do fogo e o seu uso para fins produtivos, deixou marcas da influência humana no ambiente natural com a redução de florestas para a formação de áreas de plantio. As grandes navegações e o processo de colonização levaram à extinção de espécies da flora e da fauna dos territórios colonizados, diante da exploração predatória de recursos naturais para o abastecimento do continente europeu.

Inegável, porém, que no capitalismo emergente da Revolução Industrial, com a adoção de novas tecnologias e, posteriormente, o uso dos combustíveis fósseis, acelerou sobremaneira os impactos no meio ambiente e na saúde humana e não humana. Além da degradação ambiental, desencadearam-se profundas mudanças na própria organização social, com a emergência da classe trabalhadora.

É possível afirmar que a preocupação com o impacto do trabalho na saúde dos trabalhadores chegou antes da atenção dispensada à questão ambiental. Isso porque os trabalhadores foram, logicamente, os primeiros afetados pela poluição gerada pela queima de carvão, pelas longas e exaustivas jornadas de trabalho. Mas é inconteste que a degradação do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho, e as consequências para a saúde dos trabalhadores e para a população em geral, na magnitude observada a partir da Revolução Industrial, tiveram nela a sua origem histórica.

Antes de tratar dos impactos da Revolução Industrial pelo viés do meio ambiente e do trabalho, cabe chamar a atenção para o fato de que a integridade e o equilíbrio ecológico, imperativos para a garantia de sobrevivência da espécie humana, vêm sendo impactados pela ação humana sobre meio ambiente desde os primórdios civilizações, em interações que, a depender da extensão e da magnitude, trazem consequências para a saúde humana e de outras espécies, levando algumas delas, inclusive, à extinção².

² Na obra “A Sexta Extinção” (2015) a jornalista e ganhadora do prêmio Pulitzer Elizabeth Kolbert traz interessante narrativa sobre a história das extinções em massa ocorridas no planeta Terra, discorrendo sobre o desenvolvimento científico do conceito e o papel do homem na aceleração e na frequência

Ocorre que todos os impactos até então causados pela ação humana foram aumentados em tipos e quantidades com o início da Revolução Industrial. E, por essa razão, todos esses fatores se revelaram suficientemente devastadores e incrivelmente inter-relacionados, não podendo mais ser ignorados. E pela mesma razão, o meio ambiente e o trabalho também passaram a ganhar atenção destacada, especialmente no final do século XVIII. Esses impactos na sociedade tiveram, por óbvio, repercussão na seara jurídica.

No plano da regulamentação internacional, trabalho, saúde e meio ambiente acabaram sendo abraçados pelo sistema da Organização das Nações Unidas, embora tenha lá chegado por caminhos distintos. A evolução da internacionalização desses direitos foge do objeto do presente estudo. Porém, com a finalidade de sistematização do desenvolvimento desses temas à luz do direito internacional, será discorrido brevemente a respeito da criação das organizações internacionais relacionadas a cada um desses temas, com destaque dos principais instrumentos normativos internacionais que serão invocados ao longo deste ensaio. Ademais, esse exercício auxilia a compreensão das razões pelas quais a interdisciplinaridade, conquanto desejável e essencialmente inerente a esses temas, acaba se tornando desafiadora, conquanto necessária.

2.1 O SISTEMA ONU. TRABALHO, SAÚDE E MEIO AMBIENTE. A INTERDISCIPLINARIDADE NO SISTEMA INTERNACIONAL

A Organização das Nações Unidas (ONU), que foi criada ao final da Segunda Guerra Mundial, no ano de 1945, sucedendo a antiga Liga das Nações, tem como finalidade a promoção da cooperação internacional para a manutenção da paz internacional e da segurança (ONU, 1945). Inicialmente fundada por 51 países, atualmente conta com 193 Estados Membros.

desses eventos. O fenômeno da extinção, que se acreditava lento e gradual à luz da Teoria da Seleção Natural de Darwin, sofreu alteração a partir do desenvolvimento de novas tecnologias que identificaram camada de irídio em estratos geológicos dos períodos Cretáceo e Paleogeno. Situando o desaparecimento dos pterossauros, das amonites e da maioria dos dinossauros entre esses dois períodos e sendo o irídio incomum na superfície terrestre, levantou-se a evidência de que o impacto de um meteoro poderia ter causado a extinção dessas espécies, desafiando a tese da Gradualidade. Atualmente, o temor recai sobre a ação humana, cujo estilo de vida, baseado no consumo desenfreado, introduziu um novo conceito geológico (Antropoceno) e ameaça a vida da sua própria espécie.

A estrutura organizacional da ONU abriga diversos programas, fundos e agências especializadas, os quais compõem o denominado Sistema ONU, e cada uma das instâncias desse Sistema desenvolve atividades em áreas específicas como saúde, agricultura, alimentação, aviação civil, trabalho, meio ambiente, navegação marítima. Cabe à ONU a coordenação do trabalho das entidades que integram a denominada “família ONU” e, a estas, cabe a tarefa de cooperação com a Organização para que os objetivos por ela traçados sejam alcançados. Trata-se de agências independentes e financiadas por contribuições voluntárias ou por taxações próprias (ONU, [s.d.]), mas que devem atuar em torno dos objetivos comuns, não podendo, portanto, empreender atividades dissonantes da própria ONU.

Convém apresentar brevemente o processo que levou à criação de três entidades de interesse para esse estudo, quais sejam, a Organização Internacional do Trabalho, a Organização Mundial da Saúde e o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente, bem como os respectivos normativos mais relevantes para as questões tratadas nesta dissertação. Cada uma dessas entidades teve origem em momentos históricos e conjunturas sociais distintos. Embora reste clara a interdisciplinaridade que emana desses temas, vez que as ações, atividades e intervenções em uma dessas áreas, não raro, têm repercussão nas demais ou delas são dependentes, tal condição muitas vezes escapa à percepção do mundo jurídico, reforçando a fragmentação prejudicial à efetivação de direitos. O importante é que o trabalho conjunto entre essas entidades tem se revelado cada vez mais frequente, demonstrando a relevância da visão interdisciplinar.

2.1.1 Organização Internacional do Trabalho e a proteção da saúde e segurança dos trabalhadores e trabalhadoras

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) foi a primeira dentre as três entidades em estudo a ser criada, sendo instituída em 1919, ao final da Primeira Grande Guerra, logo após o Tratado de Versailles. O seu nascimento, se deu ainda sob o pálio da Liga das Nações, precedendo, portanto, à própria criação da Organização das Nações Unidas (ONU), a qual passou a integrar somente em 1946 (PADILHA, DI PIETRO, 2017).

Há que se destacar que o momento histórico à época da criação da OIT era marcado por um incipiente sindicalismo internacional e pelos ideais revolucionários baseados na pujante doutrina marxista. Nesse contexto, sua constituição atendeu ao clamor de uma sociedade em polvorosa pelo surgimento de associações internacionais de trabalhadores e pelo fortalecimento dos sindicatos e de trabalhadores que passavam a questionar o modelo capitalista e liberal (ANJOS, 2014).³

A OIT, que é a única organização do sistema ONU com estrutura tripartida, havendo representação tanto dos empregadores quanto de trabalhadores que participam do processo de definição das políticas e dos programas endossados pela entidade (OIT, [2016]), desde a sua origem, revela a sua preocupação com as questões relacionadas à segurança e saúde dos trabalhadores. O preâmbulo da Constituição já enfatizava a necessidade de cuidar da “proteção dos trabalhadores contra doenças gerais ou profissionais e contra acidentes de trabalho” como um dos objetivos da entidade. Atualmente a OIT aponta que quase metade dos seus instrumentos lidam com a questão relacionada à saúde e à segurança no trabalho, o que revela a importância do tema⁴. Também a Declaração de Filadélfia ressalta a necessidade de buscar a “proteção adequada da vida e da saúde dos trabalhadores em todas as ocupações” (OIT, 1944).

Porém, na Declaração da OIT relativa aos Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho, adotada pela Conferência Internacional do Trabalho na sua 86ª Sessão, em 1998, ocasião em que os princípios fundamentais da organização foram

³ O Século XIX foi marcado por diversas tentativas de lançar olhar mais humanista sobre o trabalho. Atribui-se a Robert Owen, industrial inglês, a iniciativa de solicitar medidas de proteção aos trabalhadores, embora a justificativa para a adoção de uma visão mais humanista fosse a maior motivação para o trabalho e, conseqüentemente, a melhoria da produtividade e dos lucros. A tentativa foi repelida na Inglaterra, mas ressoou na Europa continental, onde outro industrial, Daniel Le Grand, entre os anos de 1838-1859, inspirado nas ideias de Robert Owen, apoia legislação progressista que propõe melhores condições de trabalho inclusive, sob o prisma de um direito internacional. Merece destaque a postura do “chanceler de ferro alemão” Bismarck, que a partir de 1881, impulsiona legislação social, inicialmente focada em leis de acidentes de trabalho, reconhecimento dos sindicatos, seguro doença, acidente ou invalidez, sob o argumento de que somente a “ação do Estado pode fazer oposição e neutralizar ideias revolucionárias” (ANJOS, 2014). Desse modo, não há como negar que, ao lado dos auspícios da Justiça Social, interesses econômicos claramente permeiam o Direito Internacional do Trabalho, o que fica claro da estruturação tripartite da OIT, única a contemplar, formalmente, a participação empresarial.

⁴ “The ILO has adopted more than 40 standards specifically dealing with occupational safety and health, as well as over 40 Codes of Practice. Nearly half of ILO instruments deal directly or indirectly with occupational safety and health issues” (OIT, [s.d.]).

reafirmados, a proteção à saúde e segurança dos trabalhadores deixou de ser incluída entre eles. Os princípios constitucionais nucleares da entidade foram restringidos a quatro: [1] liberdade sindical e reconhecimento efetivo do direito de negociação coletiva; [2] eliminação de todas as formas de trabalho forçado ou obrigatório; [3] a eliminação efetiva do trabalho infantil e a [4] eliminação da discriminação no emprego e na profissão (OIT, 1998).

A Declaração da OIT relativa aos Princípios e Direitos Fundamentais de 1998 deu sustentação à Declaração da OIT sobre Justiça Social para uma Globalização Justa, de 2016. Não obstante a proteção da saúde e da segurança dos trabalhadores e das trabalhadoras não estivesse incluída nos princípios e direitos fundamentais da Declaração de 1998, foram lembrados e inseridos no documento de 2016. Em seu item I-A, “ii”, nomeia as “condições de trabalho saudáveis e seguras” entre as que devem ser observadas para o desenvolvimento e reforço das medidas de proteção social – segurança social e proteção dos trabalhadores – sustentáveis e adaptadas às circunstâncias nacionais (OIT, 2016).

Durante a 106ª Sessão da Conferência Internacional do Trabalho no ano de 2017, tendo já passados quase 19 anos da Declaração da OIT relativa aos Princípios e Direitos Fundamentais de 1998, iniciou-se um movimento para corrigir a distorção e incluir o tema relacionado à saúde e à segurança nesse documento. Diversas razões foram apontadas pelo representante da União Europeia e dos seus Estados-membros para justificar a inserção, entre as quais o fato da temática estar relacionada com a vida, a saúde e a dignidade dos trabalhadores e trabalhadoras, que constituem o âmago da Declaração. Outra razão seria o fato de os temas relacionados à saúde e segurança no trabalho já estarem contemplados em muitos instrumentos internacionais sobre direitos humanos.

Na Declaração do Centenário da OIT para o Futuro do Trabalho, de 2019, considerou-se que “as condições de trabalho seguras e saudáveis são fundamentais para o trabalho digno”, em expressa referência ao tema. Assim, como encaminhamento da Conferência Internacional do Trabalho que aprovou a Declaração do Centenário (108ª Sessão), foi entregue uma solicitação ao Conselho de Administração para que fosse considerada a possível inclusão das condições de trabalho seguras e saudáveis no quadro da Declaração de 1998 (OIT, 2022)

A situação em que se encontrava o tema relacionado às condições de trabalho seguras e saudáveis na OIT, ora não sendo mencionado entre os princípios fundamentais da entidade, ora sendo incluído em documentos de alta relevância, conferia aparência de tratamento inconsistente por parte da entidade. Embora essa ilação não se confirme diante das previsões expressas contidas na Constituição originária da OIT e na Declaração da Filadélfia, a situação só foi definitivamente aclarada no ano de 2022. Assim, na 110ª Conferência Internacional do Trabalho, o acréscimo do direito a um ambiente de trabalho seguro e saudável entre os Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho foi finalmente assegurado, corrigindo-se a aparente distorção. Desse modo, a segurança e a saúde no trabalho somam-se às outras quatro categorias supramencionadas de Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho, totalizando doravante cinco (OIT, 1998).

A inclusão do tema Saúde e Segurança entre os princípios da Declaração de 1998 resgata a relevância do tema, corrige a omissão que recobria o manto da inconsistência com relação à Constituição da OIT e, indubitavelmente, expressa a convicção da entidade de que a matéria “proporciona importantes benefícios humanos e econômicos e deve a par de um crescimento econômico inclusivo colocando assim, uma vez mais, o elemento humano no centro das políticas econômicas e sociais” (OIT, 2022a, p. 11).

Como consequência da ascensão do tema à Declaração sobre Princípios e Direitos Fundamentos do Trabalho, houve a necessidade de identificar, por consenso tripartite, duas Convenções Fundamentais que expressassem os direitos e princípios da matéria, assim como os deveres específicos. Desse modo, no que tange ao ambiente de trabalho seguro e saudável, foram indicadas a Convenção nº 155, de 1981 que cuida da Segurança e Saúde dos Trabalhadores, e a Convenção nº 187, de 2006, que trata do Quadro Promocional para a Segurança e Saúde no Trabalho, as quais passam a ser consideradas Convenções Fundamentais (OIT, 2022b).

Há repercussões práticas na ascensão à Declaração de 1998 em comento, especialmente quanto às Convenções Fundamentais não ratificadas. A partir da inclusão, cresce a responsabilidade da OIT em auxiliar os Membros a desenvolverem capacidades para o enfrentamento dos desafios subjacentes a essa matéria. Assim, todos os Membros, ainda que não tenham ratificado as Convenções Fundamentais,

têm o dever de respeitar, promover e realizar seus princípios (item 2 da Declaração da OIT relativa aos Princípios e Direitos Fundais no Trabalho).

No que tange às Convenções Fundamentais, passam a ter acompanhamento mais próximo da entidade, conforme previsto no anexo da Declaração de 1998, não sendo a ausência de ratificação pelo Membro condição para invocar a evasão de tal monitoramento. Merece destaque o fato de que Brasil, até o momento, não ratificou a Convenção nº 187. Contudo, diante da alteração desse quadro relatado, deve se sujeitar ao acompanhamento pela OIT⁵.

2.1.1.1 Convenções da OIT em Segurança e Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras

Conforme já mencionado, o estudo pormenorizado das Convenções da OIT não está entre os objetivos desta dissertação. Desse modo, restringir-se-á a tecer breves comentários sobre as Convenções Fundamentais apontadas na inclusão do princípio relacionado à Segurança e Saúde, eis que, de fato, expressam os fundamentos para o desenvolvimento de uma política nacional voltada para a proteção da saúde e da segurança do trabalhador e da trabalhadora. Também será abordada brevemente a Convenção nº 161, que trata dos Serviços de Saúde do Trabalho, a qual será revisitada ao longo desse ensaio, pois traz elementos valiosos para a vigilância da saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras nos ambientes de trabalho, tema que será tratado no Capítulo 3.

A **Convenção nº 155 da OIT** tem relevância para os estudos relacionados ao tema Segurança e Saúde no Trabalho, pois traz os contornos e os princípios que devem reger a matéria. Embora contemple definição de saúde mais restrita em relação à trazida no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que se refere à saúde como o estado de “completo bem-estar”, é certo que reconhece que ela não pode ser entendida como a mera ausência de doença, o que revela consonância com os preceitos da organização de saúde. É o que se depreende do tratamento dado em vários artigos.

⁵ O governo brasileiro, inicialmente, se opôs a inclusão do tema saúde e segurança no trabalho como princípio fundamental da Declaração de 1998 (HORA DO POVO, 2022). Porém, retrocedeu dessa posição por ocasião da 110ª Conferência da OIT, apoiando a proposta (OIT, 2022).

Logo no segundo artigo, a Convenção esclarece que a saúde, com relação ao trabalho, não deve ser compreendida apenas sob o enfoque dos elementos físicos, pois os mentais também devem ser abordados (Art. 2, alínea “e”). Ainda determina a instituição de uma política nacional voltada para a segurança e saúde dos trabalhadores e o meio ambiente de trabalho (Art. 4), delineando os seus contornos, quais sejam: coerência, efetividade e reexame periódico. Também estabelece a necessidade de sindicâncias quando da ocorrência de acidente do trabalho (Art. 11, alínea “d”) e, muito relevante, a possibilidade de o obreiro interromper o trabalho quando estiver diante de situação de trabalho que envolva perigo iminente e grave para sua vida ou sua saúde (Art. 13). Por fim, merece destaque a previsão do direito à informação (Art. 19), no que tange às ações a serem adotadas no nível de empresa (Parte IV).

Quanto à **Convenção nº 161**, que cuida dos Serviços de Saúde do Trabalho, não foi recepcionada enquanto Convenção Fundamental, não obstante seu caráter abrangente (OIT, 2022). Destaca-se dessa Convenção, o esclarecimento de que os serviços de saúde caracterizam as funções essencialmente preventivas a serem desenvolvidas pelos serviços voltados para zelar pelo estabelecimento e manutenção de um ambiente de trabalho seguro e saudável, que favoreça a proteção da saúde física e mental (Art. 1). Outro ponto ressaltado é o compromisso com a instituição progressiva desses serviços para todos trabalhadores, mesmo os do setor público e os cooperados de cooperativas de produção (Art. 3).

É relevante destacar o quanto prescrito no Artigo 15 da Convenção nº 161, que tem merecido pouca atenção. Esse dispositivo prevê que os serviços de saúde “devem ser informados dos casos de doença entre os trabalhadores e das faltas ao serviço por motivos de saúde, a fim de estarem aptos a identificar toda relação que possa haver entre as causas da doença ou da falta e os riscos à saúde que possam existir no local de trabalho” (OIT, 1985, p. 5). Note-se que qualquer falta por motivo de saúde deve ser comunicada a esses serviços. Não houve aqui qualquer restrição às doenças relacionadas ou não ao trabalho. Isso porque nem sempre é possível estabelecer o liame entre a doença que motivou a ausência ao trabalho e a atividade desenvolvida pelo trabalhador, sob o prisma da análise individualizadas da doença de *per sí*. Há a necessidade de comunicação para posterior verificação pelo serviço, medida salutar para a abordagem de vigilância em saúde nos ambientes de trabalho

eis que a avaliação do afastamento do trabalho, analisado sob a perspectiva do conjunto de afastamentos de um setor, de determinadas funções, por exemplo, pode conduzir ao estabelecimento da relação da doença com o trabalho (KAMEI LÓPEZ-ALIAGA *et al.*, 2021). Mais importante ainda, é que a identificação da relação de determinadas doenças com o trabalho abre a possibilidade de intervenção nos ambientes ou nos processos de trabalho de modo a prevenir o adoecimento de outros trabalhadores.

Tanto a Convenção nº 155 quanto a 161 foram ratificadas pelo Brasil e entraram em vigor em período anterior às alterações promovidas pelo § 3º do artigo 5º da Emenda Constitucional 45, de 30 de dezembro de 2004. A discussão jurídica em torno do procedimento de ratificação fica restrita ao patamar que as Convenções ocupam no nosso ordenamento jurídico. Assim, na esteira da decisão proferida pelo Supremo Tribunal Federal quando da discussão de questões relacionadas ao Pacto de São José da Costa Rica, no RE 466.343 (BRASIL, RE 466.343, 2008), que entrou em vigor no ano de 1992, as Convenções ora mencionadas são revestidas, no mínimo, de caráter de supralegalidade.⁶

No que concerne à **Convenção nº 187**, a situação é distinta, eis que ainda não ratificada pelo Brasil, o que não exime o país da submissão ao procedimento de acompanhamento da OIT, como já esclarecido no início da presente seção. A Convenção trata do Marco Promocional para a Segurança e a Saúde no Trabalho, enfatizando a caráter preventivo que deve animar todas as políticas e ações a serem criadas ou executadas, trazendo a ideia central da promoção da melhoria contínua em segurança e saúde no trabalho.

Para a consecução dos objetivos traçados, essa Convenção estabelece três frentes de atuação: [1] a elaboração de uma política nacional que promova um ambiente de trabalho seguro e saudável, pautado na cultura da prevenção, abrangendo a informação, a consulta e a formação; [2] o estabelecimento de um

⁶ Nessa decisão, o Ministro Relator Cezar Peluso rejeita a tese da legalidade ordinária. Destaca que vivemos em um “Estado Constitucional Cooperativo”, assim descrito por Peter Häberle, onde o Estado Constitucional não se pode voltar apenas para si mesmo, mas deve servir como referência para outros membros da comunidade. Assim, rejeita a tese da legalidade ordinária dos tratados e convenções internacionais, entendendo mais “consistente a interpretação que atribui a característica de supralegalidade aos tratados e convenções de direitos humanos”. Desse modo, os tratados sobre direitos humanos seriam infraconstitucionais, mas revestidos de “caráter especial em relação aos demais atos normativos internacionais, também seriam dotados de um atributo de supralegalidade”.

sistema nacional, garantidor da efetivação e implementação da política nacional por meio de leis, regulamentos e convenções coletivas, com a identificação de autoridades e órgãos responsáveis pela segurança e saúde no trabalho; e [3] um sistema de inspeção que assegure o cumprimento desses instrumentos normativos ou legislativos.

Para essa Convenção, o sistema também deve preconizar a cooperação entre a direção empresarial, os trabalhadores e seus representantes, elemento essencial para a prevenção. Nesse sentido, no ano de 2008, foi criada a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho, por meio da Portaria Interministerial nº 152, composta por representantes do Ministério da Previdência Social, Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Saúde. Também integraram a Comissão representantes dos trabalhadores, indicados pelas centrais sindicais mais representativas, e os representantes dos empregadores, indicados pelas Confederações empresariais. Foram atribuídas à Comissão as tarefas de avaliar e propor as medidas para a implementação da Convenção nº 187, assim como de revisar e ampliar a proposta da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Porém, decorridos quase quinze anos da instalação da Comissão, a Convenção nº 187 ainda não foi ratificada pelo Brasil.

2.1.2 Organização Mundial da Saúde. Instrumentos normativos. Regulamento Sanitário Internacional

A Organização Mundial de Saúde (OMS), por sua vez, foi estabelecida após a Segunda Grande Guerra. O processo da sua criação teve início na Conferência sobre Organização Internacional que ocorreu em São Francisco, Estados Unidos, no ano de 1945, cujo resultado foi a aprovação da Carta da Organização das Nações Unidas (ONU), tratado de constituição da própria Organização das Nações Unidas (ONU).

Nessa ocasião, a delegação brasileira, que tinha entre os seus integrantes o médico Geraldo Horácio de Paula Souza, então professor da Faculdade de Medicina de São Paulo e a delegação chinesa apresentaram proposta conjunta à Conferência de São Francisco requerendo a convocação de uma conferência internacional de saúde, a realizar-se com o propósito de criação de uma Organização Internacional da

Saúde e que estaria amalgamada a outras instituições nacionais ou internacionais já existentes ou que poderiam ser criadas posteriormente no domínio da saúde (VENTURA, 2013).

A OMS foi formalmente criada em 7 de junho de 1948, quando entrou em vigor a sua Constituição a partir da ratificação do décimo-sexto membro e em consonância com a previsão contida no artigo 57 da Carta da ONU⁷. No Brasil, a Constituição da OMS foi aprovada pelo Decreto Legislativo nº 6, de 14 de fevereiro de 1946 e promulgada pelo Decreto nº 26.042, de 17 de dezembro de 1945.

Da leitura do preâmbulo da Constituição da OMS extrai-se o conceito de saúde, estabelecido como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946, p. 1). Esse preâmbulo, considerado extremamente vanguardista, deixa claro que, para se atingir a saúde nele descrita, não há como enfatizar apenas os aspectos biológicos, fisiológicos ou mesmo psicológicos do ser humano. A compreensão do meio em que indivíduo está inserido, do homem enquanto ser social, com todas as interações sociais, políticas e econômicas, é essencial para se alcançar o maior nível possível de saúde objetivado pela organização. Destarte, deixa claro que não há como excluir o trabalho e o meio ambiente como fatores que influenciam na evolução ou na queda de indicadores de saúde de uma população.

Consolida-se a partir da criação da OMS e da sua Constituição, o conceito de saúde que ultrapassa a esfera individual e que interage necessariamente com aspectos econômicos e sociais de uma comunidade. Ademais, embora se reconheça que a saúde é responsabilidade do governo, não se alcançará o nível almejado na Constituição da OMS sem a integração com políticas sociais, razão pela qual a participação cidadã é estimulada, assim como a cooperação de organizações não governamentais. Outrossim, restou consignado que a diferença do nível de desenvolvimento dos povos pode representar riscos comuns, pelo que o compartilhamento de conhecimentos e benefícios também deve integrar a agenda da saúde.

⁷ Carta das Nações Unidas, promulgada pelo Decreto 19.841/1945: “Artigo 57. As várias organizações especializadas criadas por acordos intergovernamentais e com amplas responsabilidades internacionais, definidas nos seus estatutos, nos campos econômico, social, cultural, educacional, **de saúde** e conexos, serão vinculadas às Nações Unidas” (grifo nosso).

Como ocorre com as demais organizações internacionais que integram o Sistema ONU, a normatização da OMS se faz por meio de regulamentos, convenções e acordos. Quanto ao fato dos dois últimos prescindirem de valor cogente, sendo livre aos Estados-Membros utilizarem de sua discricionariedade para aceitá-los ou não para fim de internalização, torna evidente seu caráter *soft law*.

Desde a sua criação, a OMS aprovou apenas um acordo, a **Convenção-Quadro sobre Controle do Tabaco**, de 21 de maio de 2003, sendo importante ressaltar que, mesmo despida de caráter coercitivo, vêm influenciando regulações nacionais ao redor do mundo. O relatório global da OMS aponta para a tendência de queda a prevalência do uso do tabaco para o período de 2000-2025, sendo que o declínio tem se mostrado mais acentuado na Região das Américas, onde a taxa média de uso passou de 21% em 2010 para 16% em 2020 (OMS, 2021a).

A entidade, por meio da Assembleia Geral, pode expedir recomendações a qualquer Estado-membro, consoante previsto no artigo 23 da Constituição. As recomendações não têm pretensão de caráter vinculativo, objetivando a formação do costume internacional, atuando como verdadeiras fontes de pressão para a observância das convenções e das próprias recomendações da organização, por meio da produção de padrões técnicos e da disseminação de boas práticas (VENTURA, 2013). Busca-se, dessa forma, a aderência voluntária dos Estados, constituindo-se *soft law* extremamente efetiva. Exemplo dessa efetividade pode ser verificada na massiva adoção da Classificação Internacional das Doenças (CID), utilizada amplamente para propósitos epidemiológicos e administrativos. Isso ocorre no Brasil, por exemplo, onde a CID constitui exigência legal para a concessão de benefícios previdenciários.

Dentro do universo de produção normativa das organizações internacionais, destacam-se os atos unilaterais de regulamentação internacional, que derivam do próprio direito originário ou inicial correspondente à constituição da organização e, por isso, denominados direitos derivados. Esse poder regulamentador externo não é frequente, sendo a OMS uma das poucas organizações a detê-lo, na forma descrita nos artigos 21 e 22 da sua Constituição. Outras organizações que têm esse poder regulamentador externo são a Organização da Aviação Civil Internacional (OACI) e a Organização Meteorológica Mundial (OMM) (VENTURA, 2013; CARVALHO, 2017).

Por meio da peculiaridade normativa da qual a OMS é detentora, na forma prevista no artigo 19 da sua Constituição, os regulamentos aprovados em Assembleia Geral têm eficácia independente da aderência ou não do Estado-membro. Apenas a rejeição total ou a indicação de reservas dentro do prazo indicado na notificação é que permitirá ao Estado se desvencilhar dos termos previstos no regulamento, situação que fortalece o poder normativo da entidade.

Entende-se importante essa nota, pois é dessa característica cogente que se reveste o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), o qual prevê instrumentos valiosos para o presente estudo, como a declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), da qual se socorreu a OMS no caso da pandemia da Gripe H1N1, que inaugurou a lista das declarações de emergência, e também no caso da pandemia da COVID-19. É a ESPII, declarada pelo Diretor-Geral da OMS, que dispara o alerta global sobre uma doença, com recomendações a serem observadas pelos Estados-Membros.

Razões históricas e técnico-científicas justificam essa medida excepcional de vigência independente de ratificação. De acordo com Soares (2000), muitos diplomas internacionais previam o combate às doenças infecciosas transmissíveis, sem sucesso, pois tais instrumentos não eram aplicáveis uniformemente a todos os Estados:

Na verdade, a tarefa de uniformizar, em nível internacional, as normas técnicas sobre o combate às moléstias pestilenciais foi uma das primeiras urgências que a recém-instalada OMS teve de enfrentar, sobretudo à vista da situação calamitosa em que os serviços nacionais de saúde pública se encontravam na Europa e na Ásia, continentes nos quais as principais hostilidades bélicas se tinham desenrolado. Já nos referimos às epidemias de tifo e de todas aquelas doenças que acompanham situações calamitosas em nível mundial. Por outro lado, tão logo restabelecida a paz, do ponto de vista técnico, no que respeita a sua competência normativa em matéria sanitária internacional, a OMS se deparava com uma situação caótica, conforme bem descreveu o Prof. Claude-Henri Vignes, pois, na primeira metade do século XX, mais de 10 instrumentos internacionais, que estavam em vigor, tratavam praticamente das mesmas questões sanitárias, em diplomas normativos que não se revogavam reciprocamente, e, o que era mais embaraçoso, que não se aplicavam aos mesmos Estados, pelo fato de estes não serem partes, ao mesmo tempo, em todos aqueles diplomas internacionais [...] (SOARES, 2000, p. 79).

De acordo com Ventura (2013), a aplicabilidade imediata é compreensível pela própria natureza dos Regulamentos Sanitários Internacionais, pois tornar-se-iam

inúteis, eis que “ou são internacionais, e tendem a ser respeitados reciprocamente por todos os Estados do mundo, ou não podem existir”.

As necessidades de aplicação uniforme de medidas sanitárias entre os países, de fixação de critérios para quarentena para evitar a propagação internacional de doença, de adoção uniforme de nomenclatura relativa a doenças e causas de morte, e de rotulagem de produtos biológicos tornam defensável a vigência dos RSI independente de anuência expressa do Estado. Tendo em vista que microrganismos, e tampouco os terroristas, não respeitam as fronteiras políticas, é necessário frisar que o RSI também abarca questões envolvendo atentados e o uso de agentes biológicos para a execução de ações dessa natureza. Somente a aplicação internacional dos RSI é capaz de assegurar o trânsito de pessoas e bens com a mínima segurança.⁸

O RSI, por sua vez, traz disposições que acabam por afetar o cotidiano de toda a sociedade, notadamente em períodos de crise pandêmica, pois traça as medidas de saúde que devem ser adotadas para o trânsito e contatos entre pessoas, bagagens, cargas, meios de transportes, entre outras. Afeta, indubitavelmente, a dimensão trabalho, razão pela qual nos debruçaremos sobre a matéria no último capítulo dessa dissertação.

2.1.3 Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente

Desses três temas, o ambiental foi o último a ingressar no Sistema das Nações Unidas. No final da década de 1960, a partir da mobilização social diante da constatação de que o avanço tecnológico, a evolução científica e os modos de produção vinham impactando negativamente o ambiente e a qualidade de vida, foi aprovada a convocação para a Conferência das Nações Unidas voltada para esse debate.

Note-se que, ao contrário da origem histórica da OIT e da OMS, a entidade que cuida das questões relacionadas ao meio ambiente não foi criada em um contexto de pós-guerra, mas sim, em meio à guerra fria, que trazia consigo a preocupação com

⁸ No Capítulo 5 retomaremos o tema relacionado aos RSI e suas repercussões no ordenamento jurídico nacional.

a ameaça nuclear. Desse modo, a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano, ocorrida em 1972, constituiu, indubitavelmente, o marco histórico na luta dos movimentos ambientalistas e teve como resultado a Declaração de Estocolmo e a criação do Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA) em inglês, *United Nations Environmental Programme* (UNEP). A Conferência também trouxe como resultado a Declaração sobre o Meio Ambiente Humano, também conhecida como a Declaração de Estocolmo de 1972 e que é considerada o documento que registra, pode-se assim dizer, o início do Direito Internacional Ambiental (PADILHA, 2010).

A concepção de um Direito Ambiental Internacional caminhou ao lado do surgimento do movimento de justiça ambiental. Embora a preocupação com questões ambientais seja antiga, remontando ao final do século XIX com a aceleração do processo de industrialização e urbanização, tinha à época caráter marcadamente utilitarista e antropocêntrico, no sentido de buscar a conservação da natureza com a finalidade precípua de possibilitar a manutenção da exploração humana sobre esses recursos.

Apenas a partir dos anos 1960 é que se inicia o que se convencionou chamar de fase da preservação, decorrente dos movimentos de massa preocupados com o crescimento econômico, a tecnologia nuclear, a poluição transfronteiriça e os potenciais danos à saúde, especialmente das populações mais vulneráveis. A evolução desses movimentos, especialmente em sua fase inicial, teve como mola propulsora a preocupação com a saúde das comunidades que vinham sendo afetadas por contaminações tóxicas (DAROS, 2018).

É nesse contexto que, a despeito das pertinentes críticas ao Direito Ambiental Internacional vigente, é necessário reconhecer a influência benéfica nas legislações nacionais. Embora as declarações e acordos entabulados no âmbito do PNUMA tenham valor de *soft law*, pois despidos de caráter cogente, no entanto, contribuíram decisivamente para a incorporação de preceitos de proteção ao meio ambiente nas legislações nacionais.

A Declaração de Estocolmo sobre o Meio Ambiente Humano abriu espaço para que fossem reconhecidos diversos princípios protetivos, devido à sua finalidade de proteção do meio ambiente, tais como o princípio da prevenção (Princípio 6), o da responsabilidade humana para preservação do patrimônio natural (Princípio 4) e o

dever de cooperação entre os Estados (Princípio 22), influenciando nas legislações nacionais, como ocorreu no Brasil, a partir da edição da Lei da Política Nacional do Meio Ambiente (Lei 6.938/81) e a elevação da proteção dos direitos e valores ecológicos no artigo 225 da Constituição Federal de 1988 (SARLET; FENSTERSEIFER, 2021).

Outro marco histórico relevante para o nosso estudo é a Declaração do Rio de Janeiro sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, de 1992, que consagrou no Princípio 15 o princípio da precaução, cuja origem está na legislação alemã dos anos 1970. O seu reconhecimento na Declaração do Rio abriu portas para a sua aceitação pela doutrina ambiental, inclusive a nacional, sendo invocado pela jurisprudência muito antes da sua incorporação formal no ordenamento jurídico brasileiro, por meio da Lei 11.105/2005 (Lei da Biossegurança). A partir desse princípio, que será revistado ao longo desse texto, a incerteza científica não pode ser invocada como motivo para inação quando houver dano potencial ao meio ambiente. Note-se que esse princípio também é reconhecido para a proteção saúde humana, norteador a criação de leis protetivas, como a Lei 11.934/2009, que cuida da exposição humana a campos elétricos, magnéticos e eletromagnéticos (SARLET; FENSTERSEIFER, 2021).

Além do princípio da precaução, muitas outras contribuições podem ser atribuídas à Declaração do Rio de 1992, como o Princípio 3, que estabelece que o desenvolvimento “deve ser exercido de modo a permitir que sejam atendidas equitativamente as necessidades de desenvolvimento e de meio ambiente das gerações presentes e futuras” (ONU, 1992, p. 3), estabelecendo as bases do desenvolvimento sustentável, que deve estar pautado na equidade intrageracional e intergeracional. Também de extrema relevância é a consagração do princípio do poluidor-pagador, Princípio 16 da Declaração do Rio de Janeiro de 1992.

Atualmente, é inegável o papel de destaque do PNUMA, em especial no que concerne à emergência climática e à tentativa de sensibilizar e buscar o compromisso social e político para a efetivação de ações concretas pelos Estados-membros no enfrentamento dessa crise global. Destacam-se, nesse contexto, os compromissos firmados no Acordo de Kyoto, em 1997, e, especialmente, no que o sucedeu, o Acordo de Paris, em 2015, ambos com o exposto propósito de refrear o aquecimento global, de molde a limitar o aquecimento a 1,5°C em comparação ao período pré-industrial.

No Acordo de Paris, restou estabelecer que as emissões de gases de efeito estufa teriam que parar de crescer em 2025 e cair 43% até 2030, o que demanda grande esforço global, e os países se comprometeram a estabelecer e cumprir metas para essa finalidade. A dificuldade, porém, é transformar compromissos em realidade. O sexto relatório do IPCC, editado em 2022, afirma que as emissões de gases de efeito estufa seguem aumentando, tornando mais distante o compromisso firmado em 2015.

2.2 INTERDISCIPLINARIDADE E ATUAÇÃO CONJUNTA DE OIT, OMS E PNUMA

Primeiramente, torna-se necessário assentar o que se compreende como interdisciplinaridade no contexto desta pesquisa. A interdisciplinaridade é normalmente invocada para tratar de problemas, temas ou objetos complexos para os quais não existem respostas suficientemente adequadas a partir da análise de uma disciplina específica. Não se trata de um método novo, mas uma estratégia para se buscar a compreensão, interpretação e explicação de temas complexos. Além disso, a interdisciplinaridade também pode ser invocada como uma “crítica à fragmentação do conhecimento e da prática científica” (LIMA, 2022, p. 10).

Nessa esteira, o breve introito realizado sobre as atribuições dos organismos internacionais supramencionados, claramente sem qualquer pretensão de esgotar a análise de suas funções no cenário global, teve a mera finalidade de evidenciar que a criação dessas entidades ou programas internacionais e a sua incorporação pelo Sistema ONU, tiveram o grande mérito de preencher lacunas na regulação das matérias trabalho, saúde e meio ambiente, possibilitando maior homogeneização do tratamento destes temas entre os países e estabelecendo patamares mínimos a serem seguidos.

A partir da criação desses entes internacionais exurgiu o direito internacional correspondente, que passou a influenciar o direito interno dos países-membros. Ainda que um dos fatores impulsionadores da regulação dessas entidades seja o ajuste dos custos de produção e a garantia de maior equilíbrio na competitividade entre os países no mercado internacional, é possível dizer que a regulação contribui para a melhoria dos patamares de proteção dos objetos relacionados a esses temas.

Embora integrantes do Sistema ONU, cada uma dessas entidades cria normas e regulamentações relacionadas a sua área de atuação específica, sendo excepcionais as iniciativas ou trabalhos conjuntos. Ou seja, a regra ainda é a visão fragmentada, sendo excepcional a interdisciplinaridade.

É de se ressaltar, porém, que o trabalho interdisciplinar e integrado não foge do escopo dessas organizações. No particular e tendo em vista o objeto do presente estudo, destaca-se o art. 2º, alínea 'i' da Constituição da OMS, que refere a promoção do “melhoramento da alimentação, da habitação, do saneamento, do recreio, das condições econômicas e de trabalho e de outros fatores de higiene do meio ambiente, a ser realizada em cooperação com outros organismos especializados” (OMS, 1946, p. 2), como função a ser desempenhada pela entidade para que seus objetivos venham a ser alcançados.

É nesse contexto que, tendo em conta a relevância do trabalho na determinação do processo de adoecimento da população, foi criado no ano de 2007 o Plano de Ação Global de Saúde dos Trabalhadores (OMS, 2007), aprovado por ocasião da 60ª Assembleia Mundial de Saúde. O objetivo do plano foi o de evidenciar situação que merece especial atenção dos Membros a partir de dados colhidos pela entidade, com a finalidade de sensibilizá-lo sobre a necessidade de elaborar políticas com foco na saúde do trabalho e que considerem esse tema na elaboração de outros planos e políticas correlatas. Para tanto, o documento traz os dados de base fornecidos pelos Estados participantes de pesquisa, a partir dos quais devem ser mensurados os progressos alcançados. Aponta, ainda, cinco objetivos principais: [1] a elaboração de uma política voltada para a saúde do trabalhador; [2] a promoção e proteção da saúde nos ambientes de trabalho; [3] a melhoria do desempenho e do acesso a serviços de saúde ocupacional; [4] a fornecimento de evidências para a ação; [5] a incorporação da saúde do trabalhador em outras políticas. Fica claro, pela leitura do documento e pelos dados apresentados, que não há como apartar a temática do trabalho quando se trata da saúde. O plano da OMS ressalta que metade da população mundial é economicamente ativa, passando no mínimo um terço do seu tempo nos locais de trabalho, o que ressalta a necessidade de políticas que considerem o trabalho na determinação da saúde da população.

Ainda sob o prisma das ações integradas, um dos exemplos frutíferos de trabalho cooperativo e integrado a ser mencionado é a comissão formada pela OIT e

a OMS, em 1950, denominada Comitê Misto OIT/OMS (em inglês, *Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health*), cuja criação foi recomendada já na primeira Assembleia da OMS, que ocorreu em 1948, em Genebra, na Suíça.

Do mesmo modo, é possível mencionar alguns documentos importantes para o tema da interdisciplinaridade, que revelam o trabalho mais próximo entre as três entidades internacionais. O primeiro deles cuida da Declaração de Saúde Ocupacional para Todos (WHO, 1994), lançado pela OMS em 1994, mas que foi elaborado com a participação e colaboração de representantes da OIT e do PNUMA. O preâmbulo da declaração reconhece a urgente necessidade de desenvolver a cultura da saúde ocupacional em um período de rápidas mudanças no trabalho, que afetam não apenas a saúde dos trabalhadores, mas também a saúde do meio ambiente em todos os países do mundo.

Outra iniciativa relevante reunindo as três entidades internacionais é o Programa Internacional em Segurança Química (PISQ), mais conhecido pela sigla em inglês IPCS, que foi criado em 1980, objetivando estabelecer bases científicas para promover o manejo seguro de químicos, artificiais ou naturais, bem como fortalecer as capacidades nacionais voltadas para a segurança química (FREITAS, et al., 2002). O IPCS tem contribuído para a melhoria dos sistemas voltados à proteção do trabalho com agentes químicos em todo mundo, trazendo as avaliações de risco à saúde e ao meio ambiente para alguns deles. Também incorpora a classificação de perigo proposta pelo Sistema Globalmente Harmonizado de Classificação e Rotulagem de Produtos Químicos (em inglês, *Globally Harmonized System of Classification and Labelling of Chemicals*) – GHS, consoante estabelecido na Convenção 170 da OIT. No Brasil, o sistema GHS foi adotado por meio da Portaria MTE nº 704/2011, provocando mudanças na Norma Regulamentadora 26, que cuida do tema.

No campo da normatização internacional, merece destaque o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966, promulgado no Brasil pelo Decreto nº 591/1992, no qual os temas saúde, trabalho e meio ambiente são mencionados em diversas partes, ressaltando-se o Artigo 12, que reconhece o direito de “toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental”. Outrossim, para assegurar o pleno exercício desse direito, medidas devem ser adotadas para “a melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente” (alínea 2, ‘b’) e a “prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas,

endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças” (alínea 2, ‘c’). A leitura desse dispositivo do Pacto permite inferir que os temas saúde, meio ambiente e trabalho tiveram tratamento integrado (ONU, 1966).

Os desafios contemporâneos alcançaram magnitude e complexidade tal que não permitirão a superação de problemas a partir da visão fragmentada. A necessidade de uma visão mais holística e interdisciplinar para o enfrentamento de sucessivas crises é embalada pela inexorável realidade da emergência climática; pela preocupação com a emergência de novas epidemias, especialmente as de origem zoonótica; pela necessidade de recuperação econômica mundial pautada em uma economia mais verde e que valorize os sistemas de saúde.

A interação e a interdisciplinaridade desses temas ficam mais claras a partir da análise dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, consubstanciados na Agenda 2030 da ONU. A análise pormenorizada dos 17 Objetivos traçados nessa Agenda não deixa margem para dúvida a respeito da correlação entre meio ambiente, trabalho e saúde. Tanto é assim que não se afigura possível alcançá-los renunciando a uma visão mais holística dos problemas e obstáculos que se colocam para a consecução de cada um desses objetivos.

Em suma, saúde, trabalho e meio ambiente são temas naturalmente correlacionados e o tratamento isolado de cada qual, seja na seara científica, social ou jurídica, pode se tornar obstáculo para se alcançar um mundo mais harmônico, saudável e pacificado para todos os habitantes do planeta Terra.

2.3 DA VISÃO MECANICISTA PARA A VISÃO HOLÍSTICA DA CIÊNCIA E DO DIREITO

Leis e normas são instrumentos importantíssimos para tornarem efetivos os anseios e as necessidades sociais de manutenção da paz na comunidade, além de trazer definição sobre a distribuição de justiça, sendo essenciais para assegurar o estado de direito. Porém, a mera existência desses instrumentos não garante que o resultado almejado será efetivamente alcançado, razão pela qual a profusão de leis e de normas é insuficiente para a eficácia dos direitos.

O pensamento jurídico e o padrão regulatório atuais tendem a seguir o modelo cartesiano que ainda domina o pensamento científico, como se fosse possível

compartimentalizar ou promover a decomposição dos problemas sociais, organizá-los em escala hierárquica, atribuindo-lhes expressão numérica valorativa, atacando-os em ordem de prioridade. Infelizmente, a complexidade dos problemas gerados pela sociedade de risco (BECK, 2011) não permite a manutenção dessa visão reducionista, pois os riscos são compartilhados em todos os segmentos sociais e de diferentes modos. Assim, há a necessidade de mudança de paradigma do pensamento jurídico, o qual deve caminhar em direção do pensamento sistêmico, que enxerga a vida em rede.

Capra e Mattei (2018) explicam que a visão mecanicista nem sempre foi imperativa na história das sociedades, mas floresceu a partir da Revolução Científica, nos séculos XVI e XVII, tendo em Galileu, Descartes e Newton seus grandes expoentes. Galileu preconizou que os estudos científicos deveriam se restringir àquilo que pudesse ser mensurado e quantificado, descartando as propriedades qualitativas e as impressões subjetivas. Descartes e Newton estenderam o reducionismo de Galileu para além do estudo da matéria, ampliando o foco nas quantidades para os fenômenos naturais e sociais.

Paralelamente à supressão da concepção holística acerca da natureza, desenvolveu-se pensamento semelhante no direito. A partir do Século XVII, John Locke e Thomas Hobbes propalaram os “dois grandes princípios organizadores da modernidade jurídica” (CAPRA; MATTEI, 2018, p. 31), quais sejam: [1] o direito de propriedade; e [2] a soberania do Estado. Essa combinação, juntamente com a fé inabalável no progresso tecnológico, permitiu que o avanço humano sobre a natureza se desse de forma ainda mais intensa.

Capra e Mattei (2018) explicam que o direito serviu de instrumento útil e essencial para a dominação humana da natureza, que passa a ser vista não como elemento essencial à vida, mas como pertencente à humanidade. O direito de propriedade, por sua vez, afasta a participação das pessoas e das comunidades no destino dos bens naturais que, anteriormente a essa visão hegemônica, eram considerados recursos comuns, denominados *commons*.⁹ Destaca-se o papel do direito nesse arranjo social:

⁹ Capra e Mattei definem *commons* como “bens, recursos ou espaços comuns a todos” e também ao direito de usar ou acessar de forma irrestrita esses bens e espaços comuns, como bosques, florestas, terras cultiváveis, pastagens, águas” (2018, nota de rodapé, p. 32).

Graças à ciência, nós conseguíamos entender a natureza; graças à tecnologia, nós podíamos transformá-la; e graças aos institutos jurídicos de propriedade e soberania, a essência da natureza poderia ser transformada em uma *commodity* (mercadoria), um objeto físico que os seres humanos teriam o direito inato de explorar ou “aperfeiçoar” (CAPRA; MATTEI, 2018, p. 33).

A interdisciplinaridade, embora valorizada na teoria, especialmente nos temas relacionados à proteção à saúde e segurança do trabalhador, raramente é praticada no cotidiano do chão de fábrica. O sistema jurídico e as demandas que chegam à Justiça do Trabalho são precipuamente voltados para indenizações, sendo relevadas as medidas de prevenção. A monetização da saúde do trabalhador ainda é uma realidade, muitas vezes preponderando sobre o aspecto preventivo, inclusive nos instrumentos regulatórios. E, não se observa a perspectiva de mudanças radicais nesse sistema, pois a reforma trabalhista e, corolário dessa, o processo de revisão das Normas Regulamentadoras (NRs) pouco contribuíram para a mudança desse cenário, o que será abordado nos próximos capítulos.

As mudanças necessárias são de difícil aceitação e implementação pois desafiam as estruturas que dominam o poder e que reforçam a imutabilidade Direito vigente, ao qual cumpre o precioso papel de manutenção do *status quo*. O Direito está enredado no que Leite e Silveira (2020, p. 105) chamam de “armadilha mecanicista”, que se trata de consequência do domínio do “capitalismo global, no qual os governos são fracos e as instituições fortes, levando a uma separação entre trabalho e capital, cuja propriedade privada conduz à concentração de poder e à exclusão, baseando a vigente estrutura jurídica”.

Entendemos que, diante do Direito vigente, cujas bases ainda estão ancoradas no direito de propriedade e na soberania nacional, caracterizado pela visão marcadamente mecanicista e cartesiana, é essencial encontrar e explorar espaços para que uma concepção mais holística da vida e dos problemas sociais possa prosperar. Sob esse prisma, epidemias e eventos como o da pandemia da COVID-19 tornam essa perspectiva ainda mais desafiadora, pois evidenciam a necessidade do olhar interdisciplinar e integrativo para a busca de soluções e caminhos que levem, ao menos, à mitigação de eventos complexos.

No Brasil, há que se atentar para as mudanças provocadas no ordenamento jurídico a partir da Constituição Federal de 1988, que incluiu o direito à vida, à saúde, ao trabalho entre os direitos fundamentais e, reconhecendo o meio ambiente equilibrado como essencial à sadia qualidade de vida, também o elevou a esse patamar. Não fosse o bastante, a Constituição ainda definiu o ponto de convergência entre esses direitos no art. 200, apontando que compete sistema único de saúde executar as ações de saúde do trabalhador, assim como as de vigilância sanitária e epidemiológica, além de colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Note-se, portanto, que a Carta Magna já trouxe o ponto de intersecção e convergência entre trabalho, saúde e meio ambiente, de modo que a integração, no caso brasileiro, já está constitucionalmente definida. Desse modo, tem-se que a abordagem holística tem na constituição o seu pilar de sustentação. A visão do leitor, portanto, depende mais das lentes utilizadas nessa tarefa, do que necessariamente pela ausência de suporte jurídico.

Assim, parcela significativa desse trabalho debruça-se sobre a proteção da saúde do trabalhador sob o prisma do Direito Sanitário, as interfaces com o Direito do Trabalho e o Direito ambiental, bem como as perspectivas para a integração dos sistemas de proteção existentes.

2.4 MODELOS DE PROTEÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Antes de adentrarmos no tema relacionado à proteção jurídica da saúde do trabalhador e a trabalhadora no Brasil, entende-se necessário conhecer e avaliar os principais modelos protetivos enquanto práticas e conceitos da medicina do trabalho, da higiene do trabalho e da saúde pública.

Para essa tarefa, socorre-se do expressivo artigo de revisão, publicado em 1991 na Revista de Saúde Pública, de autoria dos renomados professores René Mendes e Elizabeth Costa Dias, que o definem como ensaio, eis que a saúde do trabalhador, enquanto etapa ou modelo de proteção, cuidava de conceito em progresso.

O estudo, impactado pelos novos ventos soprados a partir da constitucionalização do direito à saúde no Brasil, traz preciosa análise da evolução da medicina do trabalho, passando pela saúde ocupacional, rumo à saúde do trabalhador. Além da identificação desses modelos protetivos, o estudo traz o contexto histórico, social, econômico e científico que conduziram o processo evolutivo.

Imperioso destacar que essa evolução não ocorre de forma linear, sendo certo que o nascimento de um novo modelo ou etapa não significa a superação da anterior, tornando possível observar-se a convivência desses diversos estágios em um mesmo período.

2.4.1 Da medicina do trabalho

A Revolução Industrial, como já abordado no capítulo anterior, operou transformações sociais e econômicas profundas, com reflexos no trabalho, na saúde da população e na relação do homem com o meio ambiente. Nessa época é que emergiu a preocupação com a saúde daqueles que laboravam nas fábricas, especialmente as mulheres e as crianças, pois aos homens eram atribuídas as duras, e não mais salubres, atividades da mineração.

Embora a Revolução Industrial tenha motivado uma maior preocupação com a saúde dos trabalhadores, dada a desumanização do processo de produção a que ela mesma deu causa, o foco da inquietação era a repercussão quanto à produtividade e à possível responsabilização empresarial. Nesse sentido, pede-se vênua para reproduzir a célebre resposta do médico inglês Robert Baker à pergunta formulada pelo proprietário de uma indústria têxtil, Robert Dernham, no ano de 1830, solicitando orientações a respeito do tema:

Coloque no interior da sua fábrica o seu próprio médico, que servirá de intermediário entre você, os seus trabalhadores e o público. Deixe-o visitar a fábrica, sala por sala, sempre que existam pessoas trabalhando, de maneira que ele possa verificar o efeito do trabalho sobre as pessoas. E se ele verificar que qualquer dos trabalhadores está sofrendo a influência de causas que possam ser prevenidas, a ele competirá fazer tal prevenção. Dessa forma você poderá dizer: meu médico é a minha defesa, pois a ele dei toda a minha autoridade no que diz respeito à proteção da saúde e das condições físicas dos meus operários; se algum deles vier a sofrer qualquer alteração da saúde, o médico unicamente é que deve ser responsabilizado (MENDES; DIAS, 1991, p. 341).

Ao final, o industrial contratou o médico, cuja fala é interessante, pois ilustra o fato da medicina do trabalho estar calcada na figura do médico, profissional da confiança do empresário, com disposição para defendê-lo. Desse modo, a prevenção dos danos à saúde no ambiente laboral tinha no médico o seu eixo central, assim como a ele era atribuída a responsabilidade por eventuais problemas de saúde, o que resguardaria a posição do empregador, que se despia de obrigações concernentes à saúde dos trabalhadores na medida em que promovia a contratação de profissional qualificado para essa finalidade (MENDES; DIAS, 1991).

Além de fazer emergir a preocupação com a saúde dos que trabalhavam nas fábricas, pelos motivos informados, foi também a partir da Revolução Industrial que se passou a desenhar o esboço da saúde pública, destacando-se o trabalho epidemiológico de John Snow, considerado o pai da epidemiologia.¹⁰ Posterior ao estudo de Snow, ocorreu o nascimento e a evolução da bacteriologia, a partir das descobertas de Louis Pasteur e Robert Koch, que identificaram a origem de doenças infecciosas a partir de microorganismos microscópicos.¹¹

É pertinente destacar, porém, que esses estudos, realizados ao longo do Século XIX, deram a bases da saúde pública, mas essa ainda era incipiente. Somente no início do Século XX é que os movimentos higienistas ganharam força e motivaram maior intervenção dos Estados em questões sanitárias, ainda que mantendo o foco

¹⁰ Ao realizar trabalho investigativo da epidemia de cólera em Londres, que incluiu a visitação a diversas residências na região da Golden Square, Snow avaliou a distribuição de óbitos e concluiu que aquelas que consumiam água da bomba localizada na Broad Street tinham índices superiores. Também observou que operários de uma cervejaria da região não contraíram a doença e que o estabelecimento tinha abastecimento próprio de água. Assim, concluiu que a água, e não o ar, como era sustentado pela teoria então corrente dos miasmas, era a responsável pela transmissão do cólera. A tese não foi aceita e seu mérito somente foi reconhecido muitos anos depois, com a ascensão da bacteriologia. O agente causador do cólera, o *vibrio cholerae*, somente foi descrito por Roberto Koch, cerca de 30 anos depois (MARQUES FILHO, 2012).

¹¹ A bacteriologia, cujos expoentes foram os bacteriologistas Louis Pasteur e Robert Koch, nasce a partir dos estudos desses cientistas no final do século XIX e trouxe verdadeira revolução na medicina, apontando que origem de doenças infecciosas era microscópica, superando dessa forma a teoria dos miasmas, que pregava que a transmissão dessas doenças se dava pelo odor fétido carregado pelo ar. Apenas no início do século XX é que a comunidade científica admitiu que a transmissão da peste se dava por ratos, que carregavam as pulgas que traziam o bacilo. Desse modo, os sanitaristas passam a apregoar que a higiene é o caminho para evitar a presença de ratos nas moradias. Inaugura-se, um novo período, denominado **higienista**, onde o foco passa a ser o indivíduo, em detrimento do ambiente social e político onde está inserido. Essa nova abordagem, que enaltece a adoção de hábitos de higiene e que promove a higienização das áreas urbanas, veio na esteira da evolução da bacteriologia. A perspectiva da higiene também fundamentou e deu as bases dos primórdios da saúde pública, com a criação de entidades internacionais como o Escritório Internacional de Higiene Pública, destacada predecessora da OMS e que foi a ela posteriormente incorporada, funcionando em Paris de 1907 a 1946 (CUETO, 2015).

na limpeza de áreas urbanas e no incentivo à adoção de hábitos de higiene. O fato é que a expansão do modelo de proteção pautado na medicina do trabalho ocorreu principalmente em meados do século XX, impulsionada pela OIT.

Os novos sistemas de produção industriais pregados pelo taylorismo e pelo fordismo, baseados na otimização do tempo, alavancaram a produção em série e o avanço do capitalismo, mas dependiam de mão de obra sadia e de controle do absenteísmo para garantir a produtividade. Desse modo, o médico do trabalho ganha papel de destaque na engrenagem fabril, pois “contribuía decisivamente no processo de seleção dos mais aptos e no atendimento dos pacientes nas dependências da própria empresa para que o trabalhador pudesse retornar, sem demora, à linha de montagem” (OLIVEIRA, 2011, p. 60).

Essa visão médico-centrada pode ser identificada na Recomendação 97 da OIT, editada no ano de 1953, na qual as medidas relacionadas à saúde estão diretamente voltadas à atividade médica (item II, que cuida dos exames médicos). Do mesmo modo, a Recomendação 112 da OIT, que cuida dos serviços de medicina do trabalho, designando como tais os serviços organizados nos locais de trabalho, cujas atribuições, a par de protegerem os trabalhadores dos riscos envolvidos no seu labor, também envolvem os cuidados com a “adaptação física e mental dos trabalhadores, em particular pela adequação do trabalho e pela sua colocação em lugares de trabalho correspondentes às suas aptidões”. A adaptação do trabalho ao trabalhador, conquanto expressada na Recomendação, cingia-se à avaliação médica na seleção de candidatos ao posto de trabalho, de molde a possibilitar a adaptação do trabalhador às condições de trabalho (MENDES; DIAS, 1991, p. 342).

Em suma, é possível concluir que as bases da medicina do trabalho, em sua origem, foram alicerçadas na visão mecanicista, voltadas mais para os objetivos da produção do que para a proteção da saúde do trabalhador. Além disso foi concebida sob o manto da propriedade privada, de forma que os problemas e as respectivas soluções ficam confinadas no espaço *intramuros* do estabelecimento fabril. Ademais, a ausência de um sistema de seguridade ou de uma saúde pública de base consistente que pudessem ofertar qualquer outra alternativa ao trabalhador adoecido, seja na área de previdência, assistência ou saúde, colaborou sobremaneira para que esse modelo se fortalecesse.

2.4.2 Da Saúde Ocupacional

Saúde ocupacional é termo que a OIT e a OMS adotaram desde 1950, no âmbito do Comitê Misto OIT/OMS sobre Saúde ocupacional. A definição que foi revisada nessa mesma instância no ano de 1995. A definição, conforme notícia *Occupational Health*, que consta no *site* da OIT, é a que se segue:

Saúde Ocupacional tem como objetivo a promoção e manutenção do mais elevado nível de bem estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as ocupações; prevenir todo o prejuízo causado à saúde destes pelas condições de trabalho; a proteção contra riscos resultantes da presença de agentes nocivos à saúde no trabalho; colocar e manter o trabalhador em um ambiente ocupacional adaptado às suas aptidões fisiológicas e psicológicas e, em resumo, a adaptação do trabalho ao homem e de cada homem ao seu ofício (OIT, [s.d.]).¹²

A questão da saúde ocupacional emergiu no contexto do pós-guerra, sob os reflexos econômicos, políticos e sociais trazidos pela II Guerra Mundial. A força de trabalho, já exaurida pela dedicação da produção voltada para os esforços da guerra, ainda era extremamente necessária para a reconstrução dos países no pós-guerra. A acentuada carência de mão de obra, por outro lado, contrastava com a perda de vidas por acidentes de trabalho e doenças do trabalho.

Merece atenção o impacto trazido pelas novas tecnologias industriais, com o uso de equipamentos criados ou aprimorados pela indústria bélica e o avanço do uso de novos químicos em escala industrial no pós-guerra. A complexidade para lidar com as consequências à saúde dos trabalhadores a partir da adoção dessas inovações aumentou consideravelmente no período, revelando as limitações da medicina do trabalho em cuidar dos problemas que surgiam. Essa situação trouxe imensa insatisfação aos trabalhadores, que se sentiam objeto das ações e se viam às voltas com a tarefa de promoverem rápida adaptação a produtos e sistemas de produção cujos riscos ainda eram desconhecidos (MENDES; DIAS, 1991).

¹² Tradução livre do original Occupational Health [internet]: Occupational health' should aim at: the promotion and maintenance of the highest degree of physical, mental and social well-being of workers in all occupations; the prevention among workers of departures from health caused by their working conditions; the protection of workers in their employment from risks resulting from factors adverse to health; the placing and maintenance of the worker in an occupational environment adapted to his physiological and psychological equipment, and, to summarize, the adaptation of work to man and of each man to his job" (OIT, [s.d.]).

Mendes e Dias (1991) explicam que o descontentamento não atingia apenas os trabalhadores, mas se estendia também aos empresários, frustrados em suas expectativas pois onerados pelos custos dos agravos à saúde dos empregados, com a perda de mão de obra e os consequentes impactos na produtividade além dos riscos de arcar com o pagamento de indenizações. Para os autores, na busca de solução para o impasse, a resposta veio na forma de intervenção sobre o ambiente e com a organização de equipes multiprofissionais, voltadas para o controle de riscos ambientais, com ênfase na higiene industrial.

Segundo esses autores (1991), compreender essa mudança de perspectiva é essencial, pois evidencia a alteração do foco de atenção, anteriormente centrada na figura do médico do trabalho e voltada para o próprio ambiente de trabalho. Sob o prisma da saúde ocupacional, se a solução vinha das prescrições médicas, a intervenção no ambiente, em tese e como consequência benéfica, lógica e natural, garantiria a saúde e segurança do trabalhador. Daí que os aspectos sociais e individuais que permeiam a vida do trabalhador e da trabalhadora deixam de ser considerados. A suposta relação “causal” que se estabelece nessa perspectiva considera apenas o ambiente e o indivíduo trabalhador, não o ser social, deixando clara a manutenção da visão mecanicista da qual se revestia, desde a sua concepção, a medicina do trabalho.

Para Mendes e Dias (1991) a mudança de perspectiva, anteriormente centrada no médico e passada para o ambiente, também provocou mudanças no mundo acadêmico, levando a saúde ocupacional a ocupar a posição de uma disciplina ou espécie de ramo da saúde ambiental, na qual são consideradas as interações entre o homem e o ambiente na avaliação e cuidados com a saúde. Por isso, eles destacam que essa tendência foi abraçada com entusiasmo pelo meio acadêmico, embora, em verdade, diversas escolas de saúde pública, a despeito da adoção da nomenclatura saúde ambiental/saúde ocupacional, centrassem os seus esforços em torno da higiene industrial, muitas vezes desprezando o enfoque médico e epidemiológico da relação trabalho-saúde, o que foi observado em diversas entidades da América do Norte. No Brasil, a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo criou um Departamento de Saúde Ambiental, à qual foi atrelada a área de Saúde Ocupacional.

Nessa mesma toada, houve a criação da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), pela Lei nº 5.161/1966, com maior envolvimento de instituições privadas e entidades públicas em trabalhos e pesquisas que têm como base a saúde ocupacional.

Além de seu acolhimento pelo meio acadêmico, a saúde ocupacional também se estendeu para a legislação. No ano de 1977, a Lei nº 6.514 promoveu alterações no Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à segurança e medicina do trabalho. A atribuição para estabelecer normas sobre aplicação dos preceitos de segurança e medicina do trabalho passou a ser incumbida a um órgão de âmbito nacional competente para a matéria (Artigo 155, CLT). Ao Ministério do Trabalho foi atribuída a tarefa de elaborar disposições complementares às normas previstas no Capítulo V (Artigo 200 da CLT). Da Portaria 3.214/1978 do então Ministério do Trabalho nasceram as primeiras Normas Regulamentadoras (NRs).

Embora o avanço da saúde ocupacional possa ser considerado benéfico sob o ponto de vista da institucionalização, da organização normativa e da maior atenção ao tema relacionado à segurança e à saúde do trabalhador, é importante e necessário ressaltar que o modelo também apresenta limitações.

Uma vez mais, vale a acurácia dos apontamentos feitos por Mendes e Dias (1991, p. 344):

Dentre os fatores que poderiam ser listados para explicar sua insuficiência, estão:

- o modelo mantém o referencial da medicina do trabalho firmado no mecanicismo;
- não concretiza o apelo à interdisciplinaridade: as atividades apenas se justapõem de maneira desarticulada e são dificultadas pelas lutas corporativas;
- a capacitação de recursos humanos, a produção de conhecimento e de tecnologia de intervenção não acompanham o ritmo da transformação dos processos de trabalho;
- o modelo, apesar de focar a questão no coletivo de trabalhadores, continua a abordá-los como "objeto" das ações de saúde;
- a manutenção da saúde ocupacional no âmbito do trabalho, em detrimento do setor saúde.

Desse modo, entende-se como primeiro fator limitante da saúde ocupacional a inafastabilidade do caráter mecanicista e cartesiano sobre os quais esse modelo protetivo ainda deita as suas bases. Isso se reflete no teor das Normas

Regulamentadoras, por exemplo, que costumam ser extremamente descritivas, às vezes, até taxativas e com foco claro na produção e não no indivíduo.

Em alguns eventos, como é o caso de critérios e padrões de monitoramento biológico ou no caso do estabelecimento de limites de tolerância, na forma prevista na NR 7 e na NR 15, os indicadores se revestem do verniz de verdade absoluta, em descompasso com a afirmação científica e social de que o homem médio, na vida real, não existe, cuidando de mera expressão matemática que pode auxiliar em pesquisas, mas que não pode ser utilizado como parâmetro para existência ou inexistência de risco ou de danos à saúde. Note-se que a visão mecanicista e cartesiana entranhada na concepção da saúde ocupacional, definitivamente, não se coaduna com a realidade da vida e, por vezes, coloca em risco a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras.

Outra limitação está na dificuldade da atuação interdisciplinar que considere o trabalhador não apenas sob os aspectos fisiológicos, mas também nas suas nuances psicológicas e socioeconômicas. Embora a NR 4, que prevê a constituição dos Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), cuja primeira edição se deu no ano de 1978, discipline a formação de equipes com especializações outras que a de medicina do trabalho, tais serviços estão longe de serem caracterizados pela multidisciplinaridade.

Isso porque a contratação está restrita aos profissionais médicos do trabalho, engenheiros do trabalho, enfermeiros do trabalho, atendentes e auxiliares de enfermagem do trabalho e técnicos em segurança do trabalho. Ora, sem nenhum demérito a essas profissões e aos profissionais que se dedicam a elas, pois são extremamente valiosos no cotidiano das atividades laborais que podem contar com seus serviços, não é possível afirmar que esse dimensionamento prima pela multidisciplinariedade. Basta observar que, na formação desses profissionais, é baixa ou nenhuma a interlocução com disciplinas relacionadas às ciências sociais ou ao campo da psicologia.

Desse modo, ainda que sob outra roupagem, a saúde ocupacional revela a força do seu referencial na medicina do trabalho, com pouca abertura para os outros ramos do conhecimento. Do mesmo modo, não observa a interação desse modelo com a saúde pública, tema que se abordará mais detidamente no próximo capítulo,

evidenciando, de forma clara, a preponderância da visão assentada na propriedade privada.

Também merece atenção a dificuldade e lentidão para a atualização das normas voltadas para a proteção dos trabalhadores, que dificilmente acompanham a evolução da tecnologia, o que também coloca em risco a saúde e a segurança dos obreiros.

Contudo, fator determinante a provocar a consciência da necessidade de mudanças nesse modelo, reside no fato da saúde ocupacional focar no ambiente e, somente indiretamente, no coletivo de trabalhadores, ignorando fatores inerentes à individualidade de cada ser humano. Os trabalhadores acabam por se tornar apenas objeto das ações apregoadas, não atuando nem como partícipes, nem como destinatários finais dessas ações.

2.4.3 Saúde do Trabalhador

A reação ao modelo cartesiano, mecanicista e pautado no dogma da propriedade privada então preconizado pelo modelo da saúde ocupacional, floresceu a partir dos pujantes movimentos sociais que se levantaram no final da década de 1960 e durante os anos de 1970, so que foi exemplo a Primavera de Paris de 1968, que inspirou os movimentos operários na França e também em outros países. Nos Estados Unidos, os horrores da Guerra do Vietnã chocaram a sociedade, dividindo as opiniões. A ocorrência de graves acidentes industriais ampliados, como o de Flixborough, no Reino Unido (1974), Seveso, na Itália (1976), Bhopal, na Índia, a explosão do oleoduto da Petrobrás, localizado na Vila Socó, em Cubatão/SP, no Brasil.

Destaque-se que os dois últimos eventos ocorreram no ano de 1984 e em países em desenvolvimento (KAMEI LÓPEZ-ALIAGA; PADILHA; LEIVAS, 2022), colaborando para trazer inquietações quanto aos riscos nas atividades laborais e, também, aos envolvidos na nova divisão internacional do trabalho, com a transferência de atividades mais poluidoras e “sujas” para os países em desenvolvimento (CASTLEMAN, 1979).

Assim, as incertezas passaram a ser alvo de debate público, provocando uma onda de questionamentos a respeito das aspirações sociais e humanas, da

manutenção ou expurgação dos valores que, pertencentes a uma sociedade conservadora, já não se coadunavam mais com a ressignificação do valor da liberdade, provocando profundas reflexões acerca do sentido do trabalho e da própria vida. A própria soberania estatal passou a ser objeto de questionamento e a maior participação social, objeto de reivindicação.

Na esteira das profundas mudanças aspiradas por esses movimentos, novas políticas sociais entraram em cena. Na Itália, a Lei 300, de 20 de maio de 1970, conhecida como “Estatuto dos Trabalhadores”, alterou significativamente a perspectiva da proteção à saúde do trabalhador, refutando o olhar monetarista, assegurando maior participação dos trabalhadores nos mecanismos de proteção à sua própria saúde, valorizando o saber operário, fomentando a realização de estudos e investigações independentes e não relegando a vigilância à saúde dos trabalhadores ao Estado (OLIVEIRA, 2011), trazendo inspiração e novas aspirações aos trabalhadores no Brasil.

Esse estado de ‘ebulição’ social também pode ser observado no campo da saúde, no qual a valorização extrema da medicalização foi questionada, provocando alteração no pensar do próprio processo saúde-doença, prosperando a convicção de que nele concorrem não apenas fatores biológicos, mas também sociais e econômicos. A teoria da determinação social no processo saúde-doença é enaltecida e a posição de centralidade do “trabalho – enquanto organizador da vida social – contribui para aumentar os questionamentos à medicina do trabalho e à saúde ocupacional” (MENDES; DIAS, 1991, p. 345).

Na área da saúde, ocorreu, no ano de 1978, o evento mais importante para a promoção da atenção primária à saúde, em Alma-Ata, então capital da República socialista Soviética do Cazaquistão, que culminou na histórica Declaração de Alma-Ata, que criou o mote “Saúde para todos no ano 2000”. A declaração representou também uma crítica à tecnologia orientada para as doenças, utilizando a expressão “tecnologia adequada”, tomando em consideração, para além da preocupação científica, a economicidade para favorecer a equidade, a fim de alcançar as necessidades dos mais pobres. Outra ideia veiculada na declaração foi a crítica ao elitismo e ao excesso de especialização profissional na área da saúde, enfatizando a colaboração com profissionais ou com o saber não médico e a maior participação da comunidade. Por fim, vinculou saúde ao desenvolvimento social, sendo a saúde uma

ferramenta para o desenvolvimento e não um subproduto do progresso econômico (CUETO, 2015).

A OIT não ficou imune a essa nova corrente de pensamento. No ano de 1976, foi lançado o programa Internacional para o Melhoramento das Condições e dos Ambientes de Trabalho (PIACT) que, sintonizado com o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente, (PNUMA) tinha o propósito de prestar assistência e impulsionar programas locais de melhoria das condições do meio ambiente de trabalho, assessorando trabalhadores, governos e empregadores” (PADILHA, 2010, p. 398).

Os estudos realizados no âmbito do PIACT subsidiaram a elaboração das Convenções nº 155 e 161 da OIT, que incorporaram preceitos fundamentais para o exercício de direitos pelos próprios trabalhadores, sendo possível mencionar tanto o direito à informação referente aos riscos e às medidas de controle nos ambientes de trabalho, aos resultados de exames médicos e às avaliações ambientais, quanto o direito de recusa de trabalho em condições de risco grave à saúde ou à vida.

O modelo de proteção focado na saúde do trabalho distingue-se fundamentalmente da saúde ocupacional, pois coloca o trabalhador como sujeito na construção do ambiente e dos processos de trabalho seguros e saudáveis, capazes de trazer melhoria à sua qualidade de vida. Para efetivar esse modelo, foi fundamental a construção de espaços dentro da saúde pública, de forma a incentivar o exercício de maior participação tanto desse novo sujeito quanto dos movimentos sindicais, possibilitando a construção de novos paradigmas de intervenção no processo saúde e doença.

A esses modelos ou etapas de proteção à saúde do trabalhador e da trabalhadora, Oliveira (2011) acrescenta uma nova etapa, a que denomina de qualidade de vida no trabalho, apontando que o termo vem sendo utilizado em diversos estudos e documentos internacionais. No Brasil, o termo “qualidade de vida” vêm sendo mencionado nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, sem se olvidar que também foi abraçado no art. 225 da Constituição Federal, que contempla o direito de todos “ao meio ambiente ecologicamente equilibrado” e a sua essencialidade para a “sadia qualidade de vida” (BRASIL, 1988).

Porém, é necessário destacar que o termo qualidade de vida no trabalho, o qual vem sendo conhecido pela sigla QVT, sofreu apropriação por corporações que passaram a nominar seus programas dessa forma, nada havendo de grave nessa

utilização, não fosse o fato de que o seu respectivo conteúdo padece de imprecisão, pois ora incorpora práticas que cuidam, em verdade, de processos e de qualidade do produto, ora incluem cuidados voltados ao indivíduo, preconizando a mudança de hábitos de vida, atribuindo ao próprio trabalhador a responsabilidade de adaptação da sua qualidade de vida, com vistas a otimizar a qualidade do trabalho (LACAZ, 2000).

A imprecisão e o uso por vezes leviano da terminologia, vez que a qualidade de vida deve estar relacionada diretamente ao sujeito desse direito e não ao produto de sua intervenção na natureza, não subtrai a essência do objetivo constitucional de zelar por ela. Assim, embora reconhecendo que a qualidade de vida no trabalho deve ser um objetivo a ser perseguido por todos os que operam nessa seara, para o objetivo desse estudo restringe-se aos três modelos de proteção aqui listados: medicina do trabalho, saúde ocupacional e saúde do trabalhador, com a justificativa de que tais modelos são os incorporados ao nosso ordenamento jurídico e a integração desses sistemas ou modelos ao objetivo desse estudo, ao final, é precipuamente jurídico.

Para melhor compreender o modelo de proteção focado na saúde do trabalhador e a necessidade de romper com o modelo hegemônico da saúde ocupacional, ainda pautado no mecanicismo, entende-se relevante breve comentário acerca da determinação social da saúde e o processo saúde-doença. A partir de estudos científicos houve a revisão do conhecimento acerca do processo saúde-doença, apontando para a necessidade de ir além dos aspectos biológicos e fisiológicos, considerando as influências históricas e sociais. O avanço no conhecimento científico, o movimento pela democratização do país e a ascensão dos movimentos sociais inspiraram o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), trazendo profundas alterações na legislação, nas normas e nas estratégias sanitárias, culminando na constitucionalização do direito à saúde no Brasil.

2.5 PORQUE ESTUDAR INTERDISCIPLINARIDADE E INTEGRAÇÃO DE SISTEMAS DE PROTEÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA SOB O ENFOQUE DA PANDEMIA DA COVID-19

A crise provocada pela pandemia da COVID-19, sem dúvida, fez-se sentir sobre todos os setores de todas as sociedades, sendo possível estudar os reflexos da pandemia nas relações sociais, nas relações familiares e afetivas, nas relações

econômicas, nas desigualdades sociais e no impacto aos grupos e povos vulneráveis, entre outras áreas. Palavras como endemias, surtos, epidemias e pandemias causam inquietação por si mesmas, ainda que não se saiba distinguir totalmente a extensão do mal de cada um desses eventos de enfermidade.¹³

As epidemias se destacam justamente por promoverem verdadeiro desarranjo na vida social, política e econômica, sendo-lhes inerente a condição perturbadora da ordem social. Nas palavras de Deisy Ventura (2013, p. 51-52):

[...] a epidemia dá à doença uma dimensão particular, pois ‘toca todos os domínios da sociedade e desorganiza a vida da cidade, a única que coloca os cadáveres na rua, que muda a tal ponto as mentalidades’. (...) ao longo da história, as epidemias exerceram bem mais do que uma pressão seletiva determinante sobre populações. ‘Eventos sociais totais’, elas confrontam o homem à ameaça radical, sob todas as formas (doença, mal, morte) e efeitos (desordens, violências, medos, estigmatização), a que o ser humano tem respondido com ‘medidas de proteção, práticas científicas e médicas, expressões artísticas e simbólicas muito variadas’.

Na realidade, as epidemias e as pandemias integram o tipo de fenômenos com capacidade para movimentarem a totalidade da sociedade e das suas instituições, tornando “indistinguíveis as dimensões jurídica, econômica, religiosa e cultural da vida em sociedade”. Constituem o que se denomina “fato social total”, impossibilitando o seu enfrentamento a partir da abordagem limitada à sua dimensão biológica (LIMA, 2022, p. 15).

As medidas preconizadas para o controle de epidemias e pandemias acabam por influenciar as liberdades individuais, passando a ditar a forma como o indivíduo deve se comportar; como deve se alimentar; se pode ou não se deslocar de um lugar

¹³ No glossário do Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde, editado em 1998, endemias, epidemias, pandemias e surtos estão assim descritos:

“ENDEMIAS: é a presença contínua de uma enfermidade ou de um agente infeccioso em uma zona geográfica determinada; pode também expressar a prevalência usual de uma doença particular numa zona geográfica. [...]

EPIDEMIA: é a manifestação, em uma coletividade ou região, de um corpo de casos de alguma enfermidade que excede claramente a incidência prevista. O número de casos que indica a existência de uma epidemia varia com o agente infeccioso, o tamanho e as características da população exposta, sua experiência prévia ou falta de exposição à enfermidade e o local e a época do ano em que ocorre. Por decorrência, a epidemia guarda relação com a frequência comum da enfermidade na mesma região, na população especificada e na mesma estação do ano. [...]

PANDEMIA: epidemia de uma doença que afeta pessoas em muitos países e continentes. [...]

SURTO: epidemia de proporções reduzidas, atingindo uma pequena comunidade humana. Muitos restringem o termo para o caso de instituições fechadas, outros o usam como sinônimo de epidemia”.

para outro e, se permitido, como fazê-lo; como e quando pode conviver socialmente; e, até mesmo, como deve ser a prática ou conduta sexual. Daí a dificuldade de obter e manter a adesão às medidas protetivas no nível individual, sem considerar uma abordagem interdisciplinar que considere aspectos estudados pelas ciências sociais (LIMA, 2022).

No aspecto coletivo, os fenômenos epidêmicos e pandêmicos testam a eficácia e a resiliência dos sistemas de proteção à saúde em todas as suas dimensões, não apenas as operacionais, relacionadas aos serviços de assistência à saúde, mas também a coerência na concepção e no funcionamento dos sistemas de prevenção. Ora, diante da inexistência de tratamento farmacológico eficaz no início de crises epidêmicas ou pandêmicas, o foco da atenção e das ações preconizadas para o seu controle recaem invariavelmente nas medidas de prevenção da transmissão do agente infeccioso. Isso conduz a limitações no desenvolvimento de diversas atividades, inclusive econômicas, o que também influencia na adesão empresarial às restrições impostas.

É nesse contexto que essa dissertação pode se beneficiar a partir do estudo da crise provocada pela COVID-19, utilizando-a como pano de fundo para a reflexão em torno da integração entre os sistemas protetivos à saúde do trabalhador e da trabalhadora existentes no Brasil. Embora esses sistemas – um, pautado no direito do trabalho e na relação empregador e trabalhador (Segurança e Saúde no Trabalho [SST]) e outro, com foco na saúde pública (Saúde do Trabalhador [ST]) – tenham origens distintas, a proteção à saúde dessa população é o objetivo comum que deve ser a mola propulsora para uma atuação sinérgica. Eventos totais, como os da pandemia, testam os sistemas até a última fronteira dos seus limites e podem ser úteis na identificação de espaços convergentes a serem explorados.

Desse modo, vislumbra-se no estudo de epidemias e, no particular, dada a sua magnitude, da pandemia da COVID-19, um “importante e útil ponto de observação” (LIMA, 2022, p. 13), por oportunizar uma abordagem interdisciplinar da questão, essencial para o aprimoramento de uma visão jurídica que possibilite maior efetividade na missão protetiva da saúde do trabalhador e da trabalhadora, da saúde da população em geral e também do meio ambiente.

Para tanto, é necessário lapidar o olhar sobre os temas trabalho, saúde e meio ambiente, explorando a interdisciplinaridade que lhes é inerente a partir de uma visão

mais holística, menos mecanicista, mais voltada para o bem comum e menos centrada no dogma da propriedade privada.

É nessa esteira que se entende não ser apropriado sustentar que a pandemia trouxe novos problemas, senão que desvelou os já existentes e que, por vezes, passavam despercebidos ou seguiam convenientemente invisibilizados. Um deles, interessante a esse estudo, repousa na relação entre o surgimento do vírus SARS-CoV-2, responsável pela zoonose da COVID-19 e sua relação com as questões ambientais e socioeconômicas.

Não há, nessa assertiva, qualquer pretensão de esgotar o assunto, que por si só renderia ensejo a tese acadêmica que, provavelmente, findaria sem respostas definitivas. O que se objetiva é tão somente ressaltar que a COVID-19 não pode ser vista apenas como um problema de saúde pública, em suas nuances epidemiológicas. A pandemia também deve ser vista como produto da dinâmica socioeconômica voltada para exploração desmedida dos recursos naturais, que vem provocando desequilíbrios ecológicos de tal monta que agora se voltam contra a sociedade, na forma de novas doenças infecciosas, com riscos à manutenção da vida no planeta Terra diante do aquecimento global.

A relação entre o surgimento de novas doenças infecciosas, as doenças emergentes, e o ressurgimento das que se pensavam controladas, as doenças reemergentes, vem a reboque da relação predatória com a natureza, favorecendo a ampliação da crise climática que, por sua vez, decorre do aquecimento global. Essas inter-relações já vêm sendo estudadas há muito tempo e não há como excluir o fator trabalho dessa equação. Isso porque parcela considerável dos avanços e danos nos ecossistemas decorrem de atividades produtivas, das quais o trabalho é parte indissociável. Ora, onde há atividade produtiva, há trabalho. Vejamos.

O Painel Intergovernamental de Mudanças Climáticas (IPCC) (sigla do inglês *Intergovernmental Panel on Climate Change*) foi criado pela Assembleia Geral da ONU no ano de 1988, para atuar no âmbito pela Organização Meteorológica Mundial (OMM) e do PNUMA. O objetivo do IPCC é levar aos governos de todo o mundo informações científicas para o desenvolvimento de políticas climáticas.

Desde a sua criação, o IPCC vem contribuindo para alertar populações e governos acerca da emergência da questão climática, que tem potencial para impactar todas as formas de vida na Terra. O primeiro relatório, divulgado no ano de 1990, já

trazia evidências do impacto das concentrações de gases de efeito estufa a partir de ações antrópicas, no aquecimento da superfície planetária. O AR4, documento emitido em 2007, quarto relatório da entidade, baseado em evidências recolhidas, desde 2002, por especialistas que integram o painel, trouxe revelações que abalaram a comunidade científica, política e a opinião pública. Dentre essas revelações, a afirmação de parcela abalizada da comunidade científica mundial de que as causas do aumento progressivo da temperatura média do planeta é a ação humana (IPCC, 2007).

O relatório emitido em 2014, AR5 (IPCC, 2014) trouxe a descrição dos riscos do aumento da temperatura média global acima de 2° C: [a] inundações atingindo áreas baixas e com alta concentração populacional; [b] ondas de calor e maior risco à escassez hídrica; [c] perdas da biodiversidade e extinção de espécies vegetais e animais; [d] acidificação dos oceanos, com destruição dos corais e outros biomas marinhos; [e] mudança nos padrões migratórios da fauna; [f] aumento da frequência de eventos meteorológicos extremos, como chuvas intensas, furacões e secas; [g] aumento do nível dos oceanos com inundações de faixas litorâneas e submersão de ilhas; [h] impactos na agricultura, com quebra em colheitas e plantações; [i] impacto negativo em economias, com o aumento da pobreza, entre outros fatores; [j] riscos à saúde humana, com mudanças na distribuição de vetores de doenças e aumento de doenças respiratórias. No particular, destaca-se que os alertas quanto às consequências para a saúde humana foram repetidos em relatórios posteriores.

Um ponto interessante para ilustrar os riscos do aquecimento global para a saúde pelo surgimento de vírus consta do relatório AR6 (IPCC, 2021), lançado no ano de 2021. O documento traz um alerta sobre a camada de gelo denominada *permafrost*, que recobre regiões geladas da Sibéria e do Ártico, cujo processo de degelo está se intensificando e trazendo grave risco de liberação de vírus que podem causar novas pandemias. Não se trata de ficção científica, mas de fato efetivamente já ocorrido em 1941 e, mais recentemente, em 2016, quando um surto de anthrax na região norte da Sibéria matou uma criança e infectou outras sete, conforme notícia veiculada em jornal inglês (GEDDENS, 2022).

Diversos fatores contribuem para pressionar os limites planetários, contribuindo negativamente para o aquecimento global e, conseqüentemente, para as mudanças climáticas que colocam em risco a vida no nosso planeta. Além do uso

intensivo de combustíveis fósseis, a produção agrícola é apontada como um desses fatores. A evolução dessa atividade nos últimos duzentos anos seguiu em direção ao modelo produtivo de extensão, baseada em monoculturas, onde não se produz alimentos, mas *commodities*. As monoculturas, são apontadas como grandes responsáveis pela perda da biodiversidade, redução de biomas e outros problemas ambientais decorrentes do avanço desse modo de produção sobre a natureza e sobre comunidade vulneráveis, para a expansão de áreas cultiváveis. Também causam impactos no uso de recursos hídricos, com o represamento e alteração de cursos de rios para irrigação. Nesse aspecto, a produção de arroz irrigado traz riscos à temperatura global, em razão da emissão significativa de metano (GARVER, 2021).

Tem-se ainda que, além do aumento de produtividade das plantações, a engenharia genética também possibilitou o acréscimo dos rebanhos e o maior consumo de carne. A criação de rebanhos e seu aumento significativo nas últimas décadas, a seu turno, também é alvo de sérias preocupações, pela emissão de metano e gás carbônico. Desse modo, resta claro que o atual modelo agropecuário contribui significativa e negativamente para as mudanças climáticas, na ruptura dos ciclos globais de nutrientes, na perda de biodiversidade e em outras pressões sobre os limites planetários (GARVER, 2021).

Apontando a relação das atividades agrícolas com o risco de pandemias, o documento *Frontiers 2016: Emerging issues of environmental concern* do PNUMA, publicado muito antes da pandemia da COVID-19, destacou, de forma muito clara e quase premonitória, a possibilidade de novas pandemias emergirem em frequência e gravidade muito maiores do que as vivenciadas no século passado. Veja-se:

Cerca de 60 por cento de todas as doenças infecciosas em humanos são zoonóticas assim como 75 por cento de todas as doenças infecciosas emergentes. Em média, uma nova doença infecciosa surge em humanos a cada quatro meses. Embora muitos se originem na vida selvagem, o gado muitas vezes serve como uma ponte epidemiológica entre a vida selvagem e infecções humanas. Este é especialmente o caso de animais criados de forma intensiva, que muitas vezes são geneticamente semelhantes dentro de um rebanho e, portanto, falta a diversidade genética que fornece resiliência: o resultado de ser criado para características de produção em vez de resistência a doenças. Um exemplo de atuação do gado como uma “ponte de doença” é o caso da gripe aviária. Os patógenos, que primeiro circularam nas

aves selvagens, depois infectaram aves domésticas e delas passaram para os humanos (PNUMA, 2016, p. 18).¹⁴

O mesmo documento também revelou a possibilidade do surgimento de diversos outros vírus zoonóticos a partir de ambientes produtivos. Entre eles, menciona o vírus causador da gripe aviária (*Avian influenza*), que pode ter relação com a produção intensiva de frangos e, apesar do nome, com a produção de porcos; o vírus Nipah (*Nipah virus*), com produção intensiva de porcos e frutas na Malásia; o vírus da encefalite japonesa (*Japanese encephalitis virus*), com a produção de arroz irrigado e a criação de porcos no sudeste asiático (PNUMA, 2016). Ora, nada impede e tudo recomenda maior atenção à possibilidade de que o primeiro infectado por novos vírus, a partir do contato com animais criados em rebanhos, venha a ser um trabalhador ou uma trabalhadora dessa extensa cadeia produtiva

Não é recente a preocupação em torno do modo de produção extremamente agressivo empregado na atividade agrícola e do surgimento de zoonoses e possíveis repercussões na saúde dos trabalhadores e na população em geral. No ano de 1962, ou seja, mais de seis décadas atrás, o Comitê Misto OIT/OMS discutiu problemas na saúde pública relacionados ao trabalho agrícola. Parte integrante dos relatórios de comissão, o documento intitulado *Public Health Problems Related to Agricultural Work*, de autoria do Professor Franklin H. Top, ressaltava os progressos alcançados na indústria da agricultura, com o aumento da proficiência técnica a partir do desenvolvimento de máquinas agrícolas e de novos fertilizantes, além do uso de agrotóxicos. No entanto, evidenciava que a mesma atenção não foi dispensada à proteção da saúde dos trabalhadores na agricultura, apontando a preocupação com as zoonoses, as doenças transmitidas pelos animais aos humanos (TOP, 1962).

Nesse mesmo ano foi publicado o Quarto Relatório do Comitê Misto OIT/OMS, voltado para as questões relacionadas à saúde dos trabalhadores na agricultura, com um capítulo dedicado às doenças que emergem de vírus, bactérias,

¹⁴ Tradução livre do original: Around 60 per cent of all infectious diseases in humans are zoonotic as are 75 per cent of all emerging infectious diseases. On average, one new infectious disease emerges in humans every four months. While many originate in wildlife, livestock often serve as an epidemiological bridge between wildlife and human infections. This is especially the case for intensively reared livestock which are often genetically similar within a herd or flock and therefore lack the genetic diversity that provides resilience: the result of being bred for production characteristics rather than disease resistance. An example of livestock acting as a "disease bridge" is the case of bird flu or avian influenza pathogens, which first circulated in wild birds, then infected domestic poultry and from them passed to humans (UNEP, 2016, p. 18).

fungos e parasitas, deixando claro que essa população se torna mais propensa às doenças causadas por esses agentes, devido a sua maior interação com animais e com plantas no ambiente produtivo (OIT; OMS, 1962) Ora, o risco à saúde pública é evidente em se tratando de doenças infecciosas transmissíveis, pois ultrapassam os limites do ambiente laboral e produtivo, evidenciando a impropriedade de se tratar da saúde dos trabalhadores apenas sob o aspecto ocupacional.

Evidente, portanto, que se está diante de uma crise que não é ou ambiental, ou de saúde pública, ou socioeconômica, pois a conjunção correta a ser empregada na descrição da atual crise é a aditiva “e”, não a alternativa “ou”. Todos os problemas estão intrinsecamente relacionados, não sendo possível utilizar, nesse aspecto, uma visão linear e restritiva para a sua solução. As crises são encadeadas, sobrepondo-se umas às outras.

Morin e Kern (2011) explicam que a lógica cartesiana indica que seria desejável identificar o que denominam “problema número um”, do qual seriam dependentes todos os demais problemas. Assim, a partir do cartesianismo, ao enfrentar o “problema número um”, todos os seus sucessores seriam automaticamente resolvidos. Ocorre, porém, que nem todos os problemas da vida real obedecem à ordem cartesiana. Por esse motivo, o pensamento cartesiano e redutor que atualmente permeia o a mente humana e que é largamente empregado em praticamente todos os setores sociais, é duramente criticado pelos autores. Isso porque tal perspectiva não se mostra eficaz para a solução dos problemas contemporâneos, notadamente quando se está diante daquilo que os autores denominam de “policrise”, onde os diferentes problemas e crises não podem ser hierarquizados, razão pela qual o tratamento isolado e mecanicista torna-se inócuo:

Na verdade, há inter-retroações entre os diferentes problemas, as diferentes crises, as diferentes ameaças. É o que acontece com os problemas de saúde, de demografia, de meio-ambiente, de modo de vida, de civilização, de desenvolvimento. É o que acontece com a crise do futuro, que favorece a virulência dos nacionalismos, a qual favorece o desregramento econômico, o qual favorece a balcanização generalizada, e tudo isso em inter-retroações. De maneira mais ampla, a crise da antroposfera e a crise da biosfera remetem-se uma a outra, como se remetem uma a outra as crises do passado, do presente, do futuro.

Muitas dessas crises podem ser consideradas como um conjunto policrísico em que se entrelaçam e se sobrepõem crise do desenvolvimento, crise da modernidade, crise de todas as sociedades, umas arrancadas de sua letargia, de sua autarquia, do estado estacionário, outras acelerando vertiginosamente seu movimento, arrebatadas num devir cego, movidas por uma dialética dos

desenvolvimentos da tecnociência e dos desencadeamentos dos delírios humanos (MORIN: KERN, 2011, p. 94).

Enfim, os problemas que se apresentam atualmente, a exemplo do que ocorreu na crise da pandemia da COVID-19, estão imersos em um emaranhado, revelando que as causas e consequências têm inúmeros reflexos em diversos aspectos da vida social e econômica. Daí a necessidade de mudar as nossas lentes, empregando menos a visão cartesiana, que ainda amarra o pensamento jurídico, transmutando-a para uma visão holística, que enxerga os problemas e as possíveis soluções ligadas em rede.

3 EVOLUÇÃO DA PROTEÇÃO JURÍDICA À SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

Não tendo o presente estudo finalidade retrospectiva, será dispensado o registrar de uma digressão histórica pormenorizada da evolução do direito à saúde do trabalhador, embora resguardada a possibilidade de resgatar a memória de episódios, fatos e figuras marcantes ao longo do tempo, com o objetivo de trazer elementos que auxiliem na análise situacional e prospectiva do tema.

Para melhor compreender o modelo de proteção focado na saúde do trabalhador e a necessidade de romper com o modelo hegemônico da saúde ocupacional, ainda pautado no mecanicismo, entende-se relevante breve comentário acerca da determinação social da saúde no processo saúde-doença. A partir de estudos científicos houve a revisão do conhecimento acerca do processo saúde-doença, apontando para a necessidade de ir além dos aspectos biológicos e fisiológicos para que também fossem consideradas as influências históricas e sociais da população afetada. O avanço no conhecimento científico, o movimento pela democratização do país e a ascensão dos movimentos sociais inspiraram o movimento da Reforma Sanitária Brasileira – RSB, trazendo profundas alterações na legislação, nas normas e nas estratégias sanitárias, culminando na constitucionalização do direito à saúde no Brasil.

3.1 DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

O modo tradicional de explicar o processo de adoecimento baseia-se em pressupostos precipuamente médico-biológicos e focados no indivíduo. Pautado na história natural da doença, esse modelo passou a ser questionado em razão da dificuldade de se explicar, por meio dele, os fenômenos que influenciam na saúde das coletividades, delas se destacando as massas trabalhadoras. A partir da década de 1960, um dos fatores que influenciaram a alteração do foco de perspectiva do individual para o coletivo, foram as mudanças no perfil epidemiológico de adoecimento em países industrializados, tendo em vista que nesses países, nos casos das doenças cardiovasculares e dos tumores malignos não foi observada a redução da mortalidade

ocorrida nos episódios de diversas doenças anteriormente preponderantes (LAURELL, 1982; MARMOT; THEORELL, 1988).

Com essa observação, exurgiu outra perspectiva para a análise da doença, não mais focada apenas nos aspectos clínicos e individuais, mas também assentada na consciência de que o processo de adoecimento merece ser estudado enquanto parte de um processo social. Desde esse novo prisma, preconizado pela epidemiologia crítica latino-americana, passou-se a professar a compreensão do processo saúde-doença como produto de uma dinâmica coletiva que deve estar contextualizada dentro de determinado momento histórico e social.

Esse novo olhar trouxe a necessidade de reformular o conceito de saúde pública, até então assentado na epidemiologia tradicional, para a qual, não raro, padrões matemáticos se sobrepunham à realidade da vida, desconsiderando os fatores sociais e o momento histórico em que o processo de adoecimento está inserido. Surgiu, a partir desse novo movimento, o clamor por mudança na ampliação do olhar da saúde pública, emergindo a noção de saúde coletiva, área de conhecimento precipuamente multidisciplinar, que busca conectar os conhecimentos biomédicos com os das ciências sociais.

Portanto, a necessidade de reformulação do pensamento científico em torno da disciplina saúde pública partiu da observação de que não há possibilidade de apartá-la do estudo do contexto social, político e econômico em que está inserida. Sustenta-se, desse modo, que a epidemiologia deve considerar essas variáveis não apenas como um ato de transparência ética, mas também como um sinal de rigorosidade metodológica. Outrossim, a relação entre a saúde pública e o viver social deve ser observada, estudada e contextualizada dentro do sistema de exploração social e da natureza, eis que a rejeição dessa ideia acaba reproduzindo sociedades não sustentáveis, iníquas e pouco saudáveis (BREILH, 2013).

Um dos estudos pioneiro foi o realizado por Laurell, onde se destacou que o conceito de saúde era expresso e definido como um fenômeno social, mas o mesmo não ocorria com o conceito de “doença”, que era observado como um processo biológico que se manifestava na população; defendeu que ambas, ou seja, tanto a saúde quanto a doença, eram eventos sociais; e indicou que era necessária a comprovação do caráter social da doença. Nesse passo, a incensada pesquisadora ressaltou que a natureza social da doença “não se verifica no caso clínico, mas no

modo característico de adoecer e de morrer nos grupos humanos”, por meio da análise dos “perfis patológicos que os grupos sociais apresentem”, de modo a “constatar diferenças nos perfis patológicos ao longo dos tempos como resultantes das transformações da sociedade” (LAURELL, 1982, p. 3).

A fim de dar substrato às suas assertivas acerca do aspecto social da doença, Laurell analisou em seus estudos os dados de mortalidade de Cuba e dos Estados Unidos, dois países com situações social, política e econômica evidentemente distintas. Observando as mudanças no perfil patológico de mortalidade ocorridas em ambos países ao longo de três décadas, a estudiosa constatou que as principais causas de mortalidade emergidas nos anos 1940, quando o topo era ocupado por doenças infecciosas, não se repetiram em 1972.

Laurell, mesmo não afastando os aspectos biológicos a serem considerados, atribuiu parte dessa mudança à evolução das vacinas e das estratégias higienistas, que auxiliaram na redução da mortalidade por doenças infecciosas. A pesquisadora não se limitou ao estudo dos elementos biológicos, debruçando-se sobre a teoria de que a redução drástica de um tipo de doença abriria espaço para que se evidenciassem as doenças chamadas ocultas, que estariam escondidas em razão da alta prevalência da doença que foi combatida com sucesso. Sabendo que as doenças ocultas, por essa tese, emergiriam naturalmente a partir do decréscimo das moléstias infecciosas, ela confrontou as principais causas de mortalidade em Cuba e nos Estados Unidos no ano de 1972, porque, se essa hipótese fosse totalmente verdadeira, a frequência de mortalidade das “novas” doenças a ocuparem o topo das taxas de mortalidade nos dois países seriam semelhantes.

Nesse aspecto, Laurell observou que, não obstante em ambos países as mais altas taxas de mortalidade fossem atribuídas às doenças isquêmicas do coração, seguidas por tumores malignos, a frequência nos EUA, em todas as faixas etárias, era superior à frequência em Cuba. A diferença na frequência dessas doenças nos dois países, segundo a autora, pôs por terra a teoria das doenças residuais ou ocultas, pois não se observou equivalência nas taxas de mortalidade. Nesse particular, ao contrastar os dados de mortalidade desses dois países tão distintos na sua conformação política e socioeconômica, verificou-se que o país economicamente menos favorecido revelou frequência de mortalidade até três vezes inferior que a da maior economia do mundo, razão pela qual demonstrada a necessidade de analisar

outros fatores que concorrem para o desenvolvimento de doenças, entre eles, os de caráter social.

Desse modo, a pesquisadora comprovou que, “para demonstrar o caráter social da doença é necessário, também, estudar o tipo, a frequência e a distribuição da moléstia nos diversos grupos sociais que constituem a sociedade”, sendo igualmente crucial que se observe a articulação entre o processo social e o processo de saúde e doença, atentando-se para as “características distintas conforme o modo diferencial com que cada um dos grupos se insere na produção e se relaciona com os grupos sociais restantes” (LAURELL, 1982, p. 7).

O aumento da mortalidade por doenças cardíacas chamou a atenção de estudiosos nos países industrializados, pois marcou a mudança nos padrões vigentes a partir da década de 1960. No Reino Unido, onde a classificação das classes sociais era caracterizada pela divisão por grupamentos ocupacionais, formados por classes relacionadas a ocupações manuais e não manuais, observou-se o aumento das taxas de mortalidade no primeiro grupo, que reunia as classes sociais menos favorecidas, em contraponto ao declínio da mortalidade no grupo das ocupações não manuais, que representa as classes mais altas. Evidente, portanto, que a distribuição da mortalidade por doenças cardíacas obedecia algum padrão claramente relacionado com as classes sociais e/ou ocupações, impactando as que ocupam o estrato mais baixo (MARMOT; THEORELL, 1988).

Diante desses dados, no ano de 1967, teve início um estudo abrangendo os servidores públicos de Whitehall, centro administrativo do governo britânico, para acompanhar a saúde de grupo de servidores de diferentes ocupações por mais de 10 anos, cujo objetivo tinha o fim de observar a evolução das doenças cardíacas em cada classe ocupacional. Whitehall foi escolhido porque revelava pouca heterogeneidade entre os estratos ocupacionais, pois englobava grupo de servidores de um único grupo étnico, ocupantes de emprego público estável, todos laborando para o mesmo empregador e no mesmo distrito geográfico, sem exposição a riscos ambientais típicos das atividades industriais.

Com o acompanhamento durante tempo superior a uma década, de mais de 17 mil trabalhadores, passando por exames clínicos e laboratoriais, observou-se uma relação inversa entre a mortalidade por doenças coronárias e o cargo ocupado. Homens que ocupavam os cargos mais baixos, como mensageiros, por exemplo,

apresentaram mortalidade superior em 3 a 6 vezes à dos que ocupavam os cargos mais altos, como os administradores, situação que acompanhava as taxas nacionais de mortalidade.

Os exames realizados em todo o grupo, porém, não revelaram a existência de fatores físicos ou biológicos que pudessem interferir nesse resultado. Ao contrário, as alterações desfavoráveis nos índices de colesterol foram maiores nas classes altas, que, no entanto, tiveram taxa de mortalidade inferior. O que se observou nas classes mais baixas dessa amostra e que pode explicar a maior mortalidade nesse grupo é que os trabalhadores dessas classes tinham menos tempo para o lazer e para as atividades físicas (MARMOT *et al.*, 1978).

Os estudos ora mencionados revelaram a necessidade de ampliação da visão que deve permear o processo saúde-doença, que não pode ficar confinado aos aspectos biológicos e fisiológicos. As nuances socioeconômicas, a realidade e o momento histórico de cada grupo também devem ser considerados como inter-relacionados nesse processo. Nesse particular, destacamos as considerações de Laurell:

[...] o processo saúde-doença do grupo adquire historicidade porque está socialmente determinado. Isto é, para explicá-lo, não bastam os fatores biológicos, é necessário esclarecer como está articulado no processo social. Mas o caráter social do processo saúde-doença não se esgota em sua determinação social, já que o próprio processo biológico humano é social. É social na medida em que não é possível focalizar a normalidade biológica do homem à margem do momento histórico. Isso se expressa, por exemplo, no fato de que não é possível determinar qual é a duração normal do ciclo vital, por ser ele diverso em diferentes épocas. Isto leva a pensar que é possível estabelecer padrões distintos de desgaste-reprodução, dependendo das características da relação entre o homem e a natureza (LAURELL, 1982, p. 12).

Essa compreensão mais recente trouxe um novo olhar para a saúde pública, no sentido de que ela não pode estar presa às clássicas estatísticas de morbimortalidade e às questões biopsicofisiológicas, pois que também deve ser analisado o contexto social em que o processo saúde-doença está inserido e atuar principalmente no sentido da prevenção. O olhar da saúde pública se ampliou, surgindo o conceito de saúde coletiva, assim definida:

[...] área de conhecimento multidisciplinar construída na interface dos conhecimentos produzidos pelas ciências biomédicas e pelas ciências sociais. Dentre outros, tem por objetivo investigar os determinantes da produção social das doenças com o fito de planejar a organização dos serviços de saúde” (FIOCRUZ, [s.d.], p. 1).

No Brasil, a compreensão da evolução científica e social em torno da saúde pública embalou o movimento da Reforma Sanitária Brasileira e deu novos contornos à abordagem da saúde do trabalhador.

3.2 A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E A SAÚDE DO TRABALHADOR

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) surgiu do avanço científico da Medicina Preventiva, da Medicina Social e da Saúde Pública nas décadas de 1960 e 1970 e da ressignificação do processo saúde-doença, que passou a abarcar os referenciais das Ciências Sociais e da Ciência Política. Trata-se de movimento que nasceu no contexto da luta contra a ditadura e, portanto, expressa o conjunto de ideias impregnadas de conteúdo axiológico associado às mudanças e transformações necessárias à área da saúde, na busca de melhoria das condições de vida para a população brasileira (LACAZ *et al.*, 2019).

Ao longo da história, o Brasil viveu diversas reformas na sua organização sanitária que, originariamente, adotava a política liberal de mínima intervenção, fruto da herança imperial. A RSB, porém, não pode ser considerada mais uma reforma setorial da saúde, eis que a sua concepção guarda, em verdade, o anseio e os ideais de uma profunda reforma social (PAIM, 2008).

Antes de adentrar no tema específico da RSB, é necessária uma breve digressão histórica que permitirá compreender a extensão e abrangência da reforma, que resultou no alargamento do próprio conceito de saúde pública no Brasil, antes confinado à prevenção de algumas doenças pré-definidas que pudessem implicar em risco à saúde da coletividade. Não se pode esquecer, todavia, que, para a formulação de uma organização sanitária, as epidemias e doenças endêmicas tiveram papel relevante no sentido de incentivarem a criação de códigos sanitários e de instituições científicas, com foco restrito às questões biomédicas e de higiene, em um contexto no qual a restrição de liberdades era considerada fundamental para o controle da transmissão de doenças.

A RSB também trouxe significativas mudanças na proteção da saúde do trabalhador, que deixou de contar apenas com a atenção ofertada pelo modelo protetivo pautado na visão privatista da relação de emprego prevista na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), passando a contar com a proteção jurídica alicerçada na saúde coletiva, sob a nova roupagem dada pela Constituição Federal de 1988. Para melhor compreender as várias e relevantes mudanças promovidas na saúde brasileira a partir da Constituição Federal de 1988, é imperioso lembrar que nem sempre a saúde teve a configuração atual, de acesso universal e gratuito, com abrangência de questões relacionadas ao meio ambiente, nele incluído o trabalho.

No início do século XX, Carlos Chagas criou o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), cuja função era cuidar de questões relacionadas à profilaxia, à propaganda sanitária, ao saneamento, à higiene industrial, à vigilância sanitária e ao controle de endemias. Com a aprovação da Lei Elói Chaves, em 1923, teve início a previdência social brasileira, com o estabelecimento de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) (PAIM, 2008).

Acerca desse período, a partir do início do século XX, e de sua conjuntura, estudos referem-se à formação de três grandes subsistemas de saúde vinculados ao poder público: saúde pública, medicina do trabalho e medicina previdenciária. Além desses subsistemas que não interagem, percorrendo caminhos relativamente autônomos e paralelos, também coexistiam a assistência médica liberal, a filantrópica e a empresarial (PAIM, 2009). Em síntese:

Assim, a organização dos serviços de saúde no Brasil antes do SUS vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública; de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda, as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial (PAIM, 2009, p. 24).

No que tange à medicina previdenciária, originaram-se das caixas de aposentadoria e pensões, que se expandiram a partir de 1930 com a criação de várias corporações para cada categoria de trabalhadores, os denominados Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que, por sua vez, foram reunidos, em 1966, no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Nessa configuração, a assistência médica era prestada pela previdência social, restringindo-se aos que tivessem registro na carteira de trabalho; ou seja, apenas aos trabalhadores do mercado formal. Contudo, nem mesmo a assistência mediante contribuição garantia acesso à saúde de qualidade, pois o seu financiamento dependia da sobra de recursos do ano anterior que não haviam sido gastos em aposentadorias e pensões. Ocorre que tais recursos, não raro, eram desviados para investimentos na economia (PAIM, 2009).

Aos que não podiam pagar por serviços médicos e hospitalares, restavam as instituições filantrópicas ou hospitais públicos, onde existiam. Entre as instituições ditas “filantrópicas” ou assistenciais, cuja expressão era e é tomada no sentido de inexistência legal de constituição e manutenção, pode ser mencionada a assistência médica e/ou ambulatorial prestada pelos próprios serviços médicos das empresas e por alguns sindicatos.

No período de redemocratização no Brasil, o debate em torno de uma reforma sanitária, inspirado no modelo italiano do final da década de 1970 ganhou corpo. Também do final dos anos 70 destacam-se, entre os antecedentes históricos fundamentais para a construção das bases de sustentação teórico-científicas da RSB, as criações do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979. Essas duas entidades congregavam a comunidade intelectual e científica e estavam unidas em torno da ideia de democratização da saúde. No ano de 1980, o CEBES apresentou, no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde na Câmara dos Deputados, o documento intitulado “A Questão Democrática da Saúde”, primeira proposta para a criação de um Sistema Único de Saúde (PAIM, 2008).

Entre as ideias que fundamentaram a RSB estava a análise expressada na tese de doutoramento de Antônio Sergio da Silva Arouca, na qual evidenciou que a abordagem da Medicina Preventiva apresentava limitações e era incapaz de desempenhar papel crítico no interior da medicina com força suficiente para atacar o cerne dos problemas da saúde pública, pois ainda era pautada no poder médico, na individualização e na financeirização da saúde, sem tocar em pontos relacionados às estruturas sociais das quais decorriam os problemas de saúde (CORREIA, 2020).

Engrossando o debate a respeito de uma reforma sanitária, houve a aproximação de segmentos populares, em especial da classe trabalhadora, na busca

de ampliação da base de sustentação política necessária para as transformações sociais previstas na reforma. Porém, essas classes, embora tivessem a preocupação permanente com os acidentes e as doenças relacionados ao trabalho, estavam premidas pela luta para garantia de emprego e pela necessidade de assegurarem a própria subsistência, materialmente considerada. Nesse contexto, houve a criação do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), iniciativa apoiada pelas centrais sindicais, cuja premissa de atuação considerava o trabalho como categoria central da sociedade, de forma que os acidentes e adoecimentos eram expressões da questão social (CORREIA, 2020).

No ano de 1986, já em curso o processo de redemocratização, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com ampla mobilização e participação social. O relatório final dessa conferência contabilizou a participação de mais de 4.000 pessoas, sendo 1.000 delas, delegados que representavam os Estados da federação. As discussões focaram três temas centrais: (1) Saúde como Direito; (2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e (3) Financiamento setorial. Nesse Relatório, um dos temas polêmicos era relacionado à separação entre “Saúde” e “Previdência” e perquiria se a última não deveria congrega apenas as ações próprias de “seguro social”, sendo então a saúde entregue a outro órgão (BRASIL, 1986).

Esse relatório final também destacou a saúde em seu sentido mais abrangente, como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Da mesma forma, reconheceu a saúde como “o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (BRASIL, 1986, p. 4). E ainda preconizou a construção de um novo Conselho Nacional de Saúde (CNS), prevendo a ampliação da participação social, com representantes dos Ministérios da área social e dos governos estaduais e municipais, além de entidades civis, centrais sindicais e movimentos populares.

As proposições, levadas a efeito por ocasião dessa Conferência, formaram a base para o projeto da Reforma Sanitária, cujos principais elementos constitutivos foram assim sintetizados por Paim: (a) ampliação do conceito de saúde; (b) reconhecimento da Saúde como direito de todos e dever do Estado; (c) criação do SUS; (d) participação popular; e (e) constituição e ampliação do orçamento social.

No entanto, com a conclusão da 8ª Conferência, o movimento sanitário passou a enfrentar outros desafios para a realização das aspirações consubstanciadas no projeto de Reforma Sanitária. Embora a constitucionalização dos direitos discutidos no âmbito do projeto não fosse uma demanda do movimento, ele foi instado a participar do processo constitucional. Durante as discussões da Assembleia Nacional Constituinte, as propostas do movimento sanitário foram debatidas em diversas instâncias das casas legislativas, com participação e oitiva de diversos atores sociais, a exemplo da ABRASCO, das centrais sindicais, dos sindicatos, das confederações empresariais, das sociedades e associações médicas, das associações e dos sindicatos que congregavam os profissionais da saúde, do Conselho Federal de Medicina (CFM), das entidades de pesquisa e dos secretários municipais de saúde, entre outros (PAIM, 2008).

Desse modo, contando com amplo apoio de diversas instituições, as propostas trazidas pelo movimento da reforma sanitária foram, em grande parte, incorporadas à Constituição Federal de 1988, que, pela primeira vez, reconheceu o direito à saúde como um direito fundamental, incorporando no artigo 196 o lema da campanha da ABRASCO por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que proclamava a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Essa brevíssima síntese histórica do que representou a RSB no processo de constitucionalização da saúde tem a intenção de demonstrar que essa reforma foi, antes de tudo, uma decisão política da sociedade brasileira, fruto da luta de um movimento social que, mesmo diante da sua heterogeneidade, foi capaz de elevar ao nível constitucional a proteção da saúde no país.

Cabe destacar que a RSB simbolizou a rejeição da concepção do processo saúde-doença confinada aos aspectos biológicos e fisiológicos do ser humano, em contrapartida à aceitação de que a saúde reflete o processo histórico social de uma população. A despeito do fenomenal avanço que essa conquista representou, observa-se que, já decorridos quase 35 anos, a concretização dos ideais da RSB, muito mais ambiciosa, ainda é um processo em curso, com avanços e retrocessos.

Várias críticas são levantadas em relação às conquistas alcançadas pela RSB e uma delas passa pela análise da evolução da Saúde do Trabalhador no contexto do mundo do trabalho. Estudiosos apontam para as dificuldades impostas pela ausência de base social para dar sustentação a pontos relevantes alcançados pela reforma,

chamando a atenção para a sua desestruturação e seu enfraquecimento diante do avanço de correntes neoliberais. Ressaltam, ainda, as dificuldades na implementação da reforma que, no caso brasileiro, ocorreu "pelo alto", praticamente desconsiderando a relevância política da atuação sindical em prol da saúde do trabalhador no sistema público de saúde durante o processo de constitucionalização dessa matéria. Outra fragilidade manifestada pelos estudiosos é a ausência de integração da saúde do trabalhador com a saúde ambiental nas políticas voltadas para a Atenção Básica, por exemplo. No mesmo sentido, eles indicam a falta de integração e até certa resistência, das vigilâncias mais "tradicionais", como a epidemiológica e a sanitária (LACAZ *et al*, 2019; GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Contudo, dentre as várias críticas, uma das mais incisivas e relevantes para o escopo desse estudo reside na dificuldade de integração entre a Saúde do Trabalhador, a Medicina do Trabalho e a Segurança e Saúde no Trabalho, não apenas sob o ponto de vista conceitual desses modelos de proteção, mas também enquanto disciplinas representativas desses modelos dentro da estrutura governamental. Pertinente a essa análise, tem-se que a RSB e a posterior constitucionalização da saúde trouxeram a ampliação de panoramas da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, cujas origens históricas estão relacionadas à presença de elementos voltados à gestão empresarial da saúde no ambiente de trabalho.

Diante dessas origens históricas, é importante ressaltar que a partir da Constituição Federal de 1988 uma outra conformação jurídica foi moldada para a proteção da saúde do trabalhador e da trabalhadora brasileiros, demandando reflexão e adequação pelos operadores do direito. Um novo horizonte mais abrangente se abriu, preconizando a mitigação do olhar privatista, restrito à relação empregado e empregador e preso ao mecanicismo, em favor da proteção mais efetiva à saúde do trabalhador e da trabalhadora no sentido do termo saúde mais ampliado que considera o ser humano enquanto ser social. A partir do novo desenho constitucional, o trabalhador passa a ocupar o papel central na defesa e proteção de sua própria saúde. Não figura como mero destinatário ou objeto de estudo, mas como partícipe do processo protetivo, que também deve ser resguardado, por imperativo constitucional e legal, pelo Estado, pelas empresas e pela sociedade.

Desse modo, relevante entender a extensão das mudanças provocadas na proteção à saúde pela Constituição Federal, que trouxe profundas alterações no direito à saúde no Brasil, seguidas pela criação do sistema único de saúde.

3.3 O DIREITO À SAÚDE E A SAÚDE DO TRABALHADOR NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

A Constituição Federal de 1988 fez minucioso delineamento do direito à saúde no Brasil, a começar por sua previsão no artigo 6º, que o inclui entre outros direitos sociais enumerados nesse dispositivo. Nessa sistematização, cuidou das competências dos entes federativos em matéria de saúde, prevendo no artigo 23, II, a competência comum da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal no cuidado da saúde e assistência pública, bem como da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências. (BRASIL, 1988) Já no artigo 24, XII, estabeleceu a competência legislativa concorrente entre União, Estados e Distrito Federal no que tange à matéria de proteção e defesa da saúde, cabendo aos Municípios, no aspecto legislativo, papel de “suplementar a legislação federal e a estadual no que couber”, consoante previsto no artigo 30, inciso II. Cabe destacar que no inciso VII do artigo 30 foi atribuída aos Municípios a prestação dos serviços de atendimento à saúde da população, com cooperação técnica e financeira da União (BRASIL, 1988).

Após inserir o direito à saúde na seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social, nos artigos 194 e 195, a Constituição oferece nos artigos 196 a 200, a base jurídica da proteção à saúde, trazendo a conceituação do direito à saúde e delimitando o seu campo de abrangência. Nesse contexto, relevante compreender a extensão do conceito constitucional do direito à saúde trazido no artigo 196, *verbis*:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 113)

Desse modo, a partir da Constituição Federal, o direito à saúde ganhou *status* de direito subjetivo público, do qual o cidadão é detentor e o Estado, o seu garantidor. Outrossim, houve mudança na concepção de que a atribuição do Estado em relação

à saúde estaria circunscrita à dimensão da saúde pública¹⁵, utilizando para definir a sua abrangência as atividades restritas à prevenção e ao controle de propagação de doenças que impusessem risco à saúde da coletividade (SANTOS, 2010).

Nesse sentido, a partir do conceito constitucional, o Estado assume que a garantia do direito à saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais, sem prejuízo da prestação de serviços públicos voltados à promoção, prevenção e recuperação da saúde. A visão epidemiológica da questão saúde-doença, que privilegia o estudo dos fatores sociais, ambientais, econômicos e educacionais que podem gerar enfermidades, passou a integrar o direito à saúde (SANTOS, 2010).

Portanto, reafirma-se que o novo conceito, abrigado pela Constituição Federal, rejeita o confinamento da saúde aos aspectos biológicos, reconhecendo que ela se expressa também pelas dimensões socioeconômicas e ambientais, havendo uma determinação social no processo saúde-doença.

O artigo 197 constitucional estabelece que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público, nos termos da lei, cuidar de sua regulamentação, fiscalização e controle, o que pode ser feito diretamente ou por terceiros. Nesse particular, é importante salientar que a Constituição previu de forma indistinta, que todas as ações e serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, são de relevância pública. Entende-se que, entre esses serviços de saúde, estão compreendidos os previstos na NR 4, os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), a serem criados nas empresas e dimensionados de acordo com o grau de risco e o número de empregados.

O artigo 198 da Magna Carta prevê as ações e os serviços públicos garantidos a todos por meio de um sistema único, assim definindo os contornos do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente regulado pela Lei nº 8080/1990, a Lei Orgânica da Saúde. O artigo 199, por sua vez, trata da assistência à saúde pela iniciativa privada,

¹⁵ A definição de saúde pública mencionada em diversas obras sobre o tema é a elaborada por Charles Winslow, em 1920, *apud* Aith (2017, p. 49): “A saúde pública é a ciência e a arte de prevenir as doenças, de prolongar a vida e de promover a saúde e a integridade física, por meio de esforços coordenados da comunidade para a preservação do meio ambiente, o controle das infecções que podem atingir a população, a educação do indivíduo sobre os princípios de higiene pessoal, a organização dos serviços médicos e de saúde para o diagnóstico precoce, o tratamento preventivo de patologias e o desenvolvimento de dispositivos sociais que assegurem a todos um nível de vida adequado para a manutenção da saúde”.

em caráter complementar ao Sistema Único de Saúde, bem como das proibições de participação de capital estrangeiro na assistência à saúde, e de comercialização de órgãos, tecidos, sangue e substâncias humanas para fins de transplante de órgãos.

Destaca-se desse conjunto normativo, organizado pela Constituição Federal, a definição da área de abrangência do SUS no artigo 200, além do controle e fiscalização de procedimentos de interesse da saúde, como medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e afora o desenvolvimento de pesquisa e tecnologias voltadas para o setor. Também foi elevada a nível constitucional a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, sem se olvidar das ações voltadas especificamente para a saúde do trabalhador (artigo 200, inciso II). Digna de nota essa interação entre trabalho e saúde ter sido expressamente enaltecida pela Carta Magna.

Do mesmo modo, consoante previsão contida no inciso VIII do mesmo dispositivo 200 constitucional, está a extensão da atribuição do sistema único para “colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho” (BRASIL, 1988, p. 116). Assim, resta patente que é na saúde que a Constituição Federal reconhece a interação entre os temas saúde, trabalho e meio ambiente, nesse incluído o meio ambiente de trabalho, razão pela qual o tratamento interdisciplinar dessas questões ganha respaldo constitucional.

A partir das alterações promovidas na Constituição de 1988 e posterior regulação pela Lei nº 8080/1990 decorreram diversas mudanças na proteção à saúde do trabalhador no Brasil, que vão desde a estruturação da disciplina Saúde do Trabalhador dentro do SUS e passam pelas alterações profundas nos modelos de proteção da saúde do trabalhador, na distribuição das atribuições de resguardar tal direito entre os órgãos governamentais e na proteção jurídica prevista nessa seara. Partindo dessa premissa, há que se interpretar dispositivos legais e normativos à luz da Carta Magna e das conquistas nela consolidadas.

No âmbito do SUS houve a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), por meio da Portaria nº 1679/GMS/MS, de 19 de setembro de 2002, com a finalidade de desenvolver a articulação de ações entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, prevendo em seu artigo 2º a orientação das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal para a elaboração do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, em atenção às diretrizes de regionalização como estratégia

de hierarquização de serviços de saúde, de forma a atingir maior equidade. No ano de 2017, a referida portaria foi revogada e o seu texto passou a integrar o Anexo X da Portaria de Consolidação nº 3, do Ministério da Saúde.

Desde a sua instituição, a RENAST é formada por Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), de abrangência estadual e regional, os quais têm contribuído decisivamente para a proteção da saúde do trabalhador, atuando como verdadeiros polos irradiadores do conhecimento técnico em torno do tema. Assim, atuam na capacitação das equipes de Atenção Básica e do Programa de Saúde da Família, oferecem subsídio técnico para o SUS, realizam ações de vigilância, com destaque para a vigilância em processos de trabalho. Ademais, no controle social nos serviços que integram a RENAST é prevista a participação de organização de trabalhadores e trabalhadores e empregadores, na forma da Lei nº 8.142/1990.

3.4 O TRABALHO, A SAÚDE DO TRABALHADOR E O MEIO AMBIENTE DO TRABALHO: O PANORAMA DA INTEGRAÇÃO DEPOIS DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

O direito à saúde e ao meio ambiente equilibrado foram elevados a nível constitucional em 1988, representando inegável avanço no pensamento jurídico em torno desses temas. É de se notar que esse progresso não se restringiu à mera constitucionalização desses direitos, pois a Constituição foi muito além, ampliando consideravelmente os contornos que delimitam a saúde, o trabalho e o meio ambiente, na medida em que adicionou ao texto elementos subjacentes à garantia desses direitos, contextualizando-os no âmbito social em que estão envolvidos. Essa ampliação, sem qualquer margem a dúvida, estendeu-se ao mundo do trabalho.

Desse modo, as leis, normas e outros diplomas jurídicos relacionados a esses temas elaborados antes da promulgação da Carta Magna, como cediço, devem ser interpretados à sua luz e compreendidos como por ela recepcionados desde que não a contrariem. No que tange à proteção do meio ambiente de trabalho e à saúde do trabalhador, foi brutal a expansão da sua tutela pela Constituição Federal de 1988, que libertou os temas dos estritos limites da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), confinado que restava ao Capítulo V, e das leis previdenciárias.

Não se pode deixar de chamar a atenção para o fato de que a Constituição Federal, ao tratar do meio ambiente e da saúde, jogou novas luzes também sobre o trabalho, especialmente quando traz para dentro do texto constitucional os fatores sociais e econômicos que influenciam na efetivação desses direitos. Além disso, reconheceu explicitamente as peculiaridades que permeiam o mundo do trabalho e, mais, o papel do trabalho na determinação social que reflete na saúde, cunhando as expressões “meio ambiente do trabalho” e “saúde do trabalhador” nos incisos II e VIII do artigo 200.

Especificamente no tema saúde, uma nova disciplina jurídica emergiu do texto constitucional: o Direito Sanitário. Não se quer, com isso, afirmar que a disciplina não existia anteriormente à Constituição Federal. Por óbvio, existia. Porém, não há como negar que as mudanças provocadas pelo texto constitucional fizeram surgir uma disciplina totalmente renovada e estruturalmente distinta. No entanto, deve-se admitir que esse novo horizonte para o estudo jurídico não foi apoderado adequadamente pelo mundo do trabalho, dificuldade que ficou muito clara no decorrer da pandemia da COVID-19.

A doutrina consolidada já se assentou no sentido de compreender que o artigo 225 da Constituição Federal, ao se referir ao direito de todos ao meio ambiente ecologicamente equilibrado e sadio à qualidade de vida, abrangeu todos os aspectos nele relacionados, incluído, assim, o meio ambiente do trabalho. Assim, a definição legal de meio ambiente trazida no artigo 3º, inciso I, da Lei nº 6.938/1981, que cuida da Política Nacional de Meio Ambiente, também compreende o meio ambiente de trabalho (PADILHA, 2010; MARANHÃO, 2021; GONDIN, 2021).

Do mesmo modo, a doutrina também entende que a definição de poluição, explicitada no inciso III do mesmo dispositivo legal, estende-se à degradação do meio ambiente de trabalho, quando decorrer de atividades que venham trazer prejuízos à segurança e ao bem-estar da população, nela compreendida a população trabalhadora, caracterizando-se, desse modo, como poluição do meio ambiente de trabalho (PADILHA, 2010) ou poluição labor-ambiental (MARANHÃO, 2021; SARLET, FENSTERSEIFER, 2021).

Ainda a respeito desse movimento de expansão, observado a partir da Constituição Federal de 1988, Padilha assevera que o texto constitucional alberga a tutela mediata do meio ambiente de trabalho no artigo 225, eis que a proteção ao meio

ambiente se estende ao meio ambiente de trabalho, destacando que o referido artigo também resguarda a “sadia qualidade de vida”, que deve ser assegurada por meio de um ambiente equilibrado. A festejada autora também ressalta que, ao tratar do tema saúde, a Constituição federal tutelou o meio ambiente de trabalho de forma imediata, vez que fez referência específica à tutela ambiental, quando tratou das atribuições do sistema único de saúde, destacando entre elas a “proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”, conforme dicção do artigo 200, inciso VIII (PADILHA, 2010, p. 380-381).

É importante destacar que a concepção alargada do meio ambiente, estabelecida constitucionalmente, tem repercussão jurídica no regime de responsabilização por danos emergentes do desequilíbrio no meio ambiente de trabalho, que passou a ser objetiva, consoante previsão contida no artigo 14, § 1º, da Lei nº 6.938/1991. Também é essencial repisar que a Constituição trouxe outros avanços, pois ao cuidar da proteção ao meio ambiente, nele incluído o meio ambiente de trabalho, evidenciou a indissociável interação entre trabalho, meio ambiente e saúde pública.

Porém, a despeito desse significativo progresso, é forçoso reconhecer que a doutrina jurídica não acompanhou o movimento de evolução do Direito Sanitário, seja nos estudos do Direito Ambiental em geral, seja na face específica do Direito Ambiental do Trabalho, pois tem dedicado pouca atenção à saúde ambiental e à saúde do trabalhador. Em igual postura, os estudos voltados para o meio ambiente têm dado ao Direito Sanitário pouca atenção restando subestimados o alcance e a potencialização dos efeitos benéficos que o estudo interdisciplinar desses temas poderia alcançar.

Note-se que é no Sistema Único de Saúde que esses três temas- trabalho, saúde e meio ambiente- se encontram em nossa Constituição Federal, evidenciando relevante ponto de convergência e a indissociabilidade que os envolve. A Lei Federal nº 8.080/1990, por sua vez, reforça esse amálgama, reconhecendo que trabalho e meio ambiente integram o que se chama de fatores determinantes e condicionantes da saúde, não sendo possível alcançar níveis de saúde adequados sem que tais elementos sejam considerados em seu conjunto:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como **determinantes e condicionantes**, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, **o meio ambiente, o trabalho**, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990, p. 1)

A percepção quanto a certa desatenção com que a disciplina Direito Sanitário vem sendo tratada pelos estudiosos do Direito Ambiental não constitui, em nenhuma hipótese, crítica que pretende desqualificar os respectivos estudos, pois se reconhece que os progressos alcançados têm contribuído significativamente para o aprimoramento da doutrina e da jurisprudência. Contudo, é necessário chamar a atenção de que estudo voltado para o meio ambiente constitui apenas um dos ângulos a ser considerado quando se busca a “sadia qualidade de vida” para todos os seres humanos e não humanos. Desse modo, algumas assunções ou premissas merecem maior reflexão.

Nesse passo, uma primeira ponderação reside na presunção de que o meio ambiente de trabalho equilibrado, por si só, garantiria a saúde do trabalhador de molde que, ao se cuidar do meio ambiente estar-se-ia, por consequência, resguardando a saúde do trabalhador. Entende-se que essa assunção é apenas parcialmente correta porque não é possível ignorar que concorrem para a garantia da saúde diversos fatores, condições e interações, sendo o meio ambiente de trabalho equilibrado um deles, mas não o único. Um exemplo dessa incompletude são as doenças mentais, que sabidamente podem decorrer das interações laborais e do meio ambiente, mas para a qual concorrem diversos fatores biopsicossociais, que vão desde possíveis intoxicações exógenas, essas comumente ambientais, até questões socioeconômicas relacionadas à organização do trabalho, ao ritmo de trabalho, as condições de vida e de suporte familiar e social, entre outros.

Outra observação que se entende equivocada é a de que o único caminho juridicamente viável para se alcançar o meio ambiente de trabalho equilibrado e, por consequência, o melhor nível de saúde laboral, seria a exigibilidade do cumprimento das disposições previstas no Capítulo V, da CLT, e das Normas Regulamentadoras (NR) editadas pelo Ministério do Trabalho, por força da previsão contida no artigo 200 da CLT. Isso porque, embora o modelo protetivo com foco na saúde do trabalhador

não tenha se originado na Constituição de 1988, é certo que ela constituiu marco relevantíssimo, estruturando moldura jurídica muito diferente da até então existente, sobretudo com a inclusão da saúde do trabalhador entre as atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS), juntamente com a vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica.

Essa inédita conformação jurídica desenhada pela Constituição Federal de 1988 conduziu a uma nova delimitação das atribuições da inspeção do trabalho realizada pelo Ministério do Trabalho, eis que a União deixou de ter competência privativa para legislar em matéria de saúde, levando à expansão das tarefas constitucionalmente destinadas às atividades de vigilância a serem desempenhadas pelo SUS.

Embora o texto constitucional tenha traçado, com clareza solar, os novos contornos da saúde do trabalhador dentro do Sistema Único de Saúde, o que posteriormente foi minudenciado na Lei Orgânica da Saúde (LOS) de tempos em tempos são levantados questionamentos a respeito da atribuição do SUS para realizar fiscalizações em ambientes de trabalho. O fundamento desses questionamentos se relaciona com a exclusividade da União para legislar sobre trabalho e que isso, por via de consequência, acarretaria competência privativa à inspeção do trabalho, com atribuição para intervir nos ambientes de trabalho.

Ocorre que esse tipo de indagação, que invoca uma aparente antinomia entre normas constitucionais, tem fundamento nos resquícios do passado, quando a regulamentação se dava por leis que não se encontram mais em vigor, e não se sustenta mais diante da precisão com que tais temas foram tratados pela Constituição Federal.

Em conclusão, é possível afirmar que, muito embora a Constituição de 1988 tenha trazido inovações que sugerem e até mesmo reforçam a interdisciplinaridade entre os temas relacionados à saúde, ao meio ambiente e ao trabalho, a prática de trabalho integrado entre essas áreas ainda não é uma realidade. Ao contrário, há até certo esforço para perpetuar a fragmentação, como veremos a seguir.

3.5 COMPETÊNCIA LEGISLATIVA EM MATÉRIA DE TRABALHO E DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Para melhor entender a extensão das mudanças operadas na saúde pública pela Constituição de 1988 é necessário lembrar como se estruturava o setor antes da sua promulgação, o que foi abordado na seção 3.2.2 supra. Até então, a saúde pública cuidava tão somente de doenças específicas, notadamente as que poderiam causar riscos à coletividade, conforme previa a Lei nº 6.229/1975, então organizadora do Sistema Nacional de Saúde e que foi revogada pela Lei nº 8.080/1990 (LOS).

No campo da higiene e da segurança do trabalho, da prevenção de acidentes, de doenças profissionais e do trabalho, não restava dúvida de que União, por meio do Ministério do Trabalho e Previdência Social, detinha atribuição para a normatização, conforme previsão contida no Capítulo V, da CLT, e na própria Lei nº 6.229/1975, assim como o “monopólio” da inspeção do trabalho.

Ora, não é de se estranhar que, à época, a repartição de atribuições no campo da saúde se desse entre diversas áreas do executivo. Isso porque o cenário era então muito distinto do atual, na medida em que o direito à saúde não era reconhecido como um direito social e que a assistência à saúde pelo Estado, repise-se, era restrita aos trabalhadores beneficiários da Previdência Social (PAIM, 2008).

O quadro sofreu drástica e positiva mudança a partir de 1988, com a elevação da saúde a nível constitucional como direito fundamental (artigo 6º) e ainda assentada como um direito de todos e dever do Estado (artigo 196). Além de estabelecer o direito à saúde, cuidou o texto constitucional da organização de um sistema voltado para a sua efetivação, prevendo que se daria por meio de ações e serviços públicos integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada sob a diretriz da descentralização, do atendimento integral, que prioriza as atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais, e que garanta a participação da comunidade (artigo 198), com a concepção do SUS.

A saúde pública, por meio do SUS, assumiu roupagem totalmente distinta e isso obviamente se estendeu para o mundo do trabalho. O ser humano, a ser assistido pelo SUS na ocorrência de doenças ou acidentes e que faz jus às atividades de prevenção preconizadas pela norma constitucional, é um ser único e, portanto, não

pode ser cindido em sua dimensão trabalhadora e em sua dimensão social e comunitária.

Nesse passo, é natural a conclusão no sentido de que, reconhecida a influência do ambiente laboral e das interações vividas no âmbito do trabalho sobre a saúde do ser humano trabalhador, é claro que se está diante de um problema de saúde que não pode ser isolado do fator trabalho. A situação ficou muito evidente a partir do reconhecimento constitucional de que compete ao SUS, além de outras atribuições, executar as ações de vigilância tanto sanitária e epidemiológica quanto de saúde do trabalhador, bem como colaborar com a proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (artigo 200, incisos II e VIII) (VASCONCELLOS; GOMEZ; MACHADO, 2014; VASCONCELOS; AGUIAR, 2017).

Feitas as considerações acerca do movimento de expansão da saúde a partir da Constituição de 1988, cujo raio de ação se estendeu deliberadamente para a saúde do trabalhador, torna-se necessário analisar as competências para legislar a respeito da saúde, do trabalho e do meio ambiente, pois, conforme já mencionado, esse se tornou o cerne de uma suposta antinomia levantada para sustentar a equivocada tese de exclusividade da inspeção do trabalho para fiscalizar ambientes de trabalho e da União para legislar sobre a saúde do trabalhador. Essa tese, comumente levantada nas defesas administrativas e judiciais em autuações realizadas pelos agentes da vigilância sanitária ou da vigilância em saúde do trabalhador, foi animada a partir da publicação do Decreto nº 10.854, de 10 de novembro de 2021, que no artigo 16 aduz que aos Auditores-Fiscais do Trabalho do Ministério do Trabalho e Previdência compete a exclusividade da fiscalização do cumprimento das normas de proteção ao trabalho e de saúde e segurança no trabalho (BRASIL, 2021a).

Na distribuição de competências legislativas, a Constituição Federal atribuiu à União a competência privativa de legislar sobre o direito do trabalho (artigo 22, I), assim como sobre direito civil, comercial, penal, processual, eleitoral, agrário, marítimo, aeronáutico e espacial. Ressalte-se que esse extenso rol não incluiu o direito sanitário e tampouco o ambiental. Atribuiu, ainda, à União, a organização, manutenção e execução da inspeção do trabalho.

Os temas relacionados à proteção e defesa da saúde, à proteção ao meio ambiente e ao controle da poluição, por sua vez, tiveram a competência legislativa atribuída concorrentemente à União, aos Estados e ao Distrito Federal (artigo 24, VI

e XII). Nesses casos, cabe à União editar as normas gerais, cabendo aos Estados e ao Distrito Federal suplementá-las. Já os cuidados da saúde e a assistência pública, ou seja, a competência material para a execução de atos, são de competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, de modo que todos os entes federativos podem atuar no mesmo campo. Por fim, não é demais lembrar que é atribuída aos Municípios a competência para legislar sobre assuntos de interesse local, cabendo-lhe competência legislativa suplementar à legislação federal e estadual, no que couber (artigo 30, incisos I e II).

É necessário relembrar que a Constituição de 1988 também não conferiu à União o monopólio legislativo sobre o meio ambiente (artigo 24, VI), do qual não pode ser excluído o meio ambiente de trabalho. Além disso, repise-se, os cuidados com a saúde, com a proteção ao meio ambiente e com o combate à poluição em quaisquer de suas formas, constituem competência material comum à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios (artigo 23, II e VI) (SANTOS, 2010).

Esse é o entendimento que vem sendo esposado pelo E. Supremo Tribunal Federal, mencionando-se, nesse particular, as Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI) intentadas em face de leis estaduais que previam o banimento do amianto¹⁶, sob o fundamento da proteção da saúde da população e do meio ambiente. Do conjunto das ações submetidas ao julgamento da Suprema Corte¹⁷, destaca-se

¹⁶ Amianto ou asbesto é uma fibra natural encontrada livremente e em abundância na natureza, geralmente incrustada em rochas. As propriedades físico-químicas desse mineral (incombustibilidade, maleabilidade, resistência a ataque ácido, de bactérias e álcalis), aliadas ao baixo custo de produção tornou o mineral convenientemente interessante para a indústria. Estima-se que no Brasil amianto já teve mais de três mil finalidades de uso industrial. As mesmas características que conduziram à intensificação do seu uso industrial, tornou o mineral responsável por enorme problema ambiental, diante da incapacidade de degradação no ambiente natural. O custo social dessa exploração econômica, mesmo nos países que já promoveram o banimento do amianto há décadas é, ainda hoje elevadíssimo. Isso se deve, em parte, ao longo período de latência para o desenvolvimento de Doenças Relacionadas ao Asbesto (DRA), um dos mais extensos conhecidos na literatura médica. Pessoas expostas ao amianto desenvolvem doenças entre 10 e 40 anos após a exposição (MENDES, 2001), havendo relatos de casos em que a latência ultrapassou 50 anos. Entre os cânceres relacionados ao amianto está o mesotelioma, forma extremamente agressiva que pode atingir a pleura (tecido que reveste o pulmão), o pericárdio (tecido que reveste o coração), ou o peritônio (tecido que reveste o aparelho digestivo), ainda sem cura cientificamente conhecida e com prognóstico de pouco tempo de sobrevida após o diagnóstico.

¹⁷ Na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 4066, ajuizada pela Associação Nacional dos Magistrados da Justiça do Trabalho (ANAMATRA) e pela Associação Nacional dos Procuradores do Trabalho (ANPT), sustentou-se a inconstitucionalidade do artigo 2º da Lei 9.055/1995, que permitia a extração, industrialização, utilização e comercialização do amianto crisotila (asbesto branco) no Brasil. No seu julgamento não foi atingido o quórum mínimo de seis votos previsto no artigo 23 da Lei 9.868, de 1999, não sendo declarada, na oportunidade, a inconstitucionalidade do artigo 2º da Lei 9.095/1995. Posteriormente foram julgadas pelo STF outras 4 (quatro) ações, três delas ajuizadas pela

excerto extraído da ADI 3046 (BRASIL, ADI 3046, 2017), ajuizada pela Confederação Nacional da Indústria, onde se discutiu a constitucionalidade da Lei 3.579/2001, do Estado do Rio de Janeiro, que banuiu o uso do amianto em seu território, prevendo, ainda, limite de tolerância menor que os previstos em Anexo 12 da NR 15 nas atividades envolvam exposição ao mineral:

A Lei nº 3.579/2001 do Estado do Rio de Janeiro não excede dos limites da competência concorrente suplementar dos Estados, consentânea a proibição progressiva nela encartada com a diretriz norteadora da Lei nº 9.055/1995 (norma geral), incorrente afronta ao art. 24, V, VI e XII, e §§ 2º, 3º e 4º, da CF. 4. Alegação de inconstitucionalidade formal dos arts. 7º e 8º da Lei nº 3.579/2001 do Estado do Rio de Janeiro por usurpação da competência privativa da União (arts. 21, XXIV, e 22, I e VIII, da CF). **A despeito da nomenclatura, preceito normativo estadual definidor de limites de tolerância à exposição a fibras de amianto no ambiente de trabalho não expressa norma trabalhista em sentido estrito, e sim norma de proteção do meio ambiente (no que abrange o meio ambiente do trabalho), controle de poluição e proteção e defesa da saúde (art. 24, VIII e XII, da Lei Maior), incorrente ofensa aos arts. 21, XXIV, e 22, I, da Constituição da República** (BRASIL, ADI 3046, 2017, p. 3, grifou-se).

Nesse acórdão, a relatora do feito, Ministra Rosa Weber, rechaça as alegações de que, ao definir limite de tolerância à exposição ao asbesto em patamar inferior ao previsto em NR, o Estado do Rio de Janeiro estaria usurpando competência da União, ingressando na seara privativa do trabalho. A nobre relatora destaca que o Estado, ao contrário, atuou legislativamente na proteção, a um só tempo, da saúde e do meio ambiente, não havendo qualquer inconstitucionalidade em sua atuação, consoante previsão contida no artigo 24, VIII e XII, da Carta Magna.

Destaque-se que o mesmo entendimento foi reafirmado pelo Corte Suprema no curso da pandemia da COVID-19, reconhecendo uma vez mais a competência concorrente dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e da União para editar

Confederação Nacional dos Trabalhadores na Indústria (CNTI) contra leis de três estados (Pernambuco, Rio Grande do Sul e São Paulo) e outra em face de lei do Município de São Paulo, as quais previam a proibição do uso do amianto em seus respectivos territórios. No julgamento da ADI n. 3937, ajuizada em face da lei estadual paulista, o Ministro Dias Toffoli apresentou voto-vista no sentido de reconhecer improcedente a ação e declarar, incidentalmente, a inconstitucionalidade do artigo 2º da Lei 9.055/1995, tese que se sagrou vencedora, por maioria. Na data de 29.11.2017 foram julgadas improcedentes as ADIs 3406 e 3470, ajuizadas pela CNTI, questionando, a constitucionalidade da Lei 3.579/2001, do Estado do Rio de Janeiro, com a declaração incidental de inconstitucionalidade do art. 2º da Lei 9.055/1995, com efeito vinculante e erga omnes. No dia que se seguiu, houve o julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 109, também julgada improcedente e reconhecida a declaração incidental de inconstitucionalidade do art. 2º da Lei 9.055/1995.

leis que abordem a saúde, com destaque para a ADI nº 6.341, de relatoria do Ministro Edson Fachin.

Em suma, da análise das competências legislativas estabelecidas pela Carta Magna, resta claro que as relacionadas à área do trabalho cabem à União, assim como remanesceu com este ente a competência material para a organização da inspeção do trabalho, atualmente atribuída ao Ministério do Trabalho. Não há dúvidas de que esta configuração se manteve inalterada.

Porém, é igualmente inegável que houve alteração substancial de competência na nova moldura dedicada pela Constituição à saúde, reconhecida como direito e que teve sua matéria atribuída à competência legislativa concorrente para União, Estados e Distrito Federal sendo, ainda, residual para Municípios. Movimento semelhante ocorreu com relação ao meio ambiente, cuja matéria legislativa também foi delegada à União, aos Estados e aos Municípios, de modo que a eles também é possibilitada a fiscalização ambiental dentro de ambientes considerados laborais, pois não podem ser descartados da condição de fontes poluidoras, seja dentro do ambiente de trabalho ou fora deles, o que, ademais, é reconhecido pela Convenção nº 174 da OIT.

3.6 INSPEÇÃO DO TRABALHO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR. DELIMITAÇÃO CONSTITUCIONAL E LEGAL DAS ATIVIDADES FISCALIZATÓRIAS

Corolário lógico da competência legislativa é a competência material de zelar pelo cumprimento da lei, especialmente por meio de atividades fiscalizatórias. Assim, desde que a Constituição de 1988 estabeleceu a competência concorrente entre os entes federativos para legislar sobre saúde e meio ambiente, é insustentável a tese que tenta atribuir à inspeção do trabalho qualquer exclusividade para as ações fiscalizatórias que tenham em mira os ambientes de trabalho.

O raio de atuação da inspeção do trabalho encontra-se devidamente circunscrito pela CLT, que em seu artigo 626 incumbiu às autoridades competentes do Ministério do Trabalho, a fiscalização do “fiel cumprimento das normas de proteção ao trabalho” (BRASIL, 1943, p. 115). Assim, questões relacionadas à saúde do trabalhador, especialmente após a Constituição Federal, que atribuiu a matéria ao SUS (artigo 200, II), por meio de ações de vigilância em saúde, notadamente vigilância

sanitária e vigilância epidemiológica, claramente fogem da competência da inspeção do trabalho. Por isso, não podem as empresas se evadirem das ações de vigilância advindas do SUS, tampouco das ações fiscais realizadas pelos órgãos ambientais dos Estados e Municípios.

Há, porém, a insistência na alegação de suposta antinomia entre dispositivos constitucionais, levantada por alguns setores empresariais e corporativos da administração pública federal, tendo em mira o setor saúde. Essa aparente antinomia se assenta na equivocada concepção de que as ações relacionadas à segurança e saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras cuidam tão somente do tema trabalho, negando-se, por conseguinte, a dimensão saúde que a questão inequivocamente encerra, ainda que as repercussões no corpo físico e mental daqueles que laboram seja incontestável.

Os defensores dessa antinomia justificam por meio de distorcido raciocínio que a competência legislativa é privativa da União, pois a questão cuida de trabalho e não de saúde e nem de meio ambiente. Reforça essa desvirtuada visão, a previsão contida no artigo 7º, XXII, que cuida da redução dos acidentes de trabalho por meio de normas de saúde, higiene e segurança, cuja elaboração, por força do artigo 200 da CLT, está a cargo do Ministério do Trabalho, além da competência material atribuída à União para organizar a inspeção do trabalho.

A suposta antinomia é levantada com o claro propósito de afastar o tema trabalho da saúde, utilizando-se de expediente reducionista das diversas repercussões que o trabalho encerra na vida em sociedade. Além disso, o argumento faz uso extremo da fragmentação do pensamento jurídico, cindindo artificialmente o que é imanente no ser humano – a sua saúde – a qual não pode ser dividida entre suas dimensões, laboral e social.

Em oposição a essa tese, importante ressaltar que indene de dúvida é o fato de que, entre as competências privativas da União, não se inserem as pertinentes à saúde do trabalhador, cujo reconhecimento vem expressamente estampado no texto constitucional, como abordado à exaustão no tópico antecedente, com as atividades descritas na Lei nº 8.080/1990. Desse modo, forçoso concluir que à União remanescem os temas relacionados ao trabalho, assim compreendidos os que se referem à relação empregatícia albergada pela CLT. Esses temas, porém, não podem ser confundidos com as atividades a serem desenvolvidas pela vigilância sanitária e

epidemiológica, as quais, indubitavelmente, foram atribuídas ao SUS, conforme dicção do artigo 200, II, da Constituição Federal, cabendo aos Estados e Municípios, por força da LOS, inspecionar os ambientes de trabalho na execução dessas atividades de vigilância.

Por esse motivo, a antinomia é aparente e não se sustenta. Ao tratar de saúde do trabalhador, a Constituição Federal delegou a tarefa da sua defesa e proteção ao SUS, atribuindo-lhe os poderosos instrumentos da vigilância sanitária e epidemiológica, os quais devem também atender à saúde do trabalhador, especialmente no intuito preventivo. E não há nisso qualquer conflito com as atividades atribuídas à inspeção do trabalho, que ficam restritas às medidas preconizadas na CLT, por se tratarem de tarefas que não se confundem. O trabalho tem suas tarefas distintas, mas, como já dito, ele também tem suas interfaces com a saúde, reconhecidas na própria Constituição, razão pela qual o trabalho integrado entre as áreas do trabalho e da saúde seria o mais desejável e benéfico para a proteção da saúde de trabalhadores e de trabalhadoras (SANTOS, 2000).

Ironicamente, a despeito da resistência à atuação do SUS em relação à Saúde do Trabalhador, os defensores dessa falsa antinomia não têm qualquer pudor em encaminhar os acidentados e os adoecidos pelo trabalho para tratamento ou reabilitação custeados pelo SUS. Esse, por sua vez, não pode recusar atendimento, eis que a universalidade e gratuidade, asseguradas constitucionalmente, não lhe permitem essa negativa. Essa sim, é a verdadeira antinomia, pois resvala em preceitos éticos e admite a externalização dos riscos e danos ao meio ambiente e à saúde, em detrimento da percepção e maximização de lucros, em contradição aos preceitos constitucionais da dignidade da pessoa humana (artigo 1º, inciso III) e da função social da propriedade (artigo 170, *caput* e inciso III).

Nesse ponto, abre-se um parêntese para melhor elucidar no que consiste a vigilância em saúde, notadamente a vigilância sanitária e a epidemiológica, que serão analisadas de forma minudente no próximo capítulo, mas a respeito das quais se faz breve tratativa nesse momento com o propósito de traçar a necessária distinção acerca das atividades fiscalizatórias afetas à inspeção do trabalho e às realizadas por agentes do SUS, pautadas em preceitos de vigilância em saúde.

A vigilância em saúde, enquanto estratégia de saúde pública, cuida da coleta, análise e interpretação sistemática de dados em saúde para o planejamento e a

avaliação com o claro propósito de orientar e incentivar a implementação de ações efetivas para a prevenção de doenças e agravos à saúde (BONITA; BEALEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010).

Destacam-se entre as suas ações, as de vigilância sanitária, que cuida do conjunto de ações que objetivam a eliminação, redução ou prevenção de riscos à saúde por meio de intervenção nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde (BRASIL, 2002).

Por sua vez, a vigilância epidemiológica se sustenta na epidemiologia, que tem por objeto o estudo das ocorrências de saúde-doença em massa, abordando, em seus estudos clássicos, os episódios que envolvem número considerável de pessoas, as quais são agregadas em sociedades, coletividades, comunidades, grupos demográficos, classes sociais, ou outros coletivos de seres humanos (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 1990).

Fazendo uma correlação entre a vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica, Lenir Santos apresenta a seguinte definição de saúde do trabalhador:

[...] um conjunto de atividades ligadas diretamente à vigilância sanitária e à vigilância epidemiológica, que se destinam a prevenir e proteger o trabalhador dos riscos de doenças próprias de ambientes de trabalho, bem como recuperar a sua saúde quando submetida a qualquer agravo ocasionado pelo trabalho (SANTOS, 2000, p. 124).

Nesse passo, com vistas a trazer mais luzes para a questão, é necessário examinar detidamente as distinções traçadas no próprio texto constitucional quanto às atribuições do SUS na seara da saúde do trabalhador e do meio ambiente, nele incluído o do trabalho, notadamente pela leitura respectiva dos incisos II e VIII do artigo 200: a Constituição, ao se referir às ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como às de saúde do trabalhador, determina, no inciso II, a atribuição direta aos órgãos que integram o SUS, confere ao SUS, no inciso VIII, o papel de colaborador na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

Da análise dos dispositivos constitucionais e legais, observa-se que não há qualquer antinomia ou conflito entre trabalho e saúde no que tange ao cuidado com a saúde do trabalhador. Com relação à saúde do trabalhador, a atribuição foi

exclusivamente conferida ao SUS, especialmente para as atividades de vigilância, mantendo-se preservadas, porém, as atividades de inspeção do trabalho, as quais estão limitadas à relação de emprego prevista na CLT e nas NRs, hipótese em que o SUS age como agente colaborador, consoante preconiza o inciso VIII do artigo 200 da Carta Magna.

Cabe esclarecer que colaborar significa ajudar, contribuir, trabalhar em cooperação e não sob dependência ou subordinação. É extremamente importante que essa delimitação seja bem compreendida, pois dúvidas geram perda de precioso tempo, que pode determinar a sorte entre a vida ou a morte de trabalhadores, além de não favorecer aspectos preventivos que devem envolver a defesa da saúde. Ao contrário, o tempo depõe contra a proteção da saúde, especialmente ao se falar em vigilância epidemiológica, quando o fator tempo é considerado para avaliar a incidência e a prevalência de doenças, sendo primordial que a coleta de dados de saúde seja realizada a modo e a tempo certo. Assim, o tempo deve ser um fator responsabilmente considerado tanto por agentes públicos como pelos operadores do direito.

Também merece atenção o quanto previsto na Lei 9.649/1998, que cuida da organização da Presidência da República e dos Ministérios. No art. 14, a lei delimita a área de competência de cada Ministério, sendo certo que no inciso XVIII, alínea “c”, conferiu ao Ministério da Saúde os cuidados com a “saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive dos trabalhadores e dos índios”. Já no inciso XIX, inciso “f”, destinou ao Ministério do Trabalho e Emprego as competências materiais relacionadas à segurança e saúde no trabalho (BRASIL, 1998). As atribuições delegadas a cada um desses Ministérios deixam clara a coexistência de dois sistemas de proteção, sendo o primeiro, atribuído ao Ministério da Saúde, pautado na Saúde do Trabalhador (ST) e o outro, pautado em preceitos relacionados à Segurança e Saúde no Trabalho (SST), atribuído ao Ministério do Trabalho.

O Tribunal Superior do Trabalho (TST) tem evoluído seu entendimento no sentido do reconhecimento da competência dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) para fiscalização dos ambientes de trabalho¹⁸, superando

¹⁸ Reconhecendo a competência do CEREST de Campinas para fiscalizar e autuar empresas, assim se manifestou o digno Relator Processo nº TST-RR-390-46.2012.5.15.0053, Ministro Yves Gandra

jurisprudência que, por vezes, se revelava titubeante com relação ao tema¹⁹. A dúvida suscitada perante as cortes, a depender do contexto político e da correlação de forças sociais do momento, pode acarretar sérios riscos à própria manutenção dos serviços voltados à vigilância, em especial, à saúde de trabalhador.²⁰

Não obstante a clareza do texto constitucional e o entendimento já manifestado pela Suprema Corte brasileira, inclusive no contexto da crise da pandemia da COVID-19, o governo federal editou o Decreto nº 10.854, em novembro do ano de 2021, durante momento crítico da epidemia mundial. Esse decreto, que ficou conhecido como Marco Regulatório Trabalhista, prevê no artigo 16 a competência exclusiva dos Auditores-Fiscais do Trabalho do Ministério do Trabalho e Previdência na fiscalização do cumprimento das normas de proteção ao trabalho e de saúde e segurança no trabalho (BRASIL, 2021a).

O termo “exclusividade”, utilizado nesse Decreto, não deixa margem à atuação cooperativa ou em colaboração e pode ser o bastante para convenientemente reascender discussões que já se imaginavam superadas, além de suscitar dúvidas acerca da possibilidade das instâncias da saúde do trabalhador no SUS, em especial

Martins Filho: “I) RECURSO DE REVISTA DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS – AÇÃO ANULATÓRIA DE AUTO DE INFRAÇÃO – COMPETÊNCIA DE ÓRGÃO MUNICIPAL PARA FISCALIZAR E AUTUAR EMPRESAS POR DESCUMPRIMENTO DE NORMAS DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO A jurisprudência desta Corte é no sentido de que o CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, órgão municipal, possui competência para fiscalizar e autuar empresas por descumprimento de normas atinentes à segurança, saúde e medicina do trabalho. [...]” (BRASIL, 2018, p. 1).

¹⁹ No Processo nº TST-RR-10420-06.2015.5.15.0096 não foi reconhecida a competência do CEREST de Jundiá para autuar empresa em ação fiscalizatória, por entender que o art. 14, XIX, “c” da Lei nº 9.649/1998 prevê competência do Ministério do Trabalho e emprego para a fiscalização do trabalho. Também foi mencionada no Acórdão que os arts. 626 a 634 da CLT disciplinam o procedimento de fiscalização do trabalho. Observa-se que a decisão trata o tema sob o manto do direito do trabalho, não adentrando na seara da saúde, deixando de realizar o enfrentamento da questão sob essa perspectiva.

²⁰ Em obra magistral, intitulada *Doubt is Their Product*, o médico epidemiologista e professor do Departamento de Saúde Ambiental e Ocupacional, do Milken Institute School of Public Health, da Universidade George Washington, David Michaels, revela como empresas poluidoras foram hábeis em explorar meandros da ciência para gerar dúvida e incertezas, com claro objetivo de atrasar decisões regulatórias em prejuízo à saúde pública. Para alguns “cientistas”, nem sempre o objetivo final é encontrar a verdade científica, mas enaltecer dúvidas científicas que possam beneficiar a manutenção no mercado de produtos que possam trazer danos à saúde, gerando lucros e postergando a responsabilização por danos ou, mesmo, a sua evasão. Michaels considera um dos cases de maior sucesso dessa estratégia a utilização de dúvidas pelos defensores da indústria do tabaco, com interação entre cientistas e operadores do direito, que se revelou assustadoramente benéfica para as corporações. Além da manutenção da exploração econômica até os dias de hoje, praticamente garantiu a isenção de responsabilidade da indústria do tabaco, pavimentando uma armadura regulatória que segue protegendo e garantindo a sua produção, a despeito dos comprovados danos à saúde e dos índices temerosos de câncer de pulmão e enfisema pulmonar relacionados ao consumo de cigarro em todo o mundo (MICHAELS, 2008),

as que exercem funções de vigilância em saúde, ingressarem nos ambientes de trabalho, acarretando, assim, prejuízos à fiscalização ambiental quando a fonte poluidora estiver em um ambiente laboral.

Animadas com a perspectiva de reavivar a dúvida quanto à possibilidade de fiscalização em ambientes de trabalho por agentes do SUS, as empresas passaram a renovar a discussão da atribuição legal conferida por esses órgãos junto à Justiça do Trabalho, ajuizando ações anulatórias de autos de infração infligidos pelos CEREST's ou pela vigilância sanitária dos municípios, sob a alegação de suposta exclusividade dos auditores fiscais do trabalho para a autuação de irregularidades do trabalho.

Nesse contexto, faz-se brevíssima apresentação das razões de decidir que fundamentaram a sentença proferida no âmbito do processo (SANTA CATARINA, 2021), pois o caso ilustra que a falta de clareza na delimitação da área de atuação da inspeção do trabalho e das instâncias de vigilância do SUS pode conduzir ao vazio fiscalizatório. A sentença transitou em julgado em razão do não conhecimento dos recursos interpostos pelo Ministério Público do Trabalho junto ao Tribunal Regional do Trabalho da 12ª Região.

O processo teve início com o ajuizamento de ação anulatória intentada por uma grande empresa do setor frigorífico – ramo econômico que teve participação significativa nos impactos da COVID-19 nos ambientes de trabalho –, requerendo a anulação de auto de infração lavrado pelo CEREST do Estado de Santa Catarina, ante a recusa empresarial em disponibilizar acesso aos prontuários médicos de seus trabalhadores às autoridades da Saúde.

No *decisum*, o juízo manifestou entendimento em relação à competência estabelecida pela Lei nº 8.080/1990 no seguinte sentido:

[...] não confere aos Estados, Distrito Federal e Municípios a competência para inspeção do trabalho, porquanto apenas dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, de forma que o SUS passou a atuar de forma complementar nos serviços de controle e de avaliação das condições de trabalho e do meio ambiente laboral, conforme previsão contida nos artigos 16, 17 e 18 da Lei nº 8.080/90 (SANTA CATARINA, 2021, p. 7).

Note-se que nos artigos 17 e 18 da LOS estão previstas as atribuições do SUS no âmbito estadual e municipal, para atuar em ações e serviços de vigilância

epidemiológica, vigilância sanitária e saúde do trabalhador. Ora, as atividades de vigilância pressupõem a realização de ações de fiscalização, seja na intervenção direta em ambientes que possam trazer risco à saúde dos trabalhadores ou à população, por meio de ações de vigilância sanitária, inclusive em saúde do trabalhador, seja para promover a coleta de dados, como foi o que ocorreu no caso em comento, no qual o CEREST buscava os prontuários de saúde, em ação típica de vigilância epidemiológica.

Embora os artigos da Lei nº 8.080/90 que referem às atividades de vigilância tivessem sido transcritos na decisão, estas não foram consideradas em seu teor pelo Juízo, o que leva a crer que há certa incompreensão a respeito do que consistem essas atividades de vigilância em saúde. Causa estranheza a contradição que a decisão encerra, o que levanta a hipótese de desconhecimento sobre o significado do alcance e dos contornos das atividades de vigilância em saúde.

Considerando que, não tendo a inspeção do trabalho atribuição para fiscalizar questões relacionadas à saúde do trabalhador, mas tão somente às matérias descritas na CLT e nas NRs, tudo quanto não foi incluído nos programas descritos na NR 1 e na NR 7 não é passível de fiscalização pela inspeção do trabalho. Ocorre que, no contexto da COVID-19, o Ministério do Trabalho, por meio de sua consultoria jurídica, entendeu que o risco relacionado ao vírus SARS-CoV-2 não precisava integrar os programas descritos nas referidas NRs, conforme será abordado no próximo capítulo.

Diante da configuração do vazio fiscalizatório, que contou com o beneplácito do Judiciário na situação ocorrida em Chapecó e que foi acima mencionada, repese-se o quanto é importante que o campo de atuação dos entes fiscalizatórios reste bem delimitado, de modo a evitar discussões desnecessárias e que venham a vulnerar o espírito protetivo insculpido na Constituição Federal. Ao reconhecer o direito de todos à saúde, o texto constitucional o fez de forma indistinta a todos os cidadãos, destacando assertivamente as situações que merecem atenção especial, como é o caso dos idosos, das pessoas com deficiência, das crianças e dos adolescentes, das gestantes e também a questão especialíssima do trabalho sobre a saúde, reservando a denominação específica de saúde do trabalhador (SANTOS, 2000).

Nesse sentido, transcreve-se o entendimento de Lenir Santos, eminente estudiosa do Direito Sanitário que há décadas sustenta a atribuição do SUS para as questões relacionadas à saúde do trabalhador e que, em magistral parecer exarado a

pedido da Organização Panamericana de Saúde, posteriormente publicado em prestigiada revista jurídica, concluiu pela coexistência harmônica das atividades relacionadas à inspeção do trabalho e às atribuídas à fiscalização exercida pelos agentes do Sistema Único de Saúde, opondo-se veementemente ao pensamento reducionista das atividades do SUS, especialmente quanto ao caráter preventivo que permeia as ações relacionadas à vigilância:

Ora, entender a saúde do trabalhador no sentido estrito de oferecimento de serviços ambulatoriais e hospitalares ao trabalhador acidentado do trabalho (já que o acidente do trabalho é conceituado com o acidente em si e a doença profissional e a doença do trabalho, art. 19 da Lei 8.212/1991), com exclusão das ações preventivas e coercitivas que possam eliminar os riscos advindos das condições de trabalho, e retirando-lhe a função de fiscalizar e intervir nas condições de trabalho, é fazer uma leitura redutora do conceito de saúde e desconhecer o campo de atuação da vigilância sanitária, que não cuida de recuperar a saúde do indivíduo doente, mas tão somente pratica ações que visam diminuir, prevenir, eliminar, coibir, fiscalizar, induzir e intervir nas condições que possam constituir riscos de agravo à saúde do indivíduo, da coletividade e, de modo especial, do indivíduo trabalhador em seu ambiente de trabalho (SANTOS, 2000, p. 17).

Desse modo, há que se interpretar a Constituição de acordo com a sua finalidade, de resguardar o indivíduo levando em consideração as peculiaridades das situações de trabalho, formal ou não, razão pela qual não reconhecer ou reduzir o papel do SUS nas intervenções dos ambientes de trabalho contraria o próprio escopo protetivo que lhe foi conferido pela Carta Magna.

Ainda no campo da proteção da saúde do trabalhador, não se pode olvidar as atribuições conferidas pela Constituição Federal e pela legislação infraconstitucional à Previdência Social, especialmente em ocorrências de acidentes de trabalho. A Previdência cuida da cobertura de eventos de doença, invalidez e morte, consoante previsto nos artigos 7º, inciso XXVIII, e 201 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), sem prejuízo de eventual ação regressiva contra os responsáveis pelo acidente de trabalho em caso de dolo ou culpa, na forma descrita no artigo 120 da Lei nº 8.213/1991 (BRASIL, 1991).

A habilitação e a reabilitação profissional e social, que consistem em atividades sob a responsabilidade da Previdência, podem compreender o fornecimento e reparação de órteses e próteses, de instrumentos de auxílio de locomoção e outros equipamentos, além de transporte do acidentado do trabalho, se

necessário, nos termos dos incisos do artigo 89 da Lei nº 8.213/1991, cujo *caput* assim dispõe a respeito da finalidade de tais atividades:

[...] proporcionar ao beneficiário incapacitado parcial ou totalmente para o trabalho, e às pessoas portadoras de deficiência, os meios para a (re)educação e de (re)adaptação profissional e social indicados para participar do mercado de trabalho e do contexto em que vive (BRASIL, 1991, p. 35)

Os procedimentos de habilitação e reabilitação profissional e social podem ser usufruídos não apenas pelo segurado, podendo ser estendidos também a seu dependente, conforme artigo 18, inciso III, “c”, da Lei 8.213/1991. Além disso, no que se refere à reabilitação profissional, não são condições de elegibilidade, nem o período de carência, conforme artigo 26, inciso V, e nem tampouco que a inaptidão para a atividade habitual decorra de acidente de trabalho, nos termos do artigo 62 (BRASIL, 1991).

A visão integrativa da proteção da saúde do trabalhador não pode perder de vista as atribuições da Previdência Social, eis que a reabilitação física e mental em caso de acidentes fica sob o encargo da Saúde, na forma prevista no artigo 6º, § 3º, inciso II, da Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990). A compatibilização e integração das atividades de cada um desses órgãos seria extremamente salutar, tema não será alongado nessa seara, eis que foge da delimitação do escopo desta pesquisa, que se restringe à integração dos sistemas de proteção relacionados à área do trabalho e à área da saúde.

Sumarizando a discussão, pode-se concluir que à inspeção do trabalho é atribuída a fiscalização de matérias relacionadas à proteção do trabalho, porém restritas à relação de emprego prevista na CLT e, no que concerne aos ambientes de trabalho, limitadas às previsões contidas nas NRs. As matérias a serem abordadas pelas NRs, por sua vez, têm delimitação descrita no artigo 200 da CLT. A esse conjunto de normas, procedimentos e práticas previstos em lei, aplicáveis às empresas e seus empregados, muito alinhados ao modelo de saúde ocupacional, supra abordado, atribuiu-se a denominação Segurança e Saúde no Trabalho (SST).

Quanto às atribuições dos entes federativos do SUS, o exercício da fiscalização em saúde do trabalhador deve guardar especial alinhamento com as estratégias de vigilância em saúde, notadamente a vigilância epidemiológica e a

vigilância sanitária, consoante previsto no artigo 200, inciso II, da Constituição Federal e artigos 16 a 18 da Lei nº 8.080/1990. A esse conjunto de atividades, que têm a finalidade de promoção, de prevenção e de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, além da recuperação e reabilitação física e mental dos trabalhadores, atribuiu-se a denominação Saúde do Trabalhador (ST).

Tanto as atividades fiscalizatórias quanto as políticas voltadas à proteção integral da saúde do trabalhador e da trabalhadora poderiam estar alinhadas em uma perspectiva sistêmica, de modo a potencializar as atividades desenvolvidas pela inspeção do trabalho e pelos agentes do SUS. A construção de um trabalho mais integrativo e interinstitucional entre os diversos entes da administração pública já foi ensaiada em outras oportunidades, com a edição de duas políticas nacionais: (1) a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), criada pelo Decreto nº 7.602/2011 (BRASIL, 2011); e (2) a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), que teve origem na Portaria nº 1.823/2012 (BRASIL, 2012).

O lançamento de duas políticas distintas, uma seguida à outra no intervalo inferior a dez meses, revela os dissensos, ainda que subliminares, em torno da almejada integração e da perspectiva de efetivação de estratégia de atuação sistêmica e integrada entre os órgãos públicos. Desse modo, cumpre analisar essas políticas sob o prisma da integração e da atuação interinstitucional.

3.7 POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO (PNSST)

A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) foi criada pelo decreto presidencial (Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011), e tem no artigo 4 da Convenção nº 155, da Organização Internacional do Trabalho um dos fundamentos da sua concepção, eis que o diploma internacional preconiza a formulação e o reexame periódico de uma política nacional coerente em matéria de segurança e saúde dos trabalhadores e meio ambiente de trabalho.

Anteriormente ao Decreto de 2011, outras iniciativas voltadas para essa finalidade já haviam sido intentadas desde a década de 1990, tendo início com a criação da Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador, composta por representantes dos Ministérios da Previdência, Saúde e Trabalho, no ano de 1993, pela Portaria Interministerial MPS/MP/MS/SAF nº 1/1993; destaca-se, ainda, a criação

do Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador (GEISAT), que foi instituído pela Portaria Interministerial MT/MS/MPAS nº 7/1997, teve suas atribuições revistas em 2002 e posteriormente reavaliadas por outro Grupo de Trabalho Interministerial criado pelos Ministérios da Previdência Social, da Saúde e do Trabalho e Emprego, por meio da Portaria Interministerial no. 153/2004. A esse último foi atribuída a tarefa de elaborar a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST). Nos anos de 2004 e 2010, foram publicadas versões da PNSST para consulta pública. Por fim, a PNSST objeto do Decreto editado no ano de 2011 (SERVO; SALIM; CHAGAS, 2011).

A dificuldade para a concepção de um plano interinstitucional mais efetivo tem como pano de fundo o conflito de atribuições entre os ministérios, que se arrasta desde a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (COSTA, *et al.*, 2013), a partir da qual houve a definição das ações de vigilância em saúde e a concepção de uma Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), com previsão para desempenhar funções relacionadas à vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, seguindo o caminho traçado pelo texto constitucional (artigo 200, II).

Até então, as Delegacias Regionais do Trabalho atuavam na fiscalização dos ambientes de trabalho, enquanto a assistência médica era ofertada pelo extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), cuidando o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) do reconhecimento causal para a finalidade de concessão de benefícios. Com a definição da VISAT, dúvidas foram levantadas quanto à competência para fiscalizar ambientes de trabalho, conforme abordado nas duas seções que antecedem a presente.

No plano concreto, a percepção acerca dos prejuízos da atuação fragmentada e por vezes desconectada dos diversos órgãos do executivo em torno de temas relacionados à saúde do trabalhador, em especial o federal por meio dos Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde remonta de longa data, sendo objeto de pressão por diversos segmentos sociais, como sindicatos, profissionais e de representações empresariais, entidades do controle social e associações de classe, entre outros.

Assim, a partir das pressões da sociedade, a PNSST foi concebida com a missão de espancar esse conflito, no que falha solenemente, posto que se limita a reafirmar as atribuições de cada ente, sem propor soluções que possam, de fato,

colaborar para a articulação de ações interministeriais e, quem sabe assim, proporcionarem uma visão que consiga pavimentar o caminho de atuação interinstitucional (HURTADO *et al*, 2022). Dos doze itens que compõem a PNSST, três são integralmente dedicados à definição das atribuições de cada um dos três ministérios. Ora, no que tange a indicar as atribuições de cada ministério do executivo federal, elas já foram descritas na Lei nº 9.649/1998, sendo desnecessária a mera repetição no Decreto.

Além de repetir as atribuições dos ministérios, a PNSST esclarece no item V que os três ministérios são responsáveis pela implementação e execução da política, mas sem especificar como isso deve ocorrer dentro desses órgãos. As diretrizes estão enunciadas no item IV, porém são extremamente vagas. Preveem, por exemplo, a criação de um sistema nacional de promoção e proteção da saúde e a estruturação de rede integrada de informações, medidas importantes para potencializar e orientar as ações dos ministérios, mas não há indicação de responsável pelas tarefas e nem tampouco os meios a serem utilizados para alcançar tal desiderato. Com isso, decorridos mais de doze anos da edição do decreto, esses sistemas e redes seguem apenas no papel.

A respeito das inconsistências do decreto e da ausência de medidas que pudessem favorecer a intersetorialidade, tem-se que:

Dentre as várias inconsistências do decreto, chama atenção sua omissão no tocante ao fornecimento e à disponibilização dos dados e das informações epidemiológicas dos bancos de benefícios da Previdência Social, até hoje tratados como segredo fiscal por aquela instituição. No corpo do texto ainda se encontra materializada a manutenção da “queda de braço” entre Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Saúde no tocante às ações de Vigilância dos processos de trabalho, com claro favorecimento do setor Trabalho neste aspecto, enquanto ao setor Saúde restou a tímida posição de “fortalecimento das ações de vigilância (COSTA *et al.*, 2013, p. 17).

Outrossim, no ano de 2019, todos os dispositivos relacionados à gestão da PNSST foram extirpados pelo Decreto nº 9.944, de 2019, que dispôs sobre a criação do Conselho Nacional do Trabalho e instituiu a Comissão Tripartite Paritária Permanente. Nenhuma dessas instâncias, porém, foi indicada para a tarefa de gestão da política. Como resultado, a PNSST ficou sem qualquer mecanismo de gestão.

Curiosamente, mesmo sem qualquer instância ou mecanismo de gestão desde 2019, há que se pontuar que essas ausências não foram ressentidas, pouco se

ouvindo falar a respeito dessa medida de exclusão, seja no sentido positivo ou negativo, o que pode ser atribuído à baixa efetividade da própria política nacional que poderia explorar os espaços onde há possibilidade de trabalho interinstitucional integrado.

Para a proteção integral da saúde do trabalhador e da trabalhadora, existem atribuições que, se não podem ser consideradas comuns aos três ministérios do executivo, ao menos se comunicam. Nesse aspecto, um espaço de atuação integrada é o de promoção da saúde, por meio de ações preventivas. Esse é um objetivo comum a todos os ministérios, pois a prevenção de acidentes e agravos à saúde do trabalhador beneficia não apenas a população trabalhadora, que tem a saúde resguardada, mas também a esses órgãos, a partir da redução do impacto na assistência à saúde pelo SUS, na concessão de benefícios pela Previdência, na proteção monetária dos trabalhadores potencialmente vitimados e também dos recolhimentos fundiários, fiscais e previdenciários, alvo da Inspeção do Trabalho.

A previsão de compartilhamento de dados entre os ministérios poderia potencializar essas ações conjuntas, além de auxiliar na tarefa de planejamento. Um sistema único voltado para a proteção dos trabalhadores poderia auxiliar na leitura epidemiológica de acidentes e agravos à saúde no país, a partir da coleta de dados de múltiplas fontes, como entidades ambulatoriais e hospitalares, auxiliando na superação da subnotificação sobejamente reconhecida na emissão da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT) e no registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Ministério da Saúde.

Além da atuação integrada em ações preventivas e do compartilhamento de dados e informações, também há espaço para trabalho interinstitucional na reabilitação à saúde física e mental de trabalhadores vitimados por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, que deve ser realizada pelo SUS (art. 6º da Lei nº 8.080/1990) e na reabilitação profissional a cargo da Previdência (art. 89 da Lei nº 8.213/1991), que poderia contar com o apoio da inspeção do trabalho quando da reinserção do trabalhador no ambiente de trabalho, na forma prevista na NR 7. Enfim, existe um oceano de possibilidades, infelizmente, ainda intocadas pela PNSST.

3.8 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA (PNSTT)

A análise do decreto que deu à luz a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) deixa claras as limitações do seu alcance, resultando notadamente na frustração do objetivo de mitigar a atuação fragmentada dos órgãos do executivo e na incapacidade de estancar o conflito de atribuições do executivo federal, principalmente entre as áreas do trabalho e da saúde. A omissão dessa política no sentido de aclarar esse conflito favoreceu principalmente a área do trabalho, que já tinha espaço fiscalizatório conhecido e consolidado nos ambientes de trabalho, com foco nas medidas de higiene e segurança, desde a década de 1970. As ações de VISAT, por sua vez, tiveram espaço reduzido na PNSST e, aliadas ao desconhecimento em torno da atuação das vigilâncias na área da saúde do trabalhador, foram impactadas negativamente.

No ano seguinte à publicação do Decreto nº 7.602/2011, foi editada pelo Ministério da Saúde a Portaria nº 1.823/2012, que instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). Embora os “considerandos” da Portaria se refiram o alinhamento da PNSTT à PNSST e também inclua a articulação intersetorial em algumas partes do texto, o foco da primeira está claramente nas ações intrainstitucionais, uma vez que se direciona primordialmente à atuação dos diversos níveis do próprio SUS, o que é claramente justificável e relevante, diante da complexidade da organização do sistema brasileiro, considerado o maior sistema público de saúde do mundo.

Desse modo, a PNSTT constitui marco relevante para o posicionamento da saúde do trabalhador dentro do próprio SUS, com destaque para as ações voltadas de vigilância, consolidando a VISAT dentro do próprio sistema. Outrossim, a PNSTT dá destaque para as atividades da VISAT, enaltecendo a vigilância de ambientes e de processos de trabalho, reforçando a posição do SUS no que tange à fiscalização dos ambientes de trabalho sob a perspectiva da vigilância.

Importante destacar as estratégias pontuadas no artigo 9º da PNSTT, que além da integração entre a VISAT com os demais componentes da Vigilância em Saúde (Epidemiológica, Sanitária e Ambiental), também destaca a necessidade de interlocução e cooperação com a Atenção Primária em Saúde, por meio de

planejamento conjunto, de produção conjunta de protocolo e normas técnicas, de qualificação de equipes, além da harmonização e unificação de instrumentos de registro e notificação de agravos e eventos comuns.

Cabe ressaltar no artigo 9º que a alínea 'h' inclui a garantia na identificação do trabalhador, do registro de sua ocupação, ramo de atividade econômica e tipo de vínculo em diversos sistemas de dados do SUS, bem como em sistemas sob o comando do Ministério da Previdência e do Trabalho (CNIS, CAGED, SFIT, RAIS), além de sistemas de outros órgãos, como agricultura, meio ambiente, indústria, comércio, entre outros. Essa medida seria de grande auxílio na captação de dados que pudessem colaborar na vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador, pois essa se beneficia muito da coleta de dados de fontes diversas.

A despeito do esforço de consolidação que valoriza as ações de Saúde do Trabalhador (ST) no SUS, observa-se ainda uma redação tímida no tocante à própria vigilância, eleita como estratégica na PNSTT. Exemplificando, o parágrafo 2º do artigo 14 da Portaria nº 1.823/2012 estabelece que cabem aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) as ações diretas de vigilância, somente em caráter complementar ou suplementar para situações “em que o Município não tenha condições técnicas e operacionais, ou para aquelas definidas como de maior complexidade” (BRASIL, 2012, p. 13). Esta redação exprime dubiedade que se reflete na fragilidade das ações de vigilância, na ausência de prioridades e programas articulados nos vários níveis do território.

Sem autoridade sanitária, como infelizmente ocorre na maioria dos CERESTs, como desenvolver a competência da própria equipe, que tem a função de ser referência para a rede? Ou seja, como ser referência sem o desenvolvimento da própria ação? Como tratar riscos que ultrapassam, em muito, às fronteiras do território municipal e mesmo estadual – como se pode exemplificar com a cadeia produtiva do açúcar e do álcool, ou com as mortes e mutilações que ocorrem no transporte de carga rodoviária que apresenta atualmente uma das maiores taxas de mortalidade pelo trabalho no país?

Acrescente-se à dubiedade e indefinição da redação normativa, o fato de que as ações de ST pressupõem, por sua natureza, além de recursos materiais, quadro de pessoal suficiente, capacitado e dotado de carreira compatível com as funções essenciais do Estado provedor, condição mínima para o enfrentamento dos problemas

complexos do campo da ST, ou seja, uma política de Estado condizente com a perspectiva de superação da precariedade do trabalho contemporâneo e com a proteção integral da saúde dos trabalhadores.

Portanto, não parece ser possível acreditar que ações de vigilância e intervenção ocorrerão a partir das ações da rede básica, que, atualmente, conta com quadro reduzido e focado no aspecto assistencial (COSTA *et al.*, 2013). De todo modo, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) representa um norte para a própria Saúde do Trabalhador, que tem atrições tão complexas quanto são diversos e amplos os desafios da área do trabalho, com necessidades muitas vezes desconsideradas pela gestão do SUS (VASCONCELLOS; AGUIAR, 2017).

Antes de encerrar esta seção, torna-se imperioso comentar a existência de duas políticas distintas para a proteção da saúde do trabalhador. Essa duplicidade não revela maior proteção, mas a fissura política e institucional do Estado brasileiro em torno do tema. A respeito desse assunto, acompanha-se a conclusão levantada por Luiz Fadel Vasconcellos (2013, p. 2), no sentido de que, “ao erigir duas políticas de saúde do trabalhador, o Estado brasileiro assumiu sua intenção de ter NENHUMA política de Estado para a área. Demonstra-se que se cria uma coisa com o SUS e outra coisa no SUS”. Veja-se

Enquanto diversas corporações e instituições se mantiverem reativas e não compreenderem que o SUS é o responsável pela condução das políticas de saúde pública no Brasil e que a saúde do trabalhador, no seu todo, é uma política de saúde pública, andaremos sem um marco referencial legal e legítimo de política de Estado estruturante para a área. Essas corporações e instituições reativas não se situam só no campo da previdência e do trabalho, como pode parecer. Estão inseridas no próprio setor saúde, especialmente nas suas instâncias de gestão, em muitos dos profissionais de saúde da rede como um todo, na Anvisa, no controle social e, fora do setor saúde, nos outros ministérios, nos Poderes Legislativo, Judiciário e, claro, nos setores empresariais.

Ter o SUS como o condutor da política não significa excluir outros setores do Estado quanto às suas responsabilidades em ST, ao contrário, significa trazer para o campo da saúde pública a conjugação de todas as instâncias em uma perspectiva sistêmica, como a própria ideia de Sistema Único de Saúde prevê. Prevê, mas não faz. Significa, ainda, introduzir a categoria trabalho na perspectiva sistêmica das políticas desenvolvimentistas, tendo a saúde como foco de dignificação e valorização da vida. Nessa perspectiva, tantas são as possibilidades de uma política de Estado aglutinadora das diversas questões: interlocução em uma esfera única do Estado que abranja a totalidade de seus aparelhos; conjugação de ações e otimização de recursos financeiros e humanos; dissolução de barreiras institucionais (tais como as informações previdenciárias e as ações de vigilância citadas no debate); planejamento de ações conjugadas de Estado; incorporação da área de saúde, trabalho e

ambiente aos planos de desenvolvimento; viabilização do olhar do Estado sobre as cadeias produtivas que alcancem o trabalho informal, infantil e escravo; e, entre outras, utilização da capilaridade epidemiológica do setor saúde para que as ações cheguem a todo o território brasileiro (VASCONCELLOS, 2013, p. 2).

A coexistência de políticas fragmenta as ações que deveriam ser sinérgicas e integradas, revelando a postura titubeante do Estado em tornar efetivos os compromissos sociais e políticos assumidos quando da promulgação da Constituição Federal, que atribuiu ao SUS a tarefa de zelar pela saúde do trabalhador, dentro de uma política de saúde pública. Essa tarefa, porém, não significa a exclusão de outros setores do estado e da sociedade, eis que o próprio conceito de saúde coletiva adotada pela Constituição Federal, leva em consideração a determinação social do processo saúde-doença e para a qual concorrem diversos fatores, tanto biológicos como sociais e econômicos. Isso, por si só, pressupõe que o isolamento e a fragmentação não contribuirão para a elevação dos níveis de saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras brasileiras, sendo necessária a conjugação de esforços em prol da saúde dos que laboram.

4 PROTEÇÃO JURÍDICA INTEGRAL DA SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA: UMA VISÃO INTEGRATIVA ENTRE SAÚDE DO TRABALHADOR (ST) E SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR (SST)

Antes de ingressar no tema da proteção integral da saúde do trabalhador e da trabalhadora no ordenamento jurídico brasileiro, é preciso retomar em consideração o fato de que a definição de saúde evoluiu com o tempo. Nesse sentido, vale repisar que desde a metade do século XX, a partir da definição trazida na Constituição da OMS, restou cristalizado o entendimento de que saúde não é apenas a ausência de doenças ou enfermidades.

Não se pode ignorar que a definição de saúde, trazida pela entidade internacional, é criticada pela sua amplitude, especificamente ao estabelecer a saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, eis que seria impossível a qualquer ente, público ou privado ofertar ou se responsabilizar pelo completo bem-estar de toda ou de parcela da população (SANTOS, 2010).

No entanto, também é certo que tem o mérito de ser um poderoso “conceito-guia”, que inspira e estimula as nações a buscarem todos os meios para a promoção e garantia da saúde (SANTOS, 2010). Destarte, saúde não pode ser tratada como o antônimo da doença. Não é a ausência de doença que determina a saúde, eis que, para que essa seja alcançada, concorre uma série de fatores que influenciam e colaboram, positiva ou negativamente, para o bem-estar geral e para a qualidade de vida do indivíduo.

Como já exposto nos capítulos antecedentes, o direito à saúde e, mais especificamente, a proteção à saúde do trabalhador e da trabalhadora (artigo 200, II, CF) e ao meio ambiente do trabalho (artigo 200, VIII, CF) no Brasil passou por amplo processo de transformação a partir da Constituição Federal de 1988, com o reconhecimento da saúde como um direito (artigo 196 da CF) e também do direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado como essencial à sadia qualidade de vida (artigo 225 da CF) (BRASIL, 1998).

Na verdade, a Constituição Federal foi muito além de reconhecer direitos, pois estruturou um abrigo protetivo para a saúde, concebendo, nos artigos 196 a 200, um sistema de saúde pautado na seguridade social (BRASIL, 1998). Assim, a Carta Cidadã estabeleceu a migração de um sistema anterior, baseado no seguro social,

cujo acesso aos serviços de saúde estava restrito aos contribuintes da previdência social, para um sistema de seguridade social, de acesso universal, no qual a condição de cidadania é suficiente para gerar o direito à saúde e, portanto, os serviços são financiados por toda a sociedade por meio de contribuições e impostos.²¹

Em outras palavras, é possível dizer que, desde a Constituição Federal de 1988, a saúde do trabalhador deixou de ser tema restrito à relação privada entre empregador e trabalhador, para ocupar espaço constitucionalmente garantido na estrutura do SUS. E qual a significância dessa mudança de paradigma? Isso importa dizer que as questões relacionadas à atividade laborativa e que possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida de trabalhadores e trabalhadoras ou afetá-la negativamente, estão sujeitas à apreciação, ao monitoramento e à intervenção das autoridades sanitárias.

Porém, o reconhecimento dessa autoridade sanitária não é tão tranquilo, tanto por parte das empresas ou dos próprios gestores do SUS quanto pelo Judiciário Trabalhista e mesmo por integrantes do Ministério Público de todos os ramos, incluído o do trabalho. O Direito Sanitário ainda é um desconhecido do mundo do trabalho no Brasil. No âmbito interno do SUS, o cenário não é mais favorável, sendo observado ainda nos dias de hoje, baixa interação entre a Saúde do Trabalhador e os demais serviços, tanto os de atenção básica como os de atenção especializada.

Assim, observa-se que a mudança e a transformação, estabelecidas legislativamente, ainda não se tornaram realidade perceptível concretamente. Persiste, ainda nos dias de hoje, a dicotomia, apontada por Nogueira, antes do advento da Constituição de 1988, que promove a separação entre a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador enquanto parte da saúde pública:

No entanto, através dos anos tem-se notado existir uma dicotomia bem evidente, pela qual os que praticam a saúde pública em regra não se preocupam com os problemas da saúde ocupacional. Por outro lado, os que praticam nem sempre o fazem dentro dos preceitos estabelecidos pela saúde pública. Disso resulta uma separação totalmente artificial entre saúde pública

²¹ Em geral, os sistemas de saúde no mundo seguem três tipos de modelo: o da seguridade social, de acesso universal, pois a condição de cidadania basta para franquear o acesso aos serviços de saúde, sendo exemplos de adoção desse sistema Brasil, Inglaterra, Canadá, Cuba e Suécia; o do seguro social, controlado pelo Estado e condicionado à contribuição previdenciária, adotado por países como Alemanha, França e Suíça; e o terceiro modelo, baseado na assistência e também conhecido como sistema residual, cujo atendimento pelo Estado é reservado apenas aos que comprovem a condição de pobreza, adotado pelos Estados Unidos, por exemplo (PAIM, 2009).

e saúde ocupacional, com evidente prejuízo para a micro comunidade trabalhadora que, não obstante estar incluída dentro da macrocomunidade, é muitas vezes completamente esquecida por aqueles que zelam pela saúde pública desta última.

No entanto, o trabalhador permanece apenas 8 horas diárias como membro da microcomunidade; nas 16 horas restantes é parte integrante da macrocomunidade que, através da sua rede de saúde, deve propiciar-lhe os cuidados preventivos de que necessita e a promoção da sua saúde física e da sua eficiência mesmo quando estas são produto das ações nocivas de agentes que existam na microcomunidade. Por outro lado, estes mesmos agentes podem, por intermédio dos próprios trabalhadores, agir nocivamente sobre participantes da macrocomunidade que não se incluem na microcomunidade como, por exemplo, a família desses trabalhadores. (NOGUEIRA, 1984, p. 496).

A realidade do trabalho e da Saúde do Trabalhador ainda não faz parte do cotidiano dos serviços de saúde (LACAZ *et al.*, 2019; GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018; CUNHA; MENDES, 2021; HURTADO *et al.*, 2022). A constatação dessa dicotomia, registrada há quase 40 anos atrás, período em que ainda seria possível justificá-la, em parte, em razão da carência de suporte legal, ainda é uma infeliz realidade. A situação demonstra que a superação de paradigmas nem sempre pode ser alcançada apenas pela via da alteração legislativa ou mesmo constitucional. Compreender os entraves para a efetivação do direito à saúde do trabalhador pode auxiliar a desvendar os caminhos para tornar os anseios constitucionais em realidade que advogue a favor da proteção da saúde.

Nesse passo, importante conceituar saúde pública e pontuar sua repercussão na proteção da saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras. Antes, porém, de ingressar no conceito contemporâneo de saúde pública, é necessário compreender que, do mesmo modo que o conceito de saúde evoluiu com o tempo, a definição de saúde pública sofreu mutação e transformações de acordo com o momento histórico, sendo certo que o contexto político e o socioeconômico colaboraram e concorreram nesse processo tanto quanto a evolução técnico-científica.

Como já comentado ao longo dessa dissertação, outrora a saúde pública tinha espaço apenas no controle de doenças transmissíveis. A partir do século XVIII, com o movimento higienista, ganhou impulso a abordagem que preconiza a adoção de diversas providências que influenciam no cotidiano da sociedade, tais como a determinação de medidas de saneamento, limpeza e desenho urbanístico. O movimento higienista também influenciou a campanha de vacinação obrigatória da

varíola no Brasil, no ano de 1904, o que gerou protestos populares, a chamada Revolta da Vacina (AITH, 2017).

Ao analisar o nascimento da medicina social e a relação de poder a partir do domínio capitalista sobre o corpo, Foucault tece as seguintes considerações:

[...] o capitalismo não deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 2022, p. 144).

Ao descrever a evolução da medicina social, que atualmente se denomina saúde pública, no sentido das políticas adotadas pelo Estado para a saúde da população, Foucault (2022) pontua que o corpo físico, embora fosse essencial para sociedade capitalista, somente ganhou a atenção para receber cuidado médico de uma “medicina da força de trabalho” em último lugar.

Antes disso, a medicina social se ocupava da medicina de Estado, modelo que teve a Alemanha como seu maior expoente no início do século XVIII. Por esse modelo, o Estado organiza a contabilidade entre vivos e mortos, especialmente para fins mercadológicos; e, em alguns Estados, como o alemão, avaliava o perfil de morbidade, cuidando também da regulação/normalização das práticas e saberes médicos. A medicina do Estado também preconiza a organização da administração da saúde, tendo proeminência a figura do médico funcionário do governo como responsável pela tarefa.

Posteriormente, na segunda metade do século XVIII, especialmente na França, a medicina social se voltou para as estruturas urbanas, cuidando menos dos corpos e organismos, para dar mais atenção às coisas, como o ar, a água e as condições de vida e de meio de existência. Destaca-se, nesse período, a preocupação com a salubridade, que não se confunde com a saúde, pois ela, a salubridade, volta a sua atenção para o meio, para a base material e social que permite a melhoria da saúde do indivíduo. Está, portanto, relacionada à noção de higiene pública, que cuida da técnica de controle e de modificação dos elementos materiais do meio, o qual pode

favorecer ou prejudicar a saúde, exercendo o controle político-científico do meio (FOUCAULT, 2022).

Um dos problemas destacados por Foucault para o desenvolvimento dessa medicina social foi o entrave da propriedade privada, cuja sacralização a tornava intocável por não deter o Estado o mesmo poder do modelo antecedente, ocorrido na primeira metade do século XVIII. Ainda assim, a medicina urbana ganhou espaço a partir da observação científica, dominando significativa parte da medicina no início do século XIX.

Somente em último lugar, no segundo terço do século XIX, é que sobreveio a preocupação com a medicina social para os pobres e trabalhadores, impulsionada pela inquietude causada nas grandes agitações sociais da Revolução Francesa, que revelou a força política da população pobre ou, ao menos, a sua capacidade para participar de revoltas. Além disso, outra razão pela qual a população trabalhadora passou a merecer a atenção foi que a força de trabalho era essencial para a manutenção do funcionamento das cidades. Ainda, colaboraram da mesma forma para a percepção da necessidade de dispensar maior atenção para a saúde da população mais pobre os surtos de cólera, iniciados em Paris por volta de 1832 e que se espalharam por toda a Europa, ocasionando uma divisão de bairros pobres e ricos e fazendo com que o poder político adentrasse no direito de propriedade.

Nesse mesmo período, também se destacou a Lei dos Pobres da Inglaterra industrializada, em razão da qual eram ofertados serviços médicos aos pobres. Cuidou esse modelo, porém, de uma assistência controlada, em que a contrapartida para o tratamento gratuito era a submissão do indivíduo ao controle do governo, oferecendo a proteção que Foucault denominou “cordão sanitário autoritário” no interior das cidades. O sistema, ao tratar gratuitamente os pobres, assegurava que os ricos não seriam vítimas de fenômenos epidêmicos originados das classes pobres e, dessa forma, não favorecia apenas os pobres, mas também beneficiava as classes mais ricas, que tinham representantes no governo.

À Lei dos Pobres foram adicionados elementos que, posteriormente, deram origem a sistemas que não tratavam apenas de cuidados médicos, mas do controle médico da população. Os denominados *health service* e *health office* tinham a função de controlar a vacinação, obrigando os segmentos sociais à submissão ao procedimento de imunização; controlar o registro de epidemias e de doenças

potencialmente epidêmicas, que deveriam ser reportadas obrigatoriamente, além de identificar locais insalubres, que deveriam ser submetidos à destruição ou aos procedimentos de higienização.

O sistema inglês foi o que prosperou no futuro, pois combinou três elementos essenciais: (1) a assistência médica aos pobres; (2) o controle de saúde e do corpo da força de trabalho, tornando as pessoas mais aptas ao trabalho e (3) o esquadramento geral da saúde pública, a partir da identificação de locais insalubres, proporcionando a proteção da saúde e da força de trabalho utilizada pelas classes mais ricas (FOUCAULT, 2022).

A evolução da medicina social retratada por Foucault confirma a hipótese da biopolítica, levantada pelo filósofo acerca do controle da saúde como uma das nuances do exercício do poder. Desse modo, há que se compreender que, quando se trata de saúde pública, esse poder, pautado na soberania, que, na acepção de Mbembe (2018), está muito além da autodeterminação político-administrativa, pode ditar os critérios que determinarão a vida ou a morte de pessoas ou de grupamentos populacionais, dando azo a situações que este autor denomina de necropolítica.²²

Situações como essas, ocorridas no início do século passado, ilustram como o Direito acaba sendo fundamental tanto para a proteção da saúde da população como também para a defesa dos direitos individuais no sentido de coibir abusos, pois é tênue a linha que separa a defesa da saúde do arbítrio e que distingue o interesse coletivo que deve permear a saúde pública do exercício do poder. De modo reverso, e adicione-se, também perverso, o Direito também pode ser manejado para garantir a soberania do Estado para escolher quem deve morrer e quem deve viver.

Nesse sentido, o controle e a administração da saúde pública merece especial atenção, sobrevivendo a relevância do conceito de democracia sanitária, defendida por Fernando Aith como “o regime de governo do povo, aplicado a temas relacionados à saúde individual e coletiva, por meio do qual os cidadãos participam e influem ativamente, de forma deliberativa ou consultiva, nos processos de tomada de decisão” dos três Poderes (AITH, 2017, p. 86). Um dos caminhos em direção à democracia

²² O racismo é uma das expressões do biopoder. Na acepção de Mbembe, o biopoder se traduz no uso da soberania para o fim de “regular a distribuição da morte e tornar possíveis as funções assassinas do Estado”, do qual o “Estado nazista foi o mais completo exemplo de um Estado exercendo o direito de matar” (MBEMBE, 2018 p. 19)

sanitária é a participação comunitária, que no Brasil é assegurada constitucionalmente no artigo 198, inciso III, e definida na Lei 8.142/1990, que cuida da participação da comunidade na gestão do SUS.

Atualmente a definição de saúde pública, mencionada em diversas obras sobre o tema, é a elaborada por Charles Winslow, em 1920, *apud* Aith:

A saúde pública é a ciência e a arte de prevenir as doenças, de prolongar a vida e de promover a saúde e a integridade física, por meio de esforços coordenados da comunidade para a preservação do meio ambiente, o controle das infecções que podem atingir a população, a educação do indivíduo sobre os princípios de higiene pessoal, a organização dos serviços médicos e de saúde para o diagnóstico precoce, o tratamento preventivo de patologias e o desenvolvimento de dispositivos sociais que assegurem a todos um nível de vida adequado para a manutenção da saúde (AITH, 2017, p. 49).

A saúde pública, portanto, envolve amplo campo de conhecimento, sendo a multidisciplinaridade o fator que se impõe para a efetivação dos seus objetivos, que é a prevenção de doenças, o prolongamento da vida e a promoção da saúde. Para tanto, a saúde pública se utiliza tanto das atividades de gestão, que cuidam da atividade estatal da Administração de políticas públicas e de planejamento em saúde, quanto epidemiologia para identificar e analisar os estados de saúde e de doença das populações, sem descurar do conhecimento científico. Ademais, os limites da saúde pública são continuamente reescritos, pois a dinâmica da evolução científica pode determinar alteração de políticas públicas voltadas para a saúde (AITH, 2017). Assim, a visão holística e o trabalho interdisciplinar devem imperar, também, na saúde pública.

Desse modo, ao tempo em que se reconhece termos relacionados à evolução da medicina social, justifica-se o expediente em razão da necessidade de contextualizar as dificuldades enfrentadas por longa data para trazer a saúde pública para dentro dos ambientes de trabalho, de molde a ofertar a proteção jurídica integral da saúde do trabalhador. Convém evidenciar que a proteção da saúde também é uma expressão de poder, ou biopoder, sujeita a correlações de forças sociais que podem enaltecer ou arrefecer o nível de proteção ofertado, de acordo com o momento histórico da sociedade.

Quanto à saúde do trabalhador, cabe lembrar que um dos fatores a ser considerado é que sua proteção encontrou forte barreira erguida pela sacralização do

direito de propriedade, como destacado por Foucault, sendo essa barreira um grave entrave para as mudanças necessárias, não bastando a existência de leis que determinam a alteração do paradigma protetivo, conforme já apontado no Capítulo 2.

No caso brasileiro, observa-se que a legislação, seguindo a opção política cristalizada na Constituição Federal de 1988, estabeleceu novos contornos para a saúde pública, ampliando seus horizontes para a proteção da saúde do trabalhador, destacando ainda a relevância de considerar os aspectos ambientais para alcançar níveis mais adequados de saúde. Outrossim, alocou o SUS no Sistema de Seguridade Social, que, além da Saúde, abriga também a Previdência Social.

Salienta-se que a Previdência Social assegura cobertura previdenciária em caso de acidentes, doenças ou invalidez, além de reabilitação profissional em caso de perda parcial da capacidade laborativa, nos termos da Lei nº 8.213/1990. Também há previsão legal do artigo 59 dessa mesma Lei, para o afastamento remunerado em caso de doença, cujo custeio é feito pelo empregador nos primeiros quinze dias, seguido de benefício pago pela Previdência em caso de períodos que se estendam para além da quinzena. Ainda em relação à assistência para a saúde do trabalhador acidentado, tem-se que o SUS, seguindo o princípio da universalidade de acesso, oferta sua proteção assim como a reabilitação física e mental, conforme determina a Lei nº 8080/1990.

Há, portanto, um sistema de proteção à saúde do trabalhador, que envolve Saúde e Previdência e, de forma menos direta, o Trabalho, mas que depende da participação do empregador para o seu funcionamento adequado. As atividades voltadas à prevenção de doenças e de acidentes de trabalho, por sua vez, são de atribuição compartilhada entre empresas, saúde pública e trabalho, consoante previsto no artigo 2º da Lei nº 8.080/1990, razão pela qual a identificação de espaços para a atuação interinstitucional, em que pesem as dificuldades já pontuadas no Capítulo III, merecem atenção e estudo.

A partir da ampliação dos limites da saúde pública no Brasil, uma das estratégias destacadas é a de vigilância, notadamente a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária, com as quais a saúde do trabalhador deve necessariamente dialogar, segundo mandamento constitucional (artigo 200, II). Desse modo, sustentamos que a vigilância pode ser o caminho a ser trilhado para a integração de sistemas de proteção à saúde do trabalhador.

4.1 SAÚDE DO TRABALHADOR E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

No presente capítulo tratar-se-á da vigilância enquanto estratégia de saúde pública voltada para a coleta e o levantamento de dados, a antecipação de cenários, a prevenção de doenças e a intervenção em processos de trabalho. Também abordar-se-á a relevância da vigilância em eventos extremos, como foi o da pandemia da COVID-19, a partir do direito de emergência, criado pelo Regulamento Sanitário Internacional. Em seguida, identificar-se-á os espaços observados nas Normas Regulamentadoras e na CLT para que a atividade de vigilância pelo SUS seja exercida junto às empresas, aos trabalhadores e às suas representações. Por fim, analisar-se-á a integração dessas normas no contexto da pandemia da COVID-19, por meio da análise das principais portarias e notas técnicas editadas para o enfrentamento da crise.

4.2 A LEI ORGÂNICA DA SAÚDE E OS DESAFIOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR

A Lei nº 8.080/1990, que regulamenta as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, além de organizar o funcionamento dos serviços a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde, concebido pela Constituição Federal de 1988, trouxe enorme valorização do trabalho em seu conteúdo. (BRASIL, 1990)

Primeiramente, além de reforçar que a saúde é um direito a ser assegurado pelo Estado, deixa claro que, para a consecução desse direito, não se espera atitude meramente passiva desse ente público, pois lhe atribui tarefas ativas como a formulação e a execução de políticas econômicas e sociais que venham a influenciar positivamente os níveis de saúde expressados no país, (artigo 2º, § 1º e artigo 3º) (BRASIL, 1990).

Em segundo lugar, a LOS ressalta que, embora a saúde seja um direito fundamental do ser humano e dever do Estado, não pode ser assegurada somente por meio de ações estatais, sendo este dever compartilhado pelas pessoas, pela família, por empresas e pela sociedade (artigo 2º, § 3º) (BRASIL, 1990).

Por fim, no artigo 3º (BRASIL, 1990), a lei em comento enaltece o trabalho como um dos fatores de determinação social, ao lado da alimentação, da moradia, do saneamento básico, do meio ambiente, da renda, da educação, entre outros, que podem elevar ou reduzir a proteção da saúde da população

Entre a previsão constitucional e a execução das ações de saúde do trabalhador, trilha-se árduo caminho. A regulamentação do SUS, pela Lei nº 8.080/1990, trouxe enormes desafios para a Saúde do Trabalhador, atribuindo a esse campo diversas ações, que são, em sua essência, interdisciplinares, diante da dinâmica e complexidade de todos os processos produtivos que envolvem o mundo do trabalho, razão pela qual a participação em estudos, pesquisas e avaliações é prevista como atribuição desse campo.

Também estão previstas ações intrasetoriais, pois a saúde do trabalhador deve combinar ações de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária, além da promoção e proteção, assim como a recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras, consoante previsão contida no artigo 6º, § 3º (BRASIL, 1990). Ademais, nesse mesmo dispositivo legal, a LOS traz a descrição pormenorizada do conjunto de atividades destinadas à saúde do trabalhador, a saber:

- I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
- IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
- VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais;
- e
- VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores (BRASIL, 1990, p. 3).

Em suma, é vasto o campo de atuação para garantia da saúde do trabalhador, devendo se contemplar o uso e a própria formação do conhecimento técnico em atividades voltadas tanto para a realização de estudos e pesquisas quanto para a avaliação de impactos de novas tecnologias na saúde, bem como para a elaboração da lista oficial das doenças relacionadas ao trabalho. Não se pode, no entanto, olvidar as atividades muito práticas e orientadas pela boa técnica, a exemplo das ações relacionadas à vigilância, à fiscalização e ao controle de diversos processos produtivos, e à fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador, conforme mencionado nos incisos III e VI, supratranscritos. Isso tudo, sem perder de vista as atividades de assistência às vítimas de acidentes de trabalho.

Antecedente histórico do campo saúde do trabalhador na saúde pública brasileira encontra-se nas demandas sociais, criadas pelo Movimento da Saúde do Trabalhador, no final dos anos 1970, para defender o direito ao trabalho digno e decente, a participação dos trabalhadores na organização e na gestão dos processos produtivos, e a atenção integral à saúde. Nessa época, foram criados os Programas de Saúde do Trabalhador (PST) na rede pública de saúde, financiados com recursos advindos do sistema de previdência, que contava com ampla participação de sindicatos de trabalhadores e de hospitais universitários.

Esse *locus* foi essencial para desvelar o adoecimento relacionado ao trabalho, incentivando a incorporação da participação dos trabalhadores e a valorização dos seus relatos, tornando-os sujeitos das ações de saúde e visibilizando esse problema social (DIAS; HOEFEL, 2005). Com isso, os trabalhadores forneceram “combustível” para as discussões que se travaram na histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, colaborando para que as questões relacionadas à saúde do trabalhador integrassem o conceito ampliado de saúde incorporado na Constituição Federal de 1988.

A respeito da criação dos PST, Lacaz (2007) se refere à luta então promovida pelos sindicatos, pela ruptura do modelo assistencialista médico e à tentativa de superação desse sistema pela assunção da atribuição pela rede pública de saúde. O Sindicato dos Trabalhadores Químicos e Petroquímicos do ABCD, com a assistência técnica do DIESAT, encaminhou proposta à Secretaria de Estado da Saúde, que implantou o Programa de Saúde do Trabalhador Químico do ABC, onde a participação sindical na gestão era, de fato, efetiva. A partir da experiência exitosa, ampliaram-se os PST criados no Estado de São Paulo e, posteriormente, em vários outros Estados.

Aos PST eram atribuídas tarefas de atenção à saúde²³, conjugando, em linhas gerais, as atividades de assistência e de vigilância em saúde do trabalhador. O trabalho realizado nos PST e as atividades dos representantes sindicais, principalmente as de controle e avaliação, desenvolvidos em interação, foram posteriormente incorporadas pelo SUS e colaboraram para a construção da consciência de que o trabalhador é um sujeito coletivo, inserido no processo produtivo e dono de saberes, que merece ser ouvido e considerado, auxiliando na superação da visão pautada na Saúde Ocupacional (LACAZ, 2007).

O trabalho desenvolvido nos PST também contribuiu para evidenciar a relação do trabalho no processo de adoecimento, revelando números que expressam essa ligação. Tambellini e Câmara (1998) ressaltaram o aumento das notificações de doenças relacionadas ao trabalho decorrentes da implantação desses programas:

Em relação aos serviços, pode-se destacar a importância da implantação dos Programas de Saúde do Trabalhador através do expressivo aumento do número de doenças ocupacionais notificadas, que teve um crescimento de 5.217 casos em 1990 para um total de 20.967 em 1995. Até abril de 1997, segundo Trindade (1997) haviam sido cadastradas 3.600 consultas somente no Ambulatório de Doenças do Trabalho da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Dias (1994), em um estudo que visou compreender a criação e o desenvolvimento das práticas de atenção à saúde dos trabalhadores no sistema de saúde, organizou um cadastro destas atividades na rede pública que compreendia 161 Programas ou atividades indicadas como de Saúde do Trabalhador. Estes Programas oferecem o acesso dos trabalhadores a serviços, antes inexistentes, que podem contribuir para a comprovação do nexos causal entre os processos de produção e a doença (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998, p. 50).

O cenário se modificou nos anos de 1990, quando houve certo esvaziamento dos PST com a redução da participação sindical, decorrente das sucessivas crises econômicas que conduziram ao enfraquecimento dessas entidades (LACAZ, 2007). Mas, até os dias de hoje, nas localidades em que a participação dos sindicatos subsiste, seguem constituindo valorosa fonte de apoio tanto aos trabalhadores adoecidos quanto para outros serviços que integram o sistema.

Uma questão que emerge com frequência das discussões relacionadas à atuação da área da Saúde do Trabalhador do SUS é que ela não pode se limitar

²³ Atenção à saúde é definida como “tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento”, ou seja, traz conceito mais amplo do que a assistência médica ou hospitalar (PAIM, 2009, p. 43).

somente à assistência médica individual. Mesmo reconhecendo que essa atividade é extremamente importante para mitigar os efeitos negativos dos processos de trabalho na saúde do trabalhador, que podem trazer dor e sofrimento ao indivíduo, é certo que a atuação na assistência individual, de forma isolada, não enfrenta as causas do problema. Assim, embora a assistência desempenhe relevante papel de aproximação dos serviços com os trabalhadores, humanizando e dando significação à relação entre o trabalhador e o sistema de saúde, é necessário que seja conjugada com as atividades de vigilância, visando à integralidade da atenção à saúde do trabalhador e da trabalhadora.

A institucionalização de uma política de proteção integral à saúde do trabalhador com tal abrangência é, por si só, desafiadora. E, se considerado que parte dessa tarefa envolve interface direta com o poder econômico, o desafio ganha complexidade ímpar. Tornar os ambientes de trabalho em fontes de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores esbarra em interesses econômicos, pois pode envolver custos, alteração de processos e de rotinas de trabalho, e mudanças na visão de gestão do próprio trabalho.

Nesse contexto, a criação da rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST), pela Portaria nº 1679/2002, foi um grande passo na institucionalização do campo Saúde do Trabalhador no Ministério da Saúde, assim como a criação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador nos Estados (CEREST) e em polos regionais, agregando diversos municípios, auxiliou na identificação de uma referência técnica especializada na relação trabalho-saúde-doença, incluindo a vigilância entre suas atividades, buscando articular ações dentro das redes do SUS. A RENAST foi composta inicialmente por 130 CEREST, número que foi ampliado em diversas oportunidades, atualmente totalizando 215.

Em 2004, a Portaria GM/MS nº 777 previu a notificação compulsória de 11 doenças e agravos e criou a Rede Sentinela de Notificação Compulsória de Acidentes e Doenças Relacionadas ao Trabalho. Porém, apenas no ano de 2009, por meio da Portaria nº 2.728/2009, é que a RENAST passou a integrar a rede de serviços do SUS, voltados à promoção, à assistência e à vigilância para desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador, por meio dos CERESTs, (artigo 1º, § 2º). Nesse mesmo ano, a Coordenação de Saúde do Trabalhador (COSAT), passou a integrar a estrutura da Secretaria de Vigilância em Saúde, passando a ser denominada Coordenação-Geral

de Saúde do Trabalhador (CGSAT), consoante previsto na Portaria GM/MS nº 3.252/2009, sendo o órgão responsável pela coordenação da RENAST (BRASIL. MS, 2022).

A criação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora percorreu um longo caminho até a sua concretização, com a primeira versão apresentada na Câmara dos Deputados no ano de 2001, passando por longo período de reformulações e de debates até a sua publicação, no ano de 2012. Assentou-se, desse modo, política pública sobre a qual deve se desenvolver a Saúde do Trabalhador no SUS, legitimada por ampla participação social no processo de elaboração (DIESAT, 2022).

Cumprir destacar que o PNSST prevê a garantia da integralidade da atenção à saúde, mas preconiza ênfase nas estratégias de vigilância, privilegiando a atividade voltada à prevenção. No ano de 2018, com a publicação da Resolução nº 588 do CNS, que criou a Política Nacional de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2018), houve a definição do conceito de Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (VISAT).

Atualmente é possível afirmar que a institucionalização do campo Saúde do Trabalhador no SUS está consolidada e que é sólida. Contudo, são ainda enormes os desafios à sua frente, conforme reconhecido pelo próprio Ministério da Saúde:

Não obstante aos avanços, muitos são os desafios encontrados pela ST nesse período. A relação da Renast com as demais redes do SUS ainda necessita de fortalecimento, bem como o papel dos Cerest ou dos núcleos de saúde do trabalhador no matriciamento das ações e planejamento do SUS. Observamos, ainda, importante diferença regional na implementação da PNSTT quando avaliados indicadores de ST e a cobertura de Cerest em relação à organização de base municipal adotada pelo SUS. Outro fator de extrema relevância para a área de ST é a articulação intersetorial, uma vez que as ações de saúde do trabalhador devem ser estabelecidas tanto pelo setor saúde, como também pelos setores de trabalho e previdência. Essa relação entre os três setores ainda apresenta fragilidade em especial as competências de cada setor e as consequentes áreas de sobreposição de ações. Assim, os desafios da área de saúde do trabalhador vão além das competências exclusivas do SUS, necessitando de fortes laços com os demais setores (BRASIL, 2022, p. 137).

Dessa assertiva revelam-se obstáculos de ordem intrassetorial, apontando-se a necessidade de fortalecimento e, mesmo, de reconhecimento do papel dos CEREST

ou outros programas voltados à saúde do trabalhador no apoio matricial²⁴ das ações do SUS. Outro ponto levantado cuida da atuação intersetorial, destacando-se a relação com trabalho e previdência, sendo reconhecida a fragilidade dessa relação, em especial nas ações sobrepostas.

Considerado o objeto desse estudo, focado na integração de sistemas de proteção à saúde do trabalhador e da trabalhadora, a despeito de se reconhecer a relevância dos problemas intrassetoriais, a dedicação será apenas ao problema da intersetorialidade. Isso porque é nessa particularidade que se observam dificuldades para a integração, eis que um dos sistemas de proteção, voltado para a saúde do trabalhador, tem na saúde o seu ponto de apoio, enquanto o outro, que tem como paradigma o modelo de saúde ocupacional, que no país recebe a alcunha de segurança e saúde no trabalho, está relegada para a área do trabalho.

Parcela significativa do problema relacionado ao trabalho integrado entre esses sistemas repousa na fragilidade das relações intersectoriais, que, muitas vezes, se perdem em questões corporativas ou relativas à necessidade de delimitar espaços de atuação, como já exposto na seção antecedente, e tais questões acabam se sobrepondo ao que poderia se tornar prática de atuação integradora benéfica aos trabalhadores.

Adicionalmente, porém, há questões de fundo, como a compreensão de um olhar voltado para a vigilância em saúde, a qual pode ser compartilhada por qualquer profissional, seja operador do direito, integrante de equipe multiprofissional de atenção à saúde da rede pública, ou de serviços de saúde de empresas. Note-se que a vigilância em saúde, enquanto estratégia de saúde pública que cuida da coleta, análise e interpretação de dados com a finalidade de planejamento e de implementação, focados na prevenção de doenças e agravos, é exercida exclusivamente pelo SUS, consoante previsto na PNVS.

Porém, nada impede e tudo recomenda que esse olhar vigilante, enquanto estratégia clínico-epidemiológica, voltada para a prevenção de acidentes e agravos à

²⁴ Matriciamento ou apoio matricial consiste em arranjos organizacionais, um tipo de metodologia para a gestão de trabalho na saúde, buscando a ampliação das possibilidades clínicas pela integração dialógica entre distintas especialidades. Tem como objetivo assegurar retaguarda especializada e suporte técnico-pedagógico às equipes ou profissionais encarregados da atenção à saúde, o que pode ser feito por meio da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias, com definição de critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade das equipes de referência e dos apoiadores matriciais (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

saúde, seja utilizada por profissionais da saúde em geral e em programas de SST, consoante previsto na Convenção 161 e na Recomendação 171 da OIT. Tanto é assim que a nova redação da NR 7 incorporou o termo vigilância em sua redação (subitem 7.3.2.1).

Assim, tratar-se-á da vigilância, primeiramente, como estratégia de saúde pública, para, posteriormente, refletir acerca da aplicação do olhar da vigilância nos demais sistemas.

4.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Na busca pela superação da visão da saúde como mera ausência de doença e, ainda, com vistas à redução de doenças e agravos à saúde da população, medidas práticas devem ser adotadas pelos poderes públicos, com destaque para os vocacionados à proteção da saúde, e pela sociedade em geral. Essas medidas devem ser orientadas a partir de instrumentos voltados à identificação de riscos potenciais à saúde da população e que impulsionem ações concretas a serem adotadas para evitar a ocorrência de danos, ou para reduzir a possibilidade de sua ocorrência ou, ainda, para auxiliar na mitigação de seus efeitos negativos na hipótese da inevitabilidade de ocorrência.

Tais tarefas são desempenhadas em torno de um sistema idealizado e consubstanciado na denominada Vigilância em Saúde, estratégia de saúde pública, da qual, tradicionalmente, se destacam a sanitária e a epidemiológica, as quais foram agregadas à saúde do trabalhador e à saúde ambiental. Tanto a vigilância quanto a saúde do trabalhador e a saúde ambiental, conforme já exaustivamente exposto ao longo dessa dissertação, são temas que ganharam status constitucional ao serem incluídas, no artigo 200, II, da Constituição brasileira, entre as atribuições destinadas ao SUS (BRASIL, 1988).

A adoção do modelo baseado na Vigilância em Saúde, por meio da análise da situação de saúde das populações nos seus próprios territórios, busca articular e integrar ações de modo a imprimir maior efetividade nas respostas às demandas e problemas de saúde. Também objetiva “uma interlocução maior entre ‘controle de causas’, ‘controle de riscos’ e ‘controle de danos’ por meio da redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades e das relações técnicas e sociais” (OLIVEIRA;

CRUZ, 2015, p. 256). Cuida, acima de tudo, de tarefa hercúlea, pela qual se busca enaltecer e alcançar a concepção positiva da saúde, aproximando-a dos problemas relacionados à qualidade de vida.

É importante salientar que um sistema robusto de Vigilância em Saúde, da forma como vem sendo implementado no Brasil, revela profunda, consciente e representativa ampliação da visão protetiva da saúde da população, pois busca ir além da dimensão assistencial que ainda prevalece no país e que vê a saúde como sinônimo de tratamento de doenças, o que é muito importante na realidade nacional, mas não pode ser a única via trilhada no campo saúde.

Desse modo, o modelo de Vigilância em Saúde, que emergiu a partir da Constituição de 1988, fruto de intensas discussões técnico-científicas e de demandas dos movimentos sociais, abarca não apenas as vigilâncias tradicionais, como a epidemiológica e a sanitária, mas alcança outras áreas que contribuem decisivamente para promover a saúde da população, como o trabalho e o meio ambiente.

Isso certamente representa avanço significativo no sistema protetivo, posto reconhecer a determinação social no processo saúde-doença, enaltecendo o caráter preventivo das ações em saúde, auxiliando na elaboração de estratégias mais adequadas para o enfrentamento das causas que levam ao adoecimento.

No plano da estrutura organizacional, apenas no ano de 2003, houve a instituição da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), pelo Ministério da Saúde (MS), por meio do Decreto nº 4.726/2003. Assim, as atividades, antes desempenhadas pelo Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), passaram a integrar a própria estrutura do MS, reforçando essa área estratégica. Inicialmente, a SVS abrigou as atividades de Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental, tendo a Saúde do Trabalhador ingressado nessa estrutura apenas no ano de 2007, deixando a Secretaria de Políticas de Saúde e a Secretaria de Atenção à Saúde, nas quais estava alocada (BRASIL, 2022).

A estruturação da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um grande desafio para o SUS e, ao mesmo tempo, uma grande conquista em prol da saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras, pois cuida de estratégia que busca enaltecer a saúde em sua dimensão preventiva, voltando-se para a intervenção nos ambientes, nos processos e na organização do trabalho enquanto geradores de agravos à saúde. Objetiva-se, por meio dessa estratégia de saúde pública, intervir precocemente no

processo saúde-trabalho-doença, assegurando melhor qualidade de vida ao trabalhador e à trabalhadora.

Em julho de 2018, o Conselho Nacional de Saúde editou a Resolução nº 588/2018, que institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), definindo-a como uma política pública do Estado, de caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção dos territórios, enfatizando que a sua gestão é de responsabilidade exclusiva do poder público (BRASIL, 2018). Embora os entes privados sejam demandados a colaborar para a política, a gestão é privativa dos entes públicos, medida constitucionalmente respaldada, pois a vigilância é reconhecida como atribuição do SUS.

Outrossim, a Resolução em comento, no artigo 7º, inciso VII, também insere a participação social como um dos princípios da política, prevendo a participação da comunidade como forma de “ampliar sua autonomia, emancipação e envolvimento na construção da consciência sanitária, na organização e orientação dos serviços de saúde e no exercício do controle social” (BRASIL, 2018, p. 5), o que é extremamente salutar.

Em primeiro lugar, porque o termo vigilância vem do verbo vigiar. E, de fato, a origem da vigilância tem no poder de polícia o seu instrumento mais proeminente e conhecido. Contudo, as modificações operadas pelo processo de redemocratização também se estenderam para a área da saúde, prevendo que ela deve contar com a participação da comunidade em todas as suas ações, tendo relevância, nesse processo, a previsão de controle social. A remodelação pela qual passou a vigilância ampliou a sua abrangência para além do poder de polícia ou do seu funcionamento enquanto instância meramente técnica e regulatória. O que a nova visão em torno da vigilância exalta, por meio da política, é o reconhecimento de que os saberes da comunidade que será atendida ou analisada devem ser considerados, razão pela qual essa troca e interação deve ser enaltecida.

O conceito de Vigilância em Saúde é trazido no § 1º do artigo 2º da PNVS e ressalta o propósito da prevenção e a importância da intervenção antes da ocorrência de danos:

[...] o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública,

incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (BRASIL, 2018, p. 2)

É de se destacar, porém, que a vigilância não é a única política pública a ser encampada pela Saúde do Trabalhador. As atividades previstas em lei para a Saúde do Trabalhador são deveras amplas, pois compreendem, além das relacionadas à vigilância, que devem estar articuladas com a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária, as ações de assistência ao trabalhador acidentado ou com agravo à saúde relacionado ao trabalho.

Desse modo, a fim de analisar como essa articulação entre as vigilâncias poderia ser potencializada em favor da saúde do trabalhador, faz-se a análise, primeiramente, dos modelos que integram a Vigilância à Saúde, para adentrar em seguida, nas atribuições que a Lei 8.080/1990 previu para a saúde do trabalhador e que deveriam demandar articulação intrassetorial.

4.3.1 Vigilância epidemiológica

A vigilância epidemiológica, em regra, está associada às doenças transmissíveis, pois teve a sua origem na identificação de focos e no seu controle. O termo vigilância era empregado, essencialmente, na observância sistemática de contatos de doentes, especialmente, até a década de 1940, tendo a sua atuação amplificada na década de 1950, apoiada na sistematização do acompanhamento de eventos adversos à saúde com o fito de aperfeiçoar as medidas de proteção, sendo, então, reconhecida a sua função estratégica. Desde a década de 1970, a vigilância epidemiológica associou-se ao mote “informação para a ação” e, com o impulso da OMS e da OPAS, foi criado no Brasil o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), que objetivava o controle das doenças transmissíveis, sendo fundamental para os gestores, à época, limitados à União e aos Estados (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

A Lei nº 8.080/1990, no § 2º do artigo 6º define vigilância epidemiológica como:

[...] um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes

de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990, p. 3).

Note-se que a definição trazida pela LOS determina movimento de expansão da vigilância epidemiológica, anteriormente restrita às doenças transmissíveis e a alguns outros agravos, e que desde então pode contemplar qualquer evento que chame a atenção e que possa demandar medidas de prevenção e controle. Essa posição é reforçada na definição de vigilância epidemiológica, contida no inciso XII do artigo 6º da PNVS (BRASIL, 2018), referindo que as medidas de controle e prevenção devem ser dirigidas não somente às doenças transmissíveis, mas também às não transmissíveis e aos agravos à saúde.

A ampliação da abrangência da vigilância epidemiológica, não mais restrita a algumas doenças, torna possível que sua atenção se volte para as doenças relacionadas ao trabalho, aos acidentes de trabalho e aos agravos à saúde relacionados ao trabalho, por exemplo, ou, ainda, para as doenças que podem sobrevir do contato com animais, novas doenças emergentes e doenças reemergentes.

As ações da vigilância epidemiológica são orientadas pela epidemiologia, ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e suas causas. Modernamente, a epidemiologia adiciona a essa visão analítica já consolidada, o olhar sobre os determinantes do processo saúde-doença e suas consequências, trazendo subsídios às práticas de saúde pública (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 1990). Assim, a captação e a coleta de dados de qualidade são essenciais para orientar as ações básicas de vigilância epidemiológica.

Desde o ano de 1975, a Lei nº 6.259 dá suporte à captação de dados, por meio da notificação compulsória de doenças às autoridades sanitárias, determinando, no artigo 7º, que devem ser reportados casos suspeitos ou confirmados de doenças que possam implicar medidas de isolamento ou quarentena, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional, além das doenças elencadas em lista elaborada pelo Ministério da Saúde, a ser atualizada periodicamente, a qual deve contemplar casos de “agravo inusitado à saúde” (BRASIL, 1975).

É de se destacar que a lei, a despeito de prever a formulação de uma lista, não lhe oferece valor absoluto para fins de notificação, oferecendo espaço para que

sejam notificados casos nela não elencados, como é o caso dos acidentes e agravos à saúde, relacionados ao trabalho.

4.3.2 Vigilância sanitária

A vigilância sanitária tem atuação muito ampla, voltada para o controle de processos de bens que tenham relação direta, ou não, com a saúde, desde a produção até o consumo, tendo como objeto de ação todos os ambientes que, direta ou indiretamente, venham a interferir no processo saúde-doença. Desse modo, além das atividades de regulação, controle e fiscalização sanitária, que constituem o núcleo central de suas ações, a vigilância sanitária pode se utilizar de métodos de intervenção que vão além de ações meramente técnicas, com maior participação social na concepção de ações que venham a auxiliar na saúde e prevenção de doenças e agravos (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

No que concerne à vigilância sanitária, ela traz consigo o antecedente da polícia sanitária, cujo nascimento remonta à época do império e que tinha, como finalidade, efetuar o controle de produtos comercializados e consumidos, combater a propagação de doenças, em especial, as epidêmicas, solucionar problemas de saneamento e fiscalizar o exercício profissional na área da saúde. Em 1914, foi regulamentada a diretoria geral de saúde pública e a polícia sanitária estendeu suas ações de vigilância para portos, domicílios e lugares públicos (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

A definição legal de vigilância sanitária está prevista no § 1º do artigo. 6º da LOS, como o “conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde” (BRASIL, 1990, p. 2), abrangendo o controle dos bens de consumo e das prestações de serviço que tenham relação, direta ou indireta, com a saúde, desde a produção até o consumo. Atualmente, a vigilância sanitária foi incorporada à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), autarquia federal, vinculada ao Ministério da Saúde, criada pela Lei 9.782/1999 (BRASIL, 1999).

A ANVISA tem as tarefas, de coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, concebido pela mesma lei que a criou, além de outras descritas no extenso

rol de atribuições previstas no artigo 7º, que inclui estabelecer normas; propor, acompanhar e executar políticas e diretrizes voltadas para ações de vigilância; determinar contaminantes, resíduos tóxicos, desinfetantes e metais pesados que envolvam risco à saúde; interditar locais de fabricação, controle, importação, armazenamento, distribuição e venda de bens relacionados à saúde, decidir a respeito de diversas atividades voltadas ao controle da produção, importação e distribuição de produtos de saúde, como medicamentos, equipamentos e outros de interesse do setor saúde (BRASIL, 1999).

Também incumbe à ANVISA, nos termos do artigo 8º da Lei nº 9.782/1999, a regulamentação, controle e fiscalização de produtos e serviços que envolvam riscos à saúde pública, como medicamentos de uso humano, processos e tecnologias, alimentos, bebidas, e outros produtos para consumo humano, como cosméticos, produtos de higiene pessoal e perfumes, além de muitos outros produtos para uso em serviços de saúde ou que possam representar risco à saúde, inclusive os obtidos por engenharia genética ou submetidos a fontes de radiação (BRASIL, 1999).

Entre as atribuições da Agência, incluem-se o controle e a fiscalização sanitária dos serviços voltados para atenção ambulatorial, seja de rotina ou de emergência, os realizados em regime de internação, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como os que envolvam a incorporação de novas tecnologias (artigo 8º, § 2º) (BRASIL, 1999). Claro, portanto, que os serviços de saúde, em geral, se submetem à regulamentação, controle e fiscalização sanitária.

Destaque-se que a ANVISA cuida de parcela significativa das competências da União no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância em Sanitária. Convém lembrar, porém, que isso não exclui as incumbências de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária previstas para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios pelo § 1º do artigo 6º e pelos artigos 15 a 18 da Lei nº 8080/1990, as quais restaram devidamente resguardadas no artigo 1º da Lei 9.782/1999.

4.3.3 Vigilância em saúde ambiental

A vigilância em saúde ambiental, assim como ocorre com a vigilância em saúde do trabalhador, foi incorporada entre as políticas públicas adotadas pelo SUS

em passado relativamente recente. Isso não significa, porém, que a interação meio ambiente e saúde não fosse há muito conhecida. Ocorre, porém, que muitas questões ambientais que guardavam relação com a saúde eram relegadas às instituições que cuidam do saneamento básico, como as companhias de água e esgoto e de coleta e processamento de lixo.

Na década de 1970, a preocupação social com o meio ambiente, motivada principalmente pelo incremento industrial, fez surgir as fundações e companhias voltadas para a proteção do meio ambiente, mas que não tinham qualquer vínculo com o sistema de saúde. No final da década de 1970 e início da década de 1980, com o crescimento da consciência acerca do elo entre saúde e meio ambiente e com os novos ventos que passavam a soprar em torno do processo de redemocratização, a questão ganhou espaço dentro do sistema de saúde. As discussões que antecederam a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, em 1992, a Rio 92 e o crescimento dos movimentos sociais voltados para a defesa ambiental também auxiliaram a impulsionar esse movimento de inserção do meio ambiente no sistema de saúde (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998).

Embora a Lei nº 8.080/1990 tenha feito referências explícitas à relevância do meio ambiente nas ações de vigilância, bem como acerca do meio ambiente como fator a ser considerado no processo de adoecimento, apenas no ano de 2000, a vigilância ambiental em saúde veio a ser estruturada no Ministério da Saúde.

A PNVS define a Vigilância Ambiental no artigo 6º, inciso X, como:

[...] o conjunto de ações e serviços que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção à saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de riscos relacionados às doenças ou agravos à saúde (BRASIL, 2018, p. 4).

Entre as possibilidades e prioridades de intervenção da vigilância ambiental estão as centradas em fatores biológicos (vetores, hospedeiros, reservatórios e animais peçonhentos) e também em fatores não biológicos, como a água, o ar, o solo, os contaminantes ambientais, os desastres naturais e os acidentes com produtos perigosos. Assim, a Vigilância Ambiental do Ministério da Saúde tem atuado em componentes específicos, como por exemplo na Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua), Vigilância em Saúde de Populações Expostas a

Substâncias Químicas (Vigipeq), Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos (Vigiar) e a Vigilância em Saúde dos Riscos Associados a Desastres (Vigidesastres) (BRASIL, 2022).

A abrangência das ações de vigilância ambiental de saúde, ampliada a partir do cenário global das mudanças climáticas, destaca o seu caráter necessariamente inter e intrassetorial, o que cria a exigência de vínculos e de articulações com todas as outras formas de vigilância já definidas institucionalmente e presentes no sistema de saúde (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Uma dessas fortes interrelações vem justamente com a saúde do trabalhador. Tambellini e Câmara (1998) ressaltam que essa relação é facilmente observável em artigos, teses e outras publicações que dão conta de que efeitos adversos sobre a saúde de processos produtivos investigados podem extrapolar a área geográfica das empresas, de modo que os problemas ambientais com origem nos ambientes de trabalho acabam tendo uma abrangência bem maior que o local de trabalho; razão pela qual há que se ter consciência da importância da relação do trabalho com a saúde da população não-trabalhadora.

Um dos exemplos clássicos lembrado pelos autores e que ilustra a inter-relação entre processos produtivos – o meio ambiente de trabalho, o ambiente e a saúde da população – é a contaminação da Baía de Minamata, no Japão, onde rejeitos industriais de sal de mercúrio foram lançados a partir do ano de 1932. Essas águas sofreram processo de biomagnificação, transformando-se em uma forma metilada mais agressiva à saúde, atingindo a cadeia biológica de peixes, o alimento preferido da população local. O problema só foi detectado na década de 1960, em razão de quadro epidêmico por intoxicação de metil-mercúrio (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998).

Casos como esse, infelizmente, não são raros. A própria OIT reconhece que desastres ambientais podem partir de ambientes produtivos, razão pela qual, no ano de 2001, aprovou a Convenção nº 174, em vigência no Brasil desde agosto de 2002, mas que trouxe poucos avanços para o enfrentamento dos problemas relacionados aos ambientes ampliados no país (KAMEI LÓPEZ-ALIAGA; PADILHA; LEIVAS; 2022)

4.3.4 Vigilância em saúde do trabalhador

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é definida no artigo 6º, inciso XI da PNVS como o conjunto de ações que visam à promoção da saúde, à prevenção da morbimortalidade e à redução de riscos e de vulnerabilidades na população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nas doenças e agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento, de processos produtivos e de trabalho (BRASIL, 2018).

A VISAT também figura na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), que, nos termos do artigo 2º da Portaria nº 1.823/2012 enfatiza a priorização do fortalecimento dessa estratégia, com objetivo de aprimorar a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras (BRASIL, 2012). Destarte, a dimensão preventiva da saúde do trabalhador ganha ênfase e espaço institucional por meio da VISAT, o que se faz pelas intervenções nos ambientes, processos e formas de organização do trabalho desencadeadoras de doenças e de agravos à saúde, tornando possível interromper “o ciclo de doença e morte no trabalho” (VASCONCELLOS; GOMEZ; MACHADO, 2014, p. 4618).

A nova abordagem de vigilância demanda que as suas ações se estendam muito além da captação de informações e do monitoramento de doenças, atividades que, embora fundamentais, não podem ser as únicas vias utilizadas para lidar com a complexidade do mundo do trabalho e com os seus efeitos para a saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras. Assim, é necessário que, adicionalmente ao monitoramento passivo de doenças, seja feita a análise de situação de saúde²⁵ da população abrangida pela VISAT. Ademais, cumpre lembrar que o campo de atuação se estende para além da população formalmente empregada, pois o SUS, dada a universalidade de acesso, deve abranger todas as situações de trabalho, tanto formais quanto informais, independentemente de remuneração ou de vínculo.

As ações da VISAT têm respaldo legal na Lei nº 8.080/1990, que no artigo 6º, § 3º, reafirma o preceito constitucional que atribui à saúde do trabalhador ações de

²⁵ Análise de situação de saúde é descrita na Resolução da PNVS, no artigo 6º, inciso III como sendo as “ações de monitoramento contínuo da situação de saúde da população do País, Estado, Região, Município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde abrangente” (BRASIL. MS, CNS, 2018, p. 3).

vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária. A abrangência dessas ações é posteriormente descrita nos incisos III, V, VI e VIII do mesmo dispositivo legal (BRASIL, 1990).

Nas esferas estaduais e municipais, há grande variação no *locus* e na forma como se desenvolvem as ações de VISAT, o que varia de acordo com a conformação jurídica que cada ente atribui a esses serviços, inclusive a quem é investida de autoridade sanitária. Em regra, essa investidura recai sobre agentes da vigilância sanitária, que atuam em conjunto com os integrantes dos CEREST, havendo localidades em que os próprios agentes dos CEREST detêm essa autoridade.

Vasconcellos, Gomez e Machado (2014) defendem que o ponto de partida, institucionalizado e legitimado pelas normas operativas do SUS, é a RENAST, com execução a ser realizada por meio dos CEREST, que são as estruturas dentro do SUS legitimadas para a disseminação das ações de VISAT. Os autores relembram, porém, que os CEREST não são executores exclusivos da VISAT e, embora representem a base de conhecimento técnico e legal, inclusive na formação de agentes de vigilância, é necessário que a VISAT possa ser incorporada às estruturas formais com poder de intervenção, como é o caso da vigilância sanitária, assim como às que detêm o poder de sistematizar informações, como é o caso da vigilância epidemiológica e da vigilância em saúde ambiental. Eles também ressaltam a importância da interação da VISAT com a atenção básica, eis que essa cuida de serviço de geração de demandas.

Um campo de articulação intersetorial que tem sido apontado positivamente é o trabalho desenvolvido com alguns membros do Ministério Público do Trabalho (MPT). A atuação em colaboração tem trazido avanços significativos, alcançados por meio de Termos de Ajustamento de Conduta (TAC), firmados à luz da Lei nº 7347/85, ou por meio de Ações Cíveis Públicas, auxiliando na potencialização das ações de VISAT (GOMEZ, 2013; HURTADO *et al.*, 2022; KAMEI LÓPEZ-ALIAGA, 2016).

Ponto relevante para o desenvolvimento das ações de VISAT é a captação de dados relacionados à saúde do trabalhador, que são relevantes e podem vir de diversas fontes: podem vir da vigilância *in loco* dos ambientes e processos de trabalho, podem surgir da análise de dados de saúde produzidos no âmbito dos programas obrigatórios, como os relacionados à NR 7, em razão dos quais são realizados, por exemplo, exames clínicos e complementares, admissionais, periódicos e demissionais; e também podem ser captados pelos sistemas de notificação dos

próprios órgãos da saúde. Sabino (2009), ao tratar de reconstrução de coortes²⁶ para a vigilância da saúde de populações de áreas contaminadas, notadamente as decorrentes de exposições ocupacionais, chama a atenção para a necessidade de se recorrer a diversas fontes de informações para que seja alcançada essa finalidade. Em suma, diversas fontes de informação podem auxiliar no trabalho de vigilância da saúde de trabalhadores.

No que concerne à ocorrência de acidentes de trabalho e agravos à saúde decorrentes do trabalho, o artigo 3º da Portaria GM-MS 204/2016, posteriormente incluída na Portaria de Consolidação nº 4/2017, prevê a obrigatoriedade da notificação compulsória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestem assistência ao paciente (BRASIL, 2017). Destarte, no particular, entende-se que a obrigatoriedade se estende aos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho de empresas (SESMTs), em conformidade com o artigo 8º da Lei nº 6.259/1975, pois são estabelecimentos de saúde na acepção jurídica do termo.

Consoante previsto no item 4.1 da nova NR 4, os SESMTs têm a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador, de modo que empresas privadas e públicas, órgãos públicos da administração direta, indireta e órgãos dos Poderes Legislativo e Judiciário e do Ministério Público que possuam empregados cujos contratos sejam regidos pela CLT, devem constituir e manter tais serviços de saúde (item 4.2.1) (BRASIL, 2022).

A título ilustrativo, pode-se trazer a experiência do Estado de São Paulo, onde esses serviços são reconhecidos no Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, por meio da Portaria CVS nº 1/2020²⁷, sujeitando-se a procedimento de licenciamento sanitário dos estabelecimentos de interesse da saúde, sendo-lhes atribuído código próprio para cadastramento. Assim, além de sujeitarem-se ao controle da vigilância,

²⁶ Coorte cuida de grupo de pessoas que possuem característica ou exposição a situação/ambiente comum. Estudos de coortes, também denominados estudos de seguimento ou *follow-up* buscam abordar hipóteses etiológicas por meio de medidas de incidência e, desse modo, medidas de risco (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 1990).

²⁷ A Portaria CVS 1/2020 disciplina, no âmbito do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, o licenciamento sanitário dos estabelecimentos de interesse da saúde e das fontes de radiação ionizantes. A portaria atribui os códigos 8630-5/02 e 8630-5/03, destinados às clínicas, serviços ou empresas especializadas em medicina do trabalho, no qual se realiza exames complementares ou restrita a consultas, respectivamente.

tais serviços têm o dever de legal de proceder à notificação dos acidentes e agravos à saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras (SÃO PAULO, 2020).

A Portaria GM/MS Nº 204/2016, incorporada à Portaria de Consolidação nº 4/2017 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), e as orientações promovidas pela Nota Informativa nº 94/2019 DSASTE/SVS/MS (BRASIL, 2019) determinam a notificação compulsória dos seguintes agravos relacionados ao trabalho: (1) Acidente de trabalho, independentemente de sua gravidade; (2) Acidente de trabalho com exposição a material biológico; (3) Transtornos mentais relacionados ao trabalho; (4) Câncer relacionado ao trabalho; (5) Dermatoses ocupacionais; (6) Pneumoconioses; (7) Perda auditiva induzida por ruído (PAIR); (8) Lesão por esforço repetitivo/Distúrbios Osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT); (9) Intoxicação exógena, por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados; e (10) Violência doméstica e/ou outras violências, incluindo trabalho infantil.

A partir do recebimento das informações vindas de diversas fontes, a unidade de saúde designada deve lançar os dados no Sistema de Informação em Saúde do Sistema Único de Saúde (SINAN), cujo objetivo é coletar, transmitir e disseminar dados gerados pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas do governo.

Para os empregadores, a obrigação de notificar também está prevista no artigo 169 da CLT, que estabelece que a notificação das doenças profissionais e das produzidas em virtude das condições especiais de trabalho, **comprovadas ou objeto de suspeita**, de conformidade com as instruções expedidas pelo Ministério do Trabalho (BRASIL, 1943). A redação desse dispositivo legal é anterior às alterações promovidas pela Constituição Federal, que delegou as questões relacionadas à saúde do trabalhador ao SUS e as questões previdenciárias à Previdência Social. Assim, a notificação de doenças e agravos relacionados ao trabalho deve ser enviada a ambos os órgãos, Saúde e Previdência, seguindo a regulamentação prevista para cada área. A notificação à Previdência segue o quanto disposto no artigo 22 da Lei nº 8.213/1991 (BRASIL, 1991).

Necessário ressaltar que a mera suspeita gera o dever de notificar. Isso porque não se pode perder de vista a finalidade preventiva da notificação e, nesse caso, a suspeita pode ser suficiente para gerar ações de saúde. Esse juízo de valor,

porém, cabe à autoridade de saúde, e não ao notificador. A mesma ressalva vem do Conselho Federal de Medicina, que, no artigo 3º da Resolução CFM nº 2.297/2021, (CFM, 2021) prevê que médicos do trabalho e demais médicos que atendem trabalhadores de empresas e instituições devem notificar não apenas o empregador quando da ocorrência ou de suspeita de acidente ou doença do trabalho, para que a empresa emita a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), mas também ao Ministério da Saúde.

O profissional de saúde que tiver a obrigação de notificar fica sujeito as penas previstas no artigo 269 do Código Penal Brasileiro no caso de “omissão de notificação de doença cuja notificação seja compulsória”, caso caracterizado crime contra a saúde pública. (BRASIL, 1940, p. 105)

A partir do recebimento da notificação, a autoridade sanitária deve proceder, nos termos do artigo 11 da Lei nº 6.259/1975, à investigação epidemiológica para elucidar o diagnóstico ou averiguar a disseminação da doença na população sob risco, o que pode ser por meio da execução de investigações, inquéritos, levantamentos epidemiológicos junto a indivíduos ou a grupos populacionais (BRASIL, 1975).

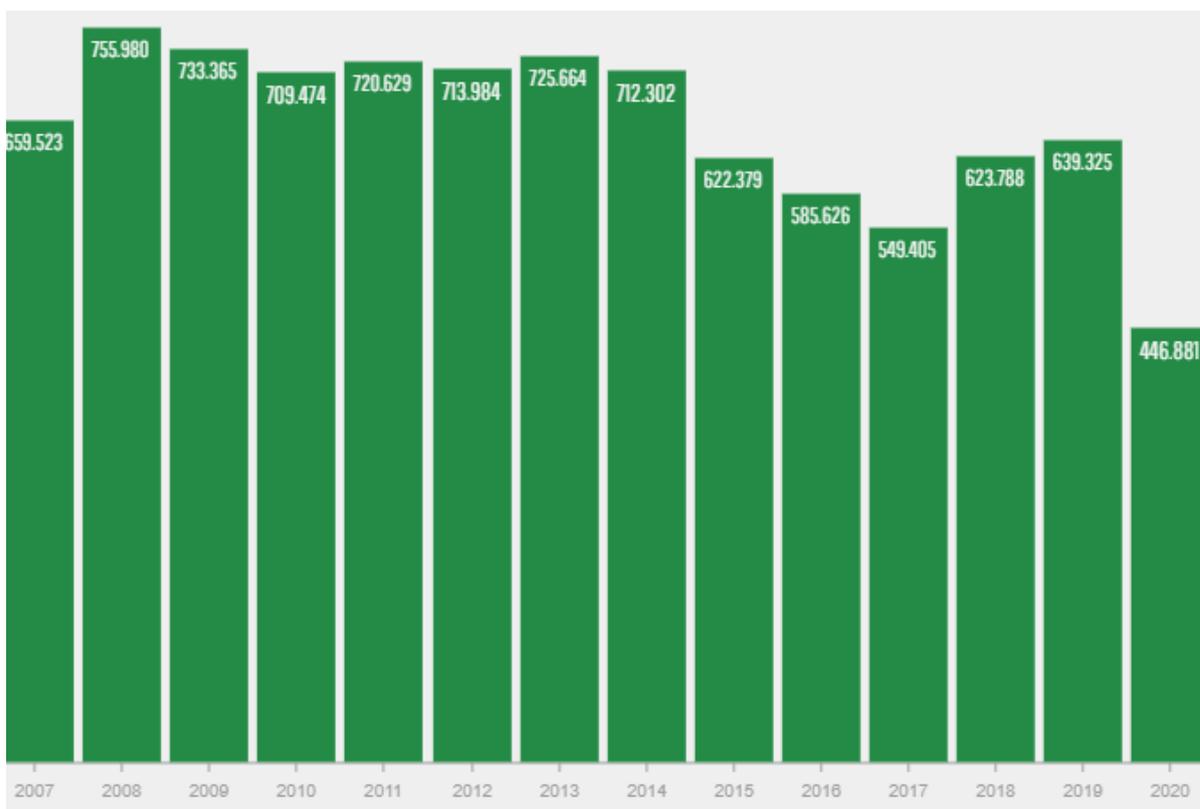
As notificações e investigações de acidentes de trabalho são essenciais para o desenvolvimento de ações de vigilância. Há, porém, obstáculos para a utilização adequada dos dados de notificações e, portanto, para a realização mais acurada da situação de saúde dos trabalhadores nos territórios. Um desses obstáculos é a subnotificação no SINAN, que é patente. Quando comparados com os registros de CAT no sistema previdenciário, a subnotificação fica clara.

Dados extraídos da plataforma SmartLab, da iniciativa MPT/OIT e voltada para a disseminação de dados relacionados ao mundo do trabalho, apoiada pelos Ministérios da Saúde, Trabalho e Previdência, revelam que os registros de CAT superam, em muito, o número de notificações no SINAN, quando a lógica determinaria situação inversa. Isso porque o registro de CAT congrega apenas os acidentes e doenças ocupacionais da população formal, enquanto o SINAN deveria captar dados tanto do mercado formal como do informal e, até mesmo, de trabalho proibido, como é o caso do trabalho de crianças e adolescentes, além do trabalho voluntário.

Para bem demonstrar as subnotificações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que acarretam, por consequência, a disparidade entre seus dados e os de Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) em relação à

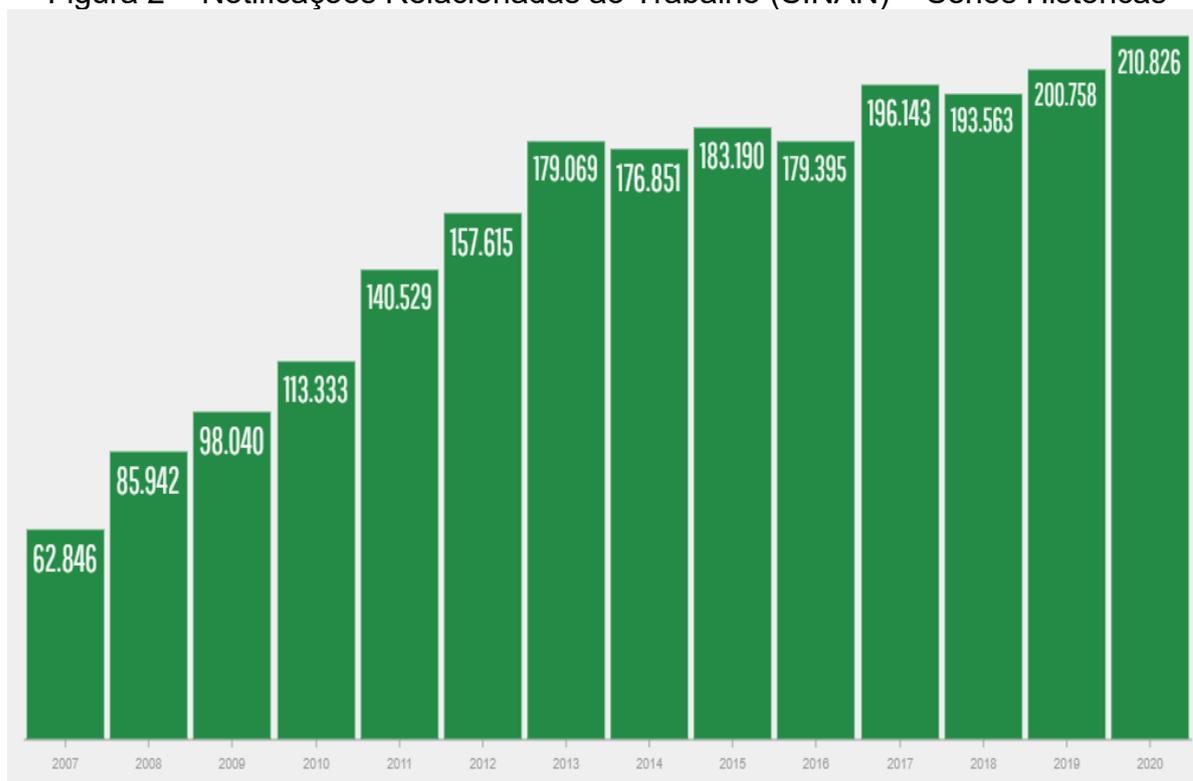
quantidade de acidentes, são apresentados abaixo dois gráficos de séries históricas, elaborados pelo SmartLab, o Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho, cuja finalidade é a promoção do meio ambiente do trabalho guiada por dados.

Figura 1 – Série Histórica dos Acidentes de Trabalho (CAT)



Fonte: SmartLab. Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho.

Figura 2 – Notificações Relacionadas ao Trabalho (SINAN) – Séries Históricas



Fonte: SmartLab. Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho.

Do primeiro gráfico, com dados de CAT do período de 2002 a 2021, foram selecionados apenas os anos de 2007 a 2020, que são os anos relativos ao segundo gráfico, com dados do SINAN, referentes às comunicações de acidentes de trabalho desse período. Em relação ao ano de 2020, o último da série histórica, observa-se no gráfico nº 1, que houve 446.881 registros de CAT, enquanto o gráfico nº 2 mostra que o SINAN totalizou 200.758 notificações, número inferior à metade do primeiro, revelando uma grave distorção. E se forem observados e comparados os dados dos anos anteriores, constata-se que a distorção era ainda muito superior que a do ano de 2020. Mas a despeito da significativa diminuição da disparidade de informações, é preciso trabalhar que essas diferenças deixem de existir ou, ao menos, sejam ínfimas. Esse trabalho é imprescindível porque a subnotificação impede que o planejamento de ações de saúde seja elaborado de forma mais assertiva, o que pode comprometer a efetividade.

Ademais, considerados os recursos limitados dos serviços de saúde, entre eles, o de saúde do trabalhador, o estabelecimento de prioridades é imperativo. Sem dados confiáveis, essa priorização certamente é prejudicada. Em um estudo realizado

em unidades de pronto-socorro na região da Grande São Paulo na década de 1990, quando o SINAN ainda não havia sido implantado e todas as notificações eram realizadas por meio da CAT, houve um levantamento dos acidentes de trabalho atendidos no serviço de saúde. Foram identificadas as empresas e os ramos econômicos com maior frequência de notificações, e houve a definição de critérios para o planejamento das atividades do PST. Na oportunidade, apurou-se que se a vigilância em ambientes de trabalho focasse nas 100 empresas que mais geravam acidentes atendidos na região no período estudado, ações preventivas estariam sendo desenvolvidas sobre 42,6% do total de acidentes (SANTOS *et al.*, 1990), o que demonstra a importância de captação dos dados.

No atual quadro, existem duas notificações a serem feitas em caso de ocorrência de acidente de trabalho ou de agravo a saúde do trabalhador: (1) a CAT, a ser encaminhada ao INSS, restrita aos trabalhadores formais; e (2) o SINAN, do Ministério da Saúde. Embora ambos os sistemas sofram com a subnotificação, a tendência da subnotificação no SINAN é superior, especialmente porque o procedimento não está relacionado a nenhum benefício pecuniário ao trabalhador, ao passo que a CAT é pressuposto para concessão de benefício acidentário. Ainda assim, há perda valiosa de dados nos dois sistemas.

A CAT raramente é emitida quando o período de afastamento é inferior a quinze dias, o que prejudica a sua utilização para fins estatísticos e epidemiológicos, finalidade essa reconhecida no artigo 336 do Decreto nº 3.048/1999. Filgueiras (2017) revela que a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo IBGE, estima que, no ano de 2013, o número de acidentes de trabalho no Brasil foi sete vezes superior ao registrado pelo órgão previdenciário, e que, se forem considerados apenas os agravos admitidos pelos empregadores, geradores de emissão da CAT pelas empresas, a subnotificação seria da ordem de 90%.

Outro problema a ser abordado é a falta de compartilhamento de dados e informações entre os órgãos vocacionados para a defesa da saúde do trabalhador e da trabalhadora, a despeito do quanto previsto no PNST e no PNSTT, o que será feito oportunamente.

4.4 SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO E AS NORMAS REGULAMENTADORAS: INTERAÇÃO COM A SAÚDE PÚBLICA.

A CLT que, em sua redação original, possuía disposições referentes à higiene e segurança do trabalho, consolidadas no Capítulo V, teve, no ano de 1967, incluídas disposições quanto à constituição de Serviço Especializado em Segurança e Higiene do Trabalho, precursor do SESMT, que somente veio a ser regulamentado no ano de 1972 pela Portaria nº 3.237. Em 1977, o Capítulo V da CLT sofreu alterações estabelecidas pela Lei nº 6.514/1977, quando ganhou o título “Da Segurança e da Medicina do Trabalho” e, no ano seguinte, foi publicada a Portaria 3.214/1978, cujo conteúdo trazia as normas regulamentadoras, indubitavelmente, um marco histórico em matéria de segurança e saúde no trabalho no Brasil (CAMISSASSA, 2020).

As alterações promovidas pela Lei 6.514/1977 e pela Portaria 3.214/1978 ingressaram no mundo jurídico em contexto histórico que apontava o Brasil como recordista mundial em acidentes de trabalho, marca “conquistada” pelo país no ano de 1975. Não se nega que esse novo sistema de proteção à segurança e saúde no trabalho, ainda que pautado em preceitos de medicina do trabalho e saúde ocupacional, que já se revelavam insuficientes para o propósito de resguardar a saúde e a vida de trabalhadores e trabalhadoras, trouxe de fato avanços no nível de proteção. Afinal, onde quase nada existia, a implementação de um verdadeiro sistema de proteção representou claro avanço.

Há tempos, porém, o sistema revela limitações que indicam o seu esgotamento. Nesse sentido, precisas as observações de Oliveira (2011):

No Brasil, a questão da infortunistica vem sendo intensamente debatida, especialmente a partir de 1975, quando os índices de acidentes do trabalho atingiram números alarmantes, bem superiores à média mundial. Durante os 20 anos seguintes (1975-1994) ocorreram quedas sucessivas na estatística, baixando o volume de acidentes do trabalho da casa dos dois milhões anuais para algo próximo de 400 mil.

De 1995 a 2001, a quantidade de acidentes manteve-se praticamente no mesmo patamar, já demonstrando que a política nacional de segurança e saúde no local de trabalho havia chegado ao seu limite de resposta, pois não conseguia mais reduzir os acidentes do trabalho e precisava ser aprimorada. É certo que ocorreram algumas melhorias pontuais, especialmente nos acidentes fatais e nas doenças ocupacionais, resultantes de medidas específicas, mas longe de merecerem comemoração.

Nos últimos anos a quantidade de acidentes voltou a subir de forma acentuada, deixando evidente a necessidade de adoção de medidas legais e

governamentais urgentes para tentar reverter essa nova tendência. (OLIVEIRA, 2011, p. 255-256)

Por esse motivo, Silva (2021) adverte que o estudo das normas de saúde e segurança do trabalho não comporta a ingenuidade de que elas são aptas a solucionar todos os problemas que envolvem a alta complexidade dos processos produtivos, razão pela qual há que se ter clareza da exata dimensão que ocupam: “um papel ancilar e secundário” (SILVA, 2021, p. 28).

Diversos são os fatores que contribuem para a baixa eficácia de preservação do sistema de proteção, preconizado pelas NRs, que no Brasil ganha a denominação de Segurança e Saúde no Trabalho (SST). Entre os diversos motivos apontados para esse desfecho, podem ser citadas as deficiências no sistema de Inspeção do Trabalho, cujo quadro sofre grave redução, além de contar, cada vez menos, com profissionais que tenham formação especializada em SST ou formação em áreas da saúde; a flexibilização de direitos trabalhistas; a concepção de sistema ainda focado na monetização e na responsabilização em detrimento da proteção; a deficiência na formação de profissionais.

Além de todos os problemas suprarrelacionados, entende-se que o ponto crucial reside na base da própria concepção do sistema, pois pautado sobre fundamentos mecanicistas que ignoram a amplitude dos problemas que permeiam a proteção à saúde humana. Os fundamentos mecanicistas ignoram que o trabalho real não se submete à linearidade de um sistema de causalidade pré-definido, eis que múltiplas são as causas que contribuem e concorrem para a ocorrência de acidentes ou no processo saúde-doença.

Um exemplo clássico da limitação da visão preconizada pela SST está nos limites de tolerância. A CLT, nos artigos 189 a 192, cuida das questões relacionadas à insalubridade e ao pagamento do respectivo adicional, remetendo ao Ministério do Trabalho a tarefa de elaborar o quadro de atividades e operações insalubres, bem como a fixação dos limites de tolerância.

A matéria é tratada na NR 15, que, no subitem 15.1.5, define Limite de Tolerância (LT) como “a concentração ou intensidade máxima ou mínima, relacionada com a natureza e o tempo de exposição ao agente, que não causará dano à saúde do trabalhador, durante a sua vida laboral” (BRASIL, 2022, p. 1). A definição desafia a lógica da proteção da saúde humana, pois atribui valoração que a expressão numérica

descrita na norma não possui, induzindo o leitor a acreditar que exposições a níveis inferiores aos expressados no documento, não terão repercussão negativa na saúde. Essa assertiva, porém, não é verdadeira. Vejamos.

Os LT preconizados, no ano de 1977, na lista da ACGIH foram os utilizados para a regulação de diversos países, como Alemanha, Japão e Reino Unido e também o Brasil. No nosso país, a lista da ACGIH de 1977 foi a base para estabelecer a relação de substâncias que integram a NR 15. A adaptação realizada nesse processo de transposição tomou em consideração apenas a diferença das jornadas de trabalho estabelecida à época: no Brasil, era de 48 horas semanais, enquanto nos Estados Unidos era comumente fixada em 40 horas (ARCURI; CARDOSO, 1991).

Ocorre que a lista da ACGIH, em razão da participação de assessores que tinham ligação ou recebiam financiamento das indústrias que manipulavam os agentes químicos estudados pela associação não pode ser considerada fruto de consenso científico, tanto, por atribuir alta confiança ao LT quanto por refletir a imagem equivocada do ser humano como uma máquina padronizada (ARCURI; CARDOSO, 1991). Essa falsa sensação de segurança transmitida pelos LT revela o padrão mecanicista que permeia a saúde ocupacional levado às últimas consequências.

Friedrich *et al.* (2022), em abordagem crítica da toxicologia, referem-se às limitações do modelo dominante da toxicologia clássica, o qual acredita na relação linear dose-resposta, que permitiu calcular uma dose segura para não afetar a saúde humana. Tal metodologia ignora aspectos qualitativos que podem influenciar no processo de adoecimento, em especial os relacionados ao contexto socioambiental e ao processo produtivo. Assim, defendem que, em uma perspectiva crítica e de proteção à saúde, as avaliações de risco deveriam considerar “dimensões temporais, espaciais, culturais, econômicas, éticas e políticas, que podem modificar a possibilidade de ocorrência de eventos negativos, como adoecimento, morte, sofrimento e perdas materiais e simbólicas” (FRIEDRICH *et al.*, 2022, p. 298).

O processo de incorporação da lista da ACGIH de 1977, ao fazer a transposição dos Limites de Tolerância com mera adaptação relacionada à jornada de trabalho, não levou em considerações todas essas dimensões e outras distinções que deveriam ser consideradas diante das diferenças das condições laborais que permeiam a realidade brasileira, em contraposição à norte-americana.

Outra inconsistência que merece destaque advém do fato de que diversas substâncias listadas na NR 15 tiveram seus respectivos LT decrescidos ao longo dos anos em reavaliações realizadas pela própria ACGIH. Os anexos da NR 15, que estabelecem os LTs para agentes químicos, poeiras minerais e outras substâncias, porém, mantém-se praticamente inalterados desde 1978. Desse modo, como ignorar os possíveis e prováveis danos à saúde de trabalhadores que foram expostos a concentrações maiores do que as admitidas atualmente pela ACGIH?

Infelizmente não há como retroceder no tempo e considerados os efeitos crônicos, muitas vezes percebidos anos após a exposição, a situação pode ser irremediável. Tome-se como exemplo o amianto crisotila, para o qual a NR 15 estabelece LT de 2 fibras/cm³, limites então fixados pela *American Conference of Governmental Industrial Hygienists* em 1978 (PIRA *et al.*, 2018). A associação norte-americana, há muitos anos, já revisou esses valores, estabelecendo LT de 0,1 fibra/cm³ (PIRA *et al.*, 2018). A OMS, considerado o seu reconhecido potencial carcinogênico, que torna o mineral responsável pela maior carga global de cânceres de origem ocupacional e de impossível controle, preconiza a eliminação do seu uso. Por óbvio, o organismo humano não se adaptou às variações das LTs adotados pelos órgãos regulatórios. Porém, no período da evolução do conhecimento científico, milhares de trabalhadores foram expostos a concentrações de 2 fibras/cm³, limite hoje reconhecidamente escandaloso pois 20 vezes superior ao admitido atualmente como tolerável sob o ponto de vista técnico, eis que não há níveis seguros para exposição. Por esse motivo, observa-se que a base conceitual mecanicista não se coaduna com o intuito protetivo da saúde.

Outra evidência da inconsistência desse modelo decorre da evolução do conhecimento científico a respeito das substâncias com potencial cancerígeno, pois o processo de adoecimento, nesses casos, não obedece ao esquema dose-resposta e envolve mutações genéticas não necessariamente provocadas pela quantidade da substância cancerígena, mas pela simples exposição a ela e que, portanto, não obedecem aos limites fixados na norma.

É importante esclarecer que não se prega o banimento de todas as substâncias de uso industrial com potencial tóxico, embora se reconheça que, no processo regulatório, deveriam ser melhor consideradas questões de ordem ética, a exemplo de liberação nacional de substâncias banidas nos países de origem com

fundamento na proteção da saúde. O que se defende é que o processo regulatório considere não apenas os aspectos quantitativos, mas também outras variáveis que emergem do ambiente de trabalho, como o contexto socioambiental que envolve o processo produtivo. Também é necessário que se atribua aos chamados “limites”, o valor que realmente têm, ou seja, valores referenciais para a finalidade de permitir o seu uso no processo de produção, mas não suficientes para a eliminação de riscos a saúde dos trabalhadores. Porém, infelizmente, é nessa cilada regulatória, fundamentada no padrão cartesiano, que o nosso conjunto de normativo se enredou.

Ao tempo em que se elaboram críticas ao pagamento dos adicionais de insalubridade e periculosidade, assegurados constitucionalmente, centrando nesse todo juízo de valor negativo em torno da monetização dos riscos, em torno do aspecto específico desses dois benefícios pecuniários ao trabalhador, tem passado despercebido o fato de que o próprio sistema de SST, ao menos no que tange aos agentes insalubres e perigosos, reza sob essa mesma cartilha. Explica-se.

A adoção de medidas de segurança, que, certamente, demandam mais investimentos empresariais, estão atreladas aos LT previstos na NR 15, norma que tem, como propósito, fixar os parâmetros que geram o direito ao adicional de insalubridade. Ocorre que, a despeito do anúncio de ampla revisão das NRs no ano de 2019, essa norma não está entre as primeiras que foram discutidas, embora não tivesse sofrido alterações substanciais desde 1978.

Não bastasse essa falta de atualização dos parâmetros geradores do adicional de insalubridade na NR 15, há uma maior gravidade que repousa no fato da NR 9, recentemente revisada, seguir mantendo dispositivo que também integrava a versão anterior, prevendo que o nível de ação, para fins de medidas de prevenção, deve ser a metade dos limites de tolerância previstos na NR 15, que, conforme já mencionado, encontram-se desatualizados em relação à lista da ACGIH, cujos limites já foram revisados em diversas oportunidades.

Além dos problemas apontados na concepção e na operacionalização do sistema, baseado na abordagem da saúde ocupacional, não se pode olvidar que o padrão de gestão de segurança e saúde do trabalho no Brasil até agora apresenta padrões predatórios. Basta analisar o número de trabalhadores que, ainda nos dias de hoje, são encontrados em situação análoga à escravidão. Somente no ano de 2022, mais de 2.500 pessoas, entre elas crianças e adolescentes, foram “resgatadas”

após observada a submissão a condições de trabalho, alojamento e alimentação degradantes (CORREA, 2023).

Filgueiras (2017) aponta três características essenciais que constituem esse padrão de gestão da segurança e saúde do trabalho no Brasil: (1) ocultação: consiste na prática patronal de não reconhecer os riscos ocupacionais e o adoecimento relacionado ao trabalho; (2) individualização: consiste na abordagem de SST focada no indivíduo, em detrimento do ambiente de trabalho; (3) confrontação direta à regulação limitadora. Essas três características são as posturas de enfrentamento e resistência aos parâmetros de proteção à saúde e segurança dos trabalhadores, que podem ocorrer em diversos campos, em instituições públicas e privadas, por meio de propaganda difamatória à legislação protetiva até a violência física contra agentes de regulação.

Não se alonga nas considerações acerca da efetividade das NRs, em razão da delimitação do nosso objeto de estudo, que se concentra em encontrar espaços para a integração de sistemas de proteção, como forma de potencializar o nível de proteção ofertada pela legislação nacional à saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras. No entanto, são reflexões relevantes porque no curso da pandemia, esse sistema, além de insuficiente, revelou-se extremamente frágil e permeável em relação às formas de confrontação direta, atentando contra a dignidade daqueles que laboram e trazendo muitos prejuízos à classe trabalhadora. Essa questão será analisada oportunamente nas considerações que serão feitas em torno das leis e portarias emitidas ao longo da crise pandêmica.

Assim, no esforço de identificar esses espaços de integração dos sistemas de proteção, militam em favor das NRs alguns aspectos que merecem ser explorados, dentre os quais se pode destacar a universalidade da aplicação das NR a todos os empreendimentos, bem como a uniformidade das exigências contidas nos seus programas, como exames médicos e avaliações ambientais, entre outros. Sendo a questão do trabalho e, frise-se, não de saúde e meio ambiente, matéria de competência federal, as NRs são aplicáveis em todo o território nacional, permitindo a previsibilidade e uma certa padronização dos requisitos, dos dados e das informações contidos nos seus programas estruturantes, especialmente o PGR (NR 1) e o PCMSO (NR 7). Tais dados, e sob o ponto de vista da integração, podem ser de interesse da VISAT do SUS.

Assim, serão apresentadas breves notas a respeito das NRs que dão estrutura ao sistema de SST, para depois se abordar uma visão que proporcione a integração de sistemas de proteção.

4.4.1 Norma Regulamentadora 1 – Gerenciamento de Riscos Ocupacionais. A COVID-19 como risco biológico nos ambientes de trabalho

As recentes alterações promovidas na NR 1 trouxeram inovações no sistema de SST a ser implementado nas empresas. Anteriormente ao processo revisional, iniciado no ano de 2019, a NR 9 estabelecia a elaboração do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), que se estruturava o planejamento anual e o cronograma de ação baseado em antecipação e conhecimento de riscos, avaliação e monitoramento de riscos e implantação de medidas de controle, entre outras. Um dos dissensos em torno do PPRA residia no fato de existirem limitações da sua abrangência quanto aos riscos ambientais, decorrentes da exposição a agentes físicos, químicos e biológicos. Quanto a outros fatores de riscos, como riscos mecânicos, ergonômicos, trabalho em altura, entre outros, eram tratados em normas específicas (HORCADES; VILELA, 2022). Porém, remanesciam dúvidas quanto a riscos não tratados nas demais NRs.

Assim, a partir da nova redação dada à NR 1, pela Portaria SEPRT nº 6.730/2020 (BRASIL, 2020a), houve a introdução do Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), a ser constituído sob a ótica do Gerenciamento de Riscos Ocupacionais que passou a orientar as ações voltadas para a prevenção de acidentes e de doenças relacionadas ao processo produtivo e laboral. O PGR pode ser implementado por unidade operacional, setor ou atividade, o que pode ser um fator dificultador para a visualização do ambiente de trabalho em seu conjunto e em sua dinâmica produtiva como um todo.

Constituem etapas cruciais para o desenvolvimento do Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (GRO): (1) identificação dos perigos ou das fontes de riscos que podem comprometer a segurança e a saúde dos trabalhadores; (2) avaliação do risco para os trabalhadores expostos ao perigo; e (3) implementação de medidas de controle, que devem ser as mais adequadas para a mitigação dos riscos identificados no ambiente de trabalho.

Nesse contexto, é essencial compreender o conceito dos termos “perigo” e “risco”, utilizados na norma, que traz no Anexo I, as seguintes definições:

Perigo ou fator de risco ocupacional/ Perigo ou fonte de risco ocupacional: Fonte com o potencial de causar lesões ou agravos à saúde. Elemento que isoladamente ou em combinação com outros tem o potencial intrínseco de dar origem a lesões ou agravos à saúde.

Risco ocupacional: Combinação da probabilidade de ocorrer lesão ou agravo à saúde causados por um evento perigoso, exposição a agente nocivo ou exigência da atividade de trabalho e da severidade dessa lesão ou agravo à saúde. (BRASIL. ME, 2020, p. 12-13)

A construção do PGR deve considerar as etapas do GRO, que por sua vez, deve estar integrado com os planos, programas e outros documentos de SST, constituindo uma espécie de espinha dorsal desse sistema de proteção, a partir do qual se irradiam outras ações. Assim, para a organização desse sistema de gerenciamento de riscos, a empresa deve evitar os riscos ocupacionais que possam ser originados do trabalho, proceder à identificação dos perigos e possíveis lesões ou agravos a saúde e realizar a avaliação dos riscos (OJEDA; AMORIM, 2022). Nessa avaliação de riscos, é preciso indicar o seu nível e elaborar a sua classificação com a finalidade de determinar a necessidade de adoção de medidas de prevenção, as quais devem ser implementadas seguindo a ordem de prioridade estabelecida nessa classificação (item 1.5.3.2) (BRASIL, 2020b)

Merece atenção a responsabilidade das empresas na avaliação dos riscos e a sua classificação. Note-se que o risco tem relação com a probabilidade de lesão, morte ou agravos à saúde. Assim, para que a avaliação e classificação dos riscos ocorra de forma adequada, é necessário que se considerem preceitos de saúde, principalmente os que emanam das autoridades sanitárias. É preciso lembrar que a Inspeção do Trabalho e os órgãos de regulação do trabalho não são autoridades sanitárias, pois a Constituição Federal (artigo 200) e a Lei nº 8.080/1990 investiram tal tarefa e missão ao SUS. Desse modo, é necessária a interação do GRO e do PGR com as definições e preceitos traçados pela autoridade sanitária. Exemplo disso é a Lista das Doenças Relacionadas ao Trabalho, cuja elaboração e revisão é de atribuição da saúde do trabalhador, na forma prevista no artigo 6º, § 3º, inciso VII da LOS (BRASIL, 1990).

Também é digna de observação a interação entre o GRO e o PGR com as medidas relacionadas à saúde do trabalhador, previstas em outros programas, como o monitoramento da saúde dos trabalhadores, por exemplo. No que concerne a esse ponto específico, a NR 1 prevê que sempre que houver evidências de associação, por meio de controle médico da saúde, entre as lesões e os agravos à saúde dos trabalhadores com os riscos e as situações de trabalho identificados, a organização deve adotar medidas de prevenção para eliminar, reduzir ou controlar os riscos (item 1.5.5.1.1, “c”) (BRASIL, 2020b).

Ademais, é necessária a interação entre o controle da saúde e os empregados em um processo preventivo “planejado, sistemático e continuado, de acordo com a classificação de riscos ocupacionais” previstos na NR 1 (item 1.5.5.4.2) (BRASIL, 2020b, p. 7). Isso importa dizer que deve haver integração entre as medidas preconizadas no GRO/PGR e o monitoramento da saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras, em uma relação de retroalimentação. A medida é relevante, pois os agravos à saúde ou a alteração de indicadores biológicos podem revelar tanto a inadequação das medidas de prevenção e de controle, adotadas pela empresa, quanto a necessidade de sua revisão.

Observa-se, portanto, que há estreita relação do GRO/PGR com questões relacionadas à saúde, já que esse é justamente o seu escopo: trazer segurança e saúde nos ambientes laborais. Nessa missão, o levantamento dos riscos e perigos é fundamental para a organização das medidas de segurança e para o adequado monitoramento da saúde dos que laboram no ambiente de trabalho avaliado. No espectro dos riscos a serem considerados, a nova NR 1 espancou as dúvidas que remanesciam sobre o antigo PPRA, passando a abordar todos os riscos envolvidos no processo de trabalho, não descurando, porém, da ênfase aos riscos químicos, físicos e biológicos, cujas avaliações foram relegadas para a nova NR 9.

4.4.2 Norma Regulamentadora 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional e as ações de vigilância

O Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) foi criado pela Portaria nº 3.214/1978, emitida pelo Ministério do Trabalho, a quem cabe a atividade de regulamentar o quanto disposto no artigo 168 da CLT, que estabelece a

obrigatoriedade de realização de exames médicos admissionais, demissionais e periódicos, além de exames complementares (SILVA, 2021).

A CLT, ao tratar das medidas preventivas de medicina do trabalho, canaliza as suas disposições para a dimensão individual dos exames médicos. Mesmo após as alterações promovidas pela Lei nº 7.855/1989 nos §§ 2 e 3º do artigo 168 da CLT, que passaram a prever a exigência de exames complementares para apurar a capacidade física ou a aptidão física e mental do empregado para a função, assim como o estabelecimento de periodicidade de exames médicos de acordo com o risco da atividade, é certo que ignora a saúde no seu aspecto coletivo, no sentido de não trazer à consideração todos os aspectos envolvidos no trabalho e que interagem no processo saúde-doença, na produção de doenças ou que até podem colaborar com a promoção da saúde.

Destarte, resta claro que a vertente adotada pela CLT é claramente a da medicina do trabalho, como descrito no próprio título da Seção V do Capítulo V. O enunciado traz o título “medidas preventivas e de medicina do trabalho”, mas cinge-se a dois únicos artigos, quais sejam, o artigo 168, que cuida dos exames médicos, e o artigo 169, que trata da notificação de doenças produzidas em virtude do trabalho, comprovadas ou objetos de suspeita. Embora esse último artigo possa ter alguma vertente preventiva, é certo que esse ponto padece de maior detalhamento, pois a remissão feita nesse dispositivo legal trata das notificações que serão encaminhadas aos órgãos públicos e externos à empresa, mas silencia a respeito dos efeitos que deveriam gerar internamente.

Nesse passo, a concepção do PCMSO veio, de certa maneira, detalhar as disposições relacionadas ao caráter preventivo mencionado no enunciado do título da CLT. Na Portaria que criou o Programa, em 1978, é referida a necessidade de se considerar as questões incidentes sobre o indivíduo e a coletividade, de modo a privilegiar o instrumental clínico-epidemiológico na abordagem da relação entre a saúde e o trabalho. Também é ressaltado o caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho.

No ano de 1985, foi aprovada a Convenção nº 161 da OIT, que cuida dos Serviços de Saúde do Trabalho, e também foi expedida a Recomendação nº 171, instrumento não vinculativo e que traz as orientações gerais para a elaboração de uma política nacional voltada para os serviços de saúde. O Brasil ratificou essa Convenção

no ano de 1990, a qual passou a ter vigência no ano seguinte e, no ano de 1994, revisou a NR na esteira do que vinha sendo preconizado pela OIT, trazendo inovações com o propósito de superar a visão da doença no trabalho como um processo meramente biológico, reforçando o caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, e destacando a abordagem voltada para o prisma da vigilância à saúde.

A NR 7 enumera, no item 7.3.2., diversas diretrizes que norteiam o PCMSO e parte dessas diretrizes se referem a estratégias de vigilância epidemiológica nos ambientes de trabalho, como por exemplo, as que determinam rastrear e detectar precocemente os agravos a saúde relacionadas o trabalho, detectar possíveis exposições excessivas a agentes nocivos ocupacionais e subsidiar análises epidemiológicas e estatísticas relativas aos agravos à saúde e sua relação com os riscos ocupacionais. Também indica outras diretrizes relacionadas a atividades preventivas, voltadas tanto para preceitos de higiene ocupacional, como para fornecer subsídios para a implantação e o monitoramento da eficácia das medidas de prevenção que estão sendo adotadas pela empresa, quanto para estratégias preventivas de adoecimento, como o controle da imunização dos empregados.

Por fim, na NR 7 há ainda o conjunto de diretrizes operacionais, que são de índole preventiva ou de mitigação ou remediação, como a que fixa definir a aptidão de empregados para o exercício de determinadas tarefas ou funções, oferecer subsídios para a emissão de notificações de agravos relacionados ao trabalho ou encaminhamento do empregado à Previdência Social, acompanhar os trabalhadores cujo estado de saúde possa ser afetado pelos riscos operacionais e subsidiar ações de readaptação ou reabilitação profissional, assistindo a Previdência Social quando necessário.

Para que essas diretrizes sejam cumpridas, a norma prevê que o PCMSO deve incluir ações de vigilância passiva, geradas a partir de informações surgidas da demanda espontânea de trabalhadores que procuram o serviço médico, e ações de vigilância ativa, por meio de exames incluídos no programa por determinação da NR ou pela coleta de dados sobre sinais e sintomas de agravos à saúde relacionados aos riscos ocupacionais (SILVA, 2021).

Note-se, portanto, que conhecer quais os riscos envolvidos nos processos de trabalho é medida essencial para orientar as ações de vigilância. Por esse motivo, é

fundamental que o PCMSO considere os riscos identificados no Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR). Contudo, essa não é uma via de mão única, pois a norma também prevê que o médico responsável pelo PCMSO pode reavaliar o inventário de riscos da organização, em conjunto com os responsáveis pelo PGR, quando identificadas inconsistências. Portanto, os programas devem ser elaborados e executados em sinergia.

A NR 7 prevê que o PCMSO deve conter o planejamento dos exames médicos, clínicos e complementares, de acordo com os riscos ocupacionais identificados no próprio programa. O documento deve contemplar ainda os critérios de interpretação e planejamento das condutas relacionadas aos achados dos exames médicos. O programa deve, assim, prever a realização de exames antes da contratação do trabalhador ou da trabalhadora (admissionais), no curso do contrato de trabalho (periódicos) e ao final do contrato (demissionais), descrevendo os periódicos, cujos intervalos para a sua realização estão previstos na norma.

No entanto, ao estabelecer que podem ser acrescidos outros exames complementares a critério do médico responsável, desde que exista justificativa técnica e se refiram aos riscos classificados no PGR (7.5.18), a redação claramente tem o objetivo de manter o estrito limite dos exames relativos aos riscos que emergem do ambiente de trabalho e, de certa forma, tolhe a liberdade do médico coordenador do programa. Desse modo, é indicado que as situações que sejam capazes de exigir a realização de exames complementares, sejam eles clínicos ou não, caso possam ser antecipadas, devem constar do PCMSO.

Contudo, há casos excepcionais, como as situações de saúde que não puderam ser antecipadas ou que digam respeito à condição individual do trabalhador, para os quais a norma não esclarece a quem deve ser dirigida a justificativa. Nesse ponto, há que se atentar tanto para a necessidade de resguardar a intimidade do trabalhador quanto para o fato de que a própria norma prevê que o PCMSO não deve ter caráter de seleção de pessoa (item 7.3.2.2), de modo que o entendimento a ser defendido é que a justificativa deve ser aposta apenas no prontuário do trabalhador e não pode estar sujeita a escrutínio do empregador, inclusive porque ele não tem atribuição e nem competência técnica para apreciar o ato médico.

No particular, merecem atenção os aspectos éticos que envolvem os exames médicos, cuja realização deve se restringir aos objetivos relacionados à proteção da

vida e da saúde do trabalhador, que, em razão de situações particulares de saúde, deve ser afastado de certas funções, não podendo ser utilizada para finalidade de seleção com cunho discriminatório. Há casos previstos nas próprias normas, como por exemplo, a NR 35 que determina a realização de exames prévios para a execução de trabalho em altura, pois certas doenças ou condições pré-existentes podem desaconselhar ou até mesmo impedir o labor nessa condição. Assim, qualquer justificativa médica feita nessa direção, deve ser relatada, tanto pelo médico coordenador do PCMSO quanto pelo empregador, ao trabalhador, cujo direito de informação deve ser assegurado e respeitado.

É extremamente relevante a produção, pelo médico responsável pelo PCMSO, de forma documentada, do relatório analítico anual, que tem importância muito além dos aspectos “cartoriais”, relacionados ao descritivo do número de exames clínicos e complementares realizados, além das CATs emitidas. O relatório deve trazer leitura estatística e epidemiológica de tudo o que foi levantado no período, além de uma análise comparativa em relação ao relatório anterior e discussões acerca da variação dos resultados. A medida tem relevância, pois essa leitura analítica é que permite aferir e dimensionar quais as medidas adotadas pela empresa estão surtindo o efeito desejado e benéfico para a saúde dos trabalhadores e quais as que merecem revisão.

Desse conjunto de informações que o relatório analítico deve contemplar, destacam-se as informações da “incidência e prevalência de doenças relacionadas ao trabalho, categorizadas por unidade operacional, setor ou função” (item 7.6.3, “d”) (BRASIL, 2020c, p. 7). Isso deixa claro que há a necessidade de uma leitura epidemiológica que deve ir além do mero levantamento estatístico. A frequência com que alguns agravos ou problemas de saúde surgem em uma determinada população pode chamar a atenção para a finalidade da adoção de medidas de saúde, sendo esse um dos objetivos da epidemiologia.

Em um conceito epidemiológico, a incidência cuida da frequência de novos casos de uma doença num intervalo de tempo, tratando-se, portanto, de uma medida dinâmica que leva em consideração o histórico de um intervalo de tempo a ser considerado e que, no caso do PCMSO, é a medida de um ano. A prevalência, por sua vez, diz respeito ao número de casos existentes de uma doença em um dado

momento, sendo, portanto, uma medida estática e um retrato da situação de saúde no momento da sua ocorrência.

Almeida Filho e Rouquayrol (1990) esclarecem que a incidência é uma medida típica do risco, sendo o equivalente numérico do conceito de risco, e a define como a proporção de casos novos de uma dada patologia em uma população delimitada durante um período determinado de tempo. Porém, para alguns tipos de doença, em especial as de caráter crônico, necessário empregar outra medida para estimar o risco, que é a medida de prevalência, definida como a proporção de casos de uma certa doença ou evento relacionado à saúde em uma população delimitada, em um tempo determinado.

Desse modo, por se tratarem de medidas de risco, a análise da incidência e da prevalência de doenças nos ambientes de trabalho é relevantíssima para o planejamento de ações direcionadas à melhoria da gestão dos riscos nos ambientes de trabalho e para a adoção de medidas que envolvam a prevenção de danos à saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras, protegendo, assim, sua saúde. Com efeito, embora esses dados devam constar do relatório anual, é necessário enfatizar que são o resultado de prática continuada e constante no desenvolvimento das ações planejadas no programa, o qual deve seguir as diretrizes traçadas no item 7.3.2, entre as quais consta a de “subsidiar análises epidemiológicas e estatísticas sobre os agravos a saúde e sua relação com os riscos ocupacionais” (BRASIL, 2020c, p. 7).

Destarte, observamos que a NR 7 contém instrumentos que possibilitam o desenvolvimento de ações abrangentes, voltadas para a vigilância à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras nos ambientes de trabalho. Assim, no que tange às atividades de vigilância dentro dos ambientes de trabalho, verifica-se espaço para que o PCMSO se desenvolva sob a perspectiva da Saúde do Trabalhador, colocando o trabalhador e a trabalhadora como destinatários finais de suas ações, privilegiando a prevenção e a precaução em detrimento da proteção empresarial em face de eventual responsabilidade por danos, como outrora preconizava o sistema baseado em preceitos da medicina do trabalho.

Assim, a atuação interinstitucional entre a Inspeção do Trabalho, responsável pela inspeção do cumprimento das NRs, e a VISAT de Estados e Municípios, responsável pela vigilância em saúde de trabalhadores e trabalhadoras em nível de saúde pública, seria salutar, pois atuam de forma complementar. Para que essa visão

floresça, é necessário compreender que a concepção da NR 7 vai muito além da mera realização de exames, eis que delineada sob o prisma da vigilância à saúde e com enfoque da antecipação de riscos e da prevenção, o que merece ser enfatizado e valorizado.

Por esse motivo, merece consideração e causa espanto o fato de que, após o processo revisional ocorrido no ano de 2020, mudanças promovidas no texto excluiu percentual considerável de empresas do âmbito de abrangência da NR 7, desconfigurando o papel protetivo e preventivo que nortearam a sua concepção. Assim, desde 2022, as empresas cadastradas como MEI, ME e EPP ficaram desobrigadas da elaboração do PCMSO (subitem 7.7.1), consoante previsto no subitem 1.8.6 da NR-1, caso não identifiquem exposições ocupacionais a agentes físicos, químicos e biológicos e riscos relacionados a fatores ergonômicos.

A exclusão desse contingente de empresas viola a Convenção nº 161 da OIT, que preconiza que todos os trabalhadores devem ser assistidos pelos serviços de saúde, públicos ou privados. Estudos estimam que as Micro e Pequenas Empresas respondem por cerca de 30% do PIB brasileiro, valor que tem se mostrado consistente nos últimos anos (SEBRAE, 2020). O critério utilizado para promover a retirada dessas empresas do sistema de proteção levou em consideração especialmente questões econômicas, como o faturamento anual da empresa, cujo entrelaçamento com as normas de SST revela-se inadequado, perigoso e contra a boa técnica. Além disso, cria tratamento discriminatório injustificável para trabalhadores da mesma categoria econômica, na medida em que obreiros que ocupam a mesma função, mas trabalham em empresas de porte econômico distintos, passam a ter proteção diferenciada ou nenhuma proteção e recebem, portanto, “tratamento jurídico acidentário diferenciado” (LEIVAS; KAMEI-LÓPEZ-ALIAGA; PADILHA, 2021).

Embora os exames médicos sejam mantidos para todos os trabalhadores, há grave receio de que tal medida fique descontextualizada. Isso porque os exames têm finalidade protetiva e preventiva, devendo ser prescritos e seus resultados considerados de acordo com os riscos identificados no ambiente de trabalho. Esse, portanto, é um dos propósitos do PCMSO, o que o diferencia de um mero *check-list* de exames e o afasta de uma ação cartorial. Como dar significado a exames feitos sem o critério organizado por um médico coordenador, considerando os riscos relacionados ao trabalho?

O temor da realização de exames sem critérios voltados para a finalidade preventiva foi objeto de discussão do Comitê Misto OIT/OMS, que na sua 12ª Reunião, ocorrida no ano de 1995, apontou para a necessidade de modificação das orientações seguidas pelos programas de vigilância à saúde. O Comitê indicou que a realização de exames não pode seguir a lógica da identificação de doenças para a finalidade de tratamento e indenização, clamando pela mudança de orientação no sentido tanto da vigilância para a prevenção quanto dos enfoques globais da saúde que considerem a saúde geral do trabalhador sob a ótica multidisciplinar e ainda dos aspectos organizativos que permitam adotar prática idônea sob o ponto de vista técnico, ético, social e econômico.

As discussões travadas no âmbito do Comitê resultaram na elaboração de documento no contexto do PIACT, intitulado “Princípios Diretivos Técnicos e Éticos Relativos à Vigilância à Saúde dos Trabalhadores”. Nessa obra, a OIT preconiza que a vigilância em saúde dos trabalhadores deve ser realizada em uma estrutura organizada e fundamentada em práticas corretas do ponto de vista técnico e ético. Também foi ressaltado que essa estrutura deve garantir a independência e a imparcialidade dos profissionais de saúde competentes e resguardar a intimidade dos trabalhadores e a confidencialidade dos dados individuais relativos a seu estado de saúde. Outrossim, são apontados quatro critérios importantes que devem permear, clara e justificadamente, todo o programa voltado para a vigilância em saúde nas empresas: necessidade, pertinência, validade científica e eficácia (OIT, 1998).

Com relação à imparcialidade e à independência dos médicos que atuam nos serviços de saúde das empresas, não há como deixar de destacar a fragilidade da condição desses profissionais na atual configuração desses sistemas no Brasil. Isso porque os médicos que atuam ou coordenam o PCMSO, assim como os profissionais que integram o SESMT, não detêm nenhuma garantia de emprego (OLIVEIRA, 2011). Tampouco a contratação desses profissionais ou o término dos seus contratos de trabalho passam por consulta da representação dos trabalhadores, seja ela sindical ou por meio da CIPA, a despeito das disposições contidas no artigo 10 da Convenção nº 161 da OIT e do artigo 37.2 da Recomendação nº 171 da OIT.

Essa Recomendação indica a salvaguarda da independência profissional de todos os que atuam nesses serviços de saúde, por meio de normas que assegurem consultas apropriadas ao empregador, aos trabalhadores e aos representantes de

trabalhadores, bem como também reforça a necessidade de consulta quando da contratação ou da ruptura do contrato de trabalho dos integrantes desses serviços de saúde.

Não há como negar que a garantia do emprego ou, ao menos, da consulta a respeito da contratação e da dispensa dos profissionais dos sistemas de saúde à representação de trabalhadores auxiliaria na democratização das questões relacionadas à saúde dos próprios trabalhadores nos ambientes de trabalho. Por óbvio, em se tratando da defesa de sua própria saúde, a opinião dos trabalhadores deveria ser ouvida. Contudo, nosso sistema de SST e a lei em que se fundamenta, a CLT, nada prevêem a respeito, reforçando conceitos já ultrapassados dos sistemas pautados na medicina do trabalho como um escudo para a responsabilização do empregador.

Tais salvaguardas aos profissionais dos sistemas de saúde poderiam ser objeto de Convenções ou de Acordos Coletivos de trabalho. Porém, não é possível ignorar que tais Convenções e Acordos evoluem conforme o cenário socioeconômico e, no contexto histórico de instabilidades políticas e econômicas tão comuns no país, questões dessa natureza facilmente perdem espaço para problemas urgentes e prementes de solução, como é o caso da garantia do próprio emprego para os trabalhadores e da recomposição salarial frente ao avanço inflacionário.

Ainda, no que se refere à participação da CIPA na elaboração do PGR/GRO e no PCMSO, não há previsão garantida nas normas, o que também fragiliza os programas, já que seus destinatários, os trabalhadores e as trabalhadoras, não são considerados como partícipes da construção de um programa voltado para a sua própria proteção. A única referência à CIPA, contida na NR 7, é a necessidade de compartilhamento do relatório analítico.

Diante desse quadro, ainda pautado em um sistema pouco democrático na sua elaboração e nas garantias de liberdade e de independência no exercício profissional, relega-se a correção de eventuais inconsistências aos órgãos fiscalizatórios, como a Inspeção do Trabalho, e à VISAT do SUS.

Por observar que a COVID-19 pode ser considerado um exemplo pungente das medidas protetivas que poderiam ter sido adotadas nos ambientes de trabalho a partir de uma visão mais integrativa entre SST e ST, passa-se à análise da integração desses sistemas a partir dessa experiência que ainda pulsa em nossas memórias.

5 VISÃO INTEGRATIVA PARA A CONSTRUÇÃO DE SISTEMAS DE PROTEÇÃO RESILIENTES: A PANDEMIA DA COVID-19

Como já abordado no Capítulo 2, o contexto da pandemia da COVID-19 acabou criando um ambiente propício para testar o funcionamento de sistemas de proteção, tendo em vista que situações que levam os sistemas protetivos ao seu limite revelam as inconsistências que precisam ser objeto de reflexão, estudo e, se for o caso, correção.

Os dados da pandemia da COVID-19 no Brasil revelam a fragilidade de sistemas de proteção da saúde e de proteção social, já que não é possível atestar que o país tenha alcançado êxito nas ações adotadas para o enfrentamento da crise. Até a data de 03 de março de 2023, o Brasil já contabilizava 699.276 óbitos pela COVID-19 e incríveis 37.076.053 casos confirmados, conforme dados informados Painel Corononavirus Brasil (BRASIL, 2023). A análise dos dados de mortalidade, disponibilizada pela *Johns Hopkins University & Medicine* (2023), na data de 07 de março do mesmo ano do mesmo modo, não coloca o país em boa posição, sendo apontado na 4ª posição entre os países com a maior número de mortos por 100 casos confirmados e também em 4º lugar em mortes por 100.000 habitantes.

No campo jurídico, também não é possível afirmar que houve capacidade para, minimamente, amenizar o impacto da crise, proteger a saúde da população e resguardar a saúde e a dignidade de trabalhadores e trabalhadoras, a despeito da profusão de leis, decretos, portarias, medidas provisórias. Em 2021, o Boletim Direitos na Pandemia, publicação da Conectas Direitos Humanos e do Centro de Pesquisas e Estudos de Direito Sanitário (CEPEDISA), da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no seu 10º volume, apontou para a edição de nada menos que 3.049 normas relativas à COVID-19, somente no âmbito da União no ano de 2020, sendo 1.788 delas na forma de portarias. No mesmo período, foram publicadas 884 resoluções e 59 medidas provisórias voltadas para o mesmo tema (CONNECTAS; CEPEDISA, 2021). Esses dados deixam claro que normas emergenciais ditadas pelo executivo, sem debate legislativo e sem a participação social, foram inócuas para mitigar os efeitos da pandemia no que tange à proteção da saúde.

Porém, com relação mais específica à proteção da saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras, observou-se baixa normatização. A Lei nº 13.979/2020 (BRASIL,

2020d), elaborada com a finalidade de estabelecer as medidas de enfrentamento da ESPII da COVID-19, foi aprovada na mesma semana em que essa emergência de saúde pública foi declarada pela OMS, em 30 de janeiro de 2020. Conhecida como a Lei da Quarentena, foi duramente criticada por não ter sido debatida com a sociedade e pelo seu caráter autoritário (VENTURA; AITH; RACHED, 2021; CORRÊA FILHO, 2020), por prever a realização compulsória de exames médicos, testes laboratoriais e exumação, entre outras medidas extremamente rígidas e atentatórias aos direitos humanos (artigo 3º).

Essa Lei, porém, pouco se ocupou da questão da saúde daqueles que teriam que ir para a linha de frente do enfrentamento da crise sanitária, cingindo-se apenas a disciplinar quais os profissionais seriam considerados essenciais para manter a ordem pública e o controle de doenças (artigo 3º-J, § 1º, incisos I a XXX) e alertando que o poder público e os empregadores ou contratantes deveriam assegurar o fornecimento gratuito de equipamentos de proteção individual (EPI) aos mesmos. Aos profissionais que se dedicassem ao controle de doenças e à manutenção da ordem pública, foi prevista a priorização na realização dos testes (artigo 3º-J, § 3º).

Inobstante o permissivo constitucional, consubstanciado no artigo 23 da Constituição Federal, que atribui competência legislativa para os Estados em matéria de saúde, do mesmo modo, não se observou significativa normatização no âmbito do Estados acerca desse aspecto particular – a proteção da saúde dos trabalhadores que iriam para a linha de frente para cuidarem da saúde da população em geral e, em especial, dos doentes –. Essa questão da competência concorrente para legislar e administrar a saúde já havia sido julgada pelo Supremo Tribunal Federal na ADI 3406 (BRASIL, ADI 3406, 2017). E a despeito desse precedente anterior à pandemia, o entendimento foi confirmado no curso da pandemia da COVID-19, na ADI 6341 (BRASIL, ADI 6341, 2020), na qual o Relator decidiu liminarmente pela competência concorrente da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em relação à saúde, e pleno do STF referendou sua decisão, confirmando a competência comum dos entes federados para adoção de medidas de combate à pandemia.

Ainda quanto à análise das normas editadas em combate à pandemia, um estudo realizado por Ferreira e Gomes (2022) analisou a legislação brasileira, no tema específico da proteção do profissional da saúde, editadas pelas esferas federal e dos estados, no período de 06 de fevereiro de 2020 a 20 de agosto de 2021, confrontando-

a com as diretrizes de proteção traçadas em documento conjunto da OIT e da OMS, lançado em 2021. A conclusão foi que, embora a maioria dos estados tivesse alguma previsão legislativa protetiva dedicada aos profissionais de saúde, o nível de proteção ofertado foi inferior ao preconizado pelas organizações internacionais. Outrossim, cinco estados não apresentaram qualquer lei protetiva para os profissionais de saúde, à exceção da priorização na vacinação, que foi matéria disciplinada por doze estados.

Destarte, o que se observou na legislação editada no curso da pandemia da COVID-19, em geral, foi a preponderância da preocupação com aspectos econômicos em detrimento da saúde mental e física dos trabalhadores e das trabalhadoras que foram colocados, sem direito à opinião ou à escolha, na linha de frente do enfrentamento da crise pandêmica.

Um ponto que merece destaque, foi a verdadeira obsessão do executivo federal em torno da negativa em reconhecer a COVID-19 como doença relacionada ao trabalho e, portanto, passível de gerar benefício acidentário; matéria primeiramente abordada pela Medida Provisória nº 927/2020 (BRASIL, 2020e), que disciplinou as medidas trabalhistas para o enfrentamento do estado de calamidade pública e da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional da COVID-19.

Antes de tudo, observou-se essa preocupação, ainda no início da crise, com possíveis repercussões patrimoniais para os empregadores, fixando-se, assim, de antemão e sem respaldo científico, que os casos de contaminação pelo coronavírus (COVID-19) não seriam considerados ocupacionais, salvo se houvesse comprovação do nexos causal, acarretando, por decorrência lógica, a transferência do ônus da prova para o empregado.

Em seguida, notou-se a ausência de disposições específicas de proteção à saúde e à segurança dos trabalhadores; ao revés, o que se reparou foi a suspensão das exigências administrativas relacionadas à SST, tais como a realização de exames médicos, clínicos e complementares, à exceção dos exames demissionais, bem como de treinamentos periódicos previstos nas NRs. No que tange aos exames médicos, a medida de sua suspensão foi no mínimo temerária, já que eram extremamente necessários para delimitar os grupos de risco para a realização de trabalhos presenciais no contexto da pandemia.

Por fim, a MP nº 927/2020 também previu a diminuição da atividade fiscalizatória. Tais medidas da MP em comento foram obstadas pelo Supremo Tribunal

Federal, nas Ações Diretas de Inconstitucionalidade nº 6.342, 6.344, 6.346, 6.348, 6.352 e 6.354 e também por sua posterior caducidade. No entanto, para orientar o enfrentamento da COVID-19 nos ambientes de trabalho, posteriormente, foram editadas, no âmbito federal, notas técnicas pertinentes à matéria e, notadamente, as Portarias Interministeriais nº 19 e 20, de 2020, objeto de análise na seção 5.3 adiante.

A reflexão ora proposta utiliza o cenário da pandemia da COVID-19 com a finalidade de analisar a resiliência dos sistemas de proteção atualmente existentes para se adaptar a situações extraordinária. Neste passo, a capacidade integrativa dos sistemas é característica que contribuiu para lhes oferecer a resiliência necessária para suportar novas crises que, segundo entidades que integram o Sistema ONU, serão mais frequentes nesse século. Isso porque nenhum sistema pode ser considerado completo por si só, razão pela qual deve dialogar e se integrar aos de outras instituições, setores, áreas do conhecimento.

Desse modo, no presente capítulo, far-se-á breve digressão jurídica do impacto do RSI da OMS no mundo do trabalho. Em seguida, será analisada a resiliência dos sistemas de proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras e os benefícios que podem ser alcançados a partir de uma visão mais integrativa, à luz de documento editado pela OIT no curso da pandemia da COVID-19. Ao fim, serão analisadas as portarias e os diplomas normativos editados pelo executivo federal para o enfrentamento da crise, verificando a pertinência das medidas preconizadas pelas autoridades da saúde e do trabalho, à luz das recomendações da OMS, da OIT e de outras entidades nacionais e internacionais que militam na área da saúde pública.

5.1 O REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL E O DIREITO DE EMERGÊNCIA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem poder regulamentador externo, atípico no Direito Internacional, destacando-se a possibilidade de editar atos unilaterais de regulamentação internacional a partir de autorização prevista nos artigos 21 e 22 da sua Constituição:

Artigo 21. A Assembleia da Saúde terá autoridade para adotar os regulamentos respeitantes a:

- a) Medidas sanitárias e de quarentena e outros procedimentos destinados a evitar a propagação internacional de doenças;
- b) Nomenclaturas relativas a doenças, causas de morte e medidas de saúde pública;
- c) Normas respeitantes aos métodos de diagnóstico para uso internacional;
- d) Normas relativas à inocuidade, pureza e ação dos produtos biológicos, farmacêuticos e similares que se encontram no comércio internacional;
- e) Publicidade e rotulagem de produtos biológicos, farmacêuticos e similares que se encontram no comércio internacional.

Artigo 22. Os regulamentos adotados em conformidade com o artigo 21 entrarão em vigor para todos os Estados membros depois de a sua adoção ter sido devidamente notificada pela Assembleia da Saúde, exceto para os Estados membros que comuniquem ao diretor-geral a sua rejeição ou reservas dentro do prazo indicado na notificação (OMS, 1946, p. 3-4).

Diante da clareza do poder regulamentador da OMS e de sua extensão, resta evidente que tal poder confere aplicabilidade imediata dos seus regulamentos, independente de anuência ou do aceite pelos Estados-Membros. Um desses poderosos instrumentos é o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), que teve editada a sua última versão em 2005.

O primeiro RSI nasceu em 1951, ainda sob o impacto do pós-guerra, com o escopo de consolidação das convenções e dos acordos já existentes, um “aggiornamento”, nas palavras de Soares (2000), que colocasse ordem na legislação esparsa então circulante no mundo. Nesse primeiro RSI foram contempladas apenas a prevenção e o tratamento de peste, cólera, tifo exantemático, febre amarela, febre recorrente e varíola.

O Regulamento sofreu alterações em 1969, quando o tifo e a febre recorrente foram excluídos, e em 1973 recebeu mudanças quanto às disposições relacionadas à cólera. Novas modificações foram promovidas em 1981, com a exclusão da varíola do regulamento, motivada pela sua erradicação.

A partir da década de 1990, diversas críticas apontando a ineficácia do sistema foram dirigidas ao RSI, pois muitos Estados deixavam de notificar epidemias com receio de imposição de medidas de restrição, especialmente ao comércio e ao tráfego internacional (CARVALHO, 2017).

O aparecimento da Aids provocou reflexões profundas no pensamento a respeito da promoção da saúde. Imaginava-se, antes do advento dessa epidemia, que seria possível trabalhar com apenas dois padrões epidemiológicos mundiais distintos: um, voltado para doenças crônicas e degenerativas dos países desenvolvidos, e outro, destinado às doenças infecciosas endêmicas dos países em desenvolvimento.

A Aids, porém, varreu o mundo todo, não poupando países ricos ou pobres, evidenciando um cenário epidemiológico global assustador, que promoveu a consciência quanto à equalização dos riscos entre o Sul e o Norte Global,

A situação poderia ilustrar o fenômeno identificado por Beck (2011) como “efeito bumerangue” caracterizadora da sociedade de risco, na qual ninguém pode se ver livre do risco. O autor bem explica que o padrão de distribuição dos riscos sociais na sociedade globalizada apresenta, cedo ou tarde a consequência de que ninguém está imune a esses riscos, situação que ele denominou “efeito bumerangue”. Em suas palavras, os “atores da modernização acabam, inevitável e bastante concretamente, entrando na ciranda dos perigos que eles próprios desencadeiam e com os quais lucram” (BECK, 2011, p. 44).

A Aids, evidenciou que uma epidemia não respeita fronteiras ou os padrões epidemiológicos mundiais já estabelecidos e acabou colaborando para construir a percepção global da saúde, que deveria ir além da tradicional relação internacional entre países, entabulada por acordos e convenções, uma vez que existem fatores que conduzem riscos que ultrapassam, em muito, as fronteiras políticas. Dentre esses fatores, podem ser citados: a resistência das bactérias aos medicamentos, ocasionada pelos excessos de prescrição e de uso dos antibióticos, que geram as superbactérias; o avanço das pesquisas indicativas de impropriedade da distinção entre doenças crônicas e infecciosas, especialmente a partir da descoberta de que várias formas de câncer podem ser atribuídas a microrganismos; o fantasma do bioterrorismo, como a remessa de cartas contendo anthrax para os Estados Unidos, ocorrida no ano de 2001 (CUETO, 2015).

Some-se a esses fatores, a questão climática e o desmatamento, com a perda da biodiversidade e consequente migração de microrganismos presentes em animais silvestres para a área urbana, migração potencializada pela elevação do trânsito de pessoas diante do incremento do turismo ou dos fluxos migratórios de trabalhadores. Essas questões enfatizaram que as causas sociais podem influenciar e impactar a infraestrutura da saúde pública de todos os países, além de impor riscos em todo o globo terrestre, demonstrando que nenhum país estaria imune aos riscos sanitários globais, sendo urgente a construção de uma rede de vigilância global (CUETO, 2015).

Assim, a globalização tornou-se o pano de fundo e o catalisador tanto do ressurgimento de doenças que já se imaginavam controladas, as chamadas doenças

reemergentes, quanto do aparecimento de doenças novas, as chamadas doenças emergentes, bem como do bioterrorismo que deixou de ser obra de ficção para se fazer presente no metrô de Tóquio, com a dispersão do gás sarin, e ainda dos riscos nucleares, que não poderiam mais ser esquecidos ao se tornarem perceptíveis e reais após o acidente de Chernobyl. Diante dessa realidade, fez-se necessário e imprescindível um novo regulamento sanitário.

Menucci (2006) participe do processo de revisão do RSI, discorre a respeito do contexto histórico e do cenário epidemiológico mundial que justificaram a revisão do documento:

[...] o processo de globalização tem acelerado a disseminação de doenças entre os países, demonstrando que hoje a ocorrência de casos localizados de uma determinada doença pode ter um impacto global imediato. A informação que circula livremente sobre o que ocorre com a saúde pública em outros países também pode repercutir localmente, fazendo com que pessoas cancelem ou adiem suas viagens, contratos comerciais sejam afetados e medidas de controle sanitário sejam adotadas.

Por outro lado, o ressurgimento de doenças já esquecidas ou controladas (doenças reemergentes), como a epidemia de Cólera no Peru em 1991 que se espalhou pela América do Sul e a epidemia da Peste que acometeu o oeste da Índia, em 1994 (após terremotos e inundações) assustou o mundo, mas, foi rapidamente controlado com medidas anti-roedores e antibióticos. Também o aparecimento de novas doenças (doenças emergentes) como o Ebola no Congo (antigo Zaire), em 1995, a SARS na Ásia, em 2003 e, recentemente, a Influenza Aviária causada pelo vírus H5N1 são inevitáveis e representam um risco para a saúde pública mundial. Há necessidade do fortalecimento de capacidades nacionais para detecção precoce destes eventos e medidas rápidas e efetivas para o seu controle sanitário, ou, até mesmo, uma resposta coordenada internacionalmente.

Acrescente-se a este panorama o bioterrorismo, agentes químicos e fontes rádio-nucleares e suas possíveis repercussões para a saúde pública internacional. Os eventos acontecidos nos últimos anos, relacionados ao uso do antraz nos Estados Unidos, ao acidente em Chernobyl ou ao gás Sarin num metrô de Tóquio são ilustrações claras desse perigo. Estes foram eventos locais com alta repercussão internacional, mas que poderiam ter provocado medidas de controle excessivas e gerado um impacto significativo no tráfego e no comércio internacionais. É neste contexto que a OMS decide realizar um amplo processo de revisão do Regulamento Sanitário Internacional. (MENUCCI, 2006, p. 57)

Esse foi o contexto considerado por ocasião da 48ª Assembleia Mundial de Saúde, ocorrida em 1995, durante a qual se deliberou pela ampla revisão do Regulamento Sanitário Internacional. O trabalho se estendeu por dez anos e, no meio do caminho, se confrontou com outras epidemias, como a da SARS, em 2003. Outros eventos que marcaram o processo de revisão do RSI foram os atentados de 11 de setembro de 2001, em Nova York, a que se seguiram as entregas postais de

envelopes contendo anthrax, o bacilo de carbúnculo, revelando ao mundo a fragilidade securitária diante dos atentados terroristas (VENTURA, 2013).

O mundo globalizado exigia uma nova configuração para a saúde dos povos, que não podia mais se restringir ao controle de pontos de entrada e de saída dos países, havendo necessidade de ampliação do campo de atuação da saúde pública para envolver, além dos problemas relacionados à propagação e à doenças, também a questão da biossegurança. Nesse contexto, aflorou a consciência de que a segurança de uns, depende da segurança de outros Estados (VENTURA, 2013).

A ampliação da abrangência do RSI em 2005 veio acompanhada de um novo elemento essencial que lhe dá concretude: a Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), definida no seu Artigo 1º como um extraordinário evento, determinado nos termos do Regulamento como: “[i] constituindo um risco para a saúde pública para outros Estados, devido à propagação internacional de doença e [ii] potencialmente exigindo uma resposta internacional coordenada” (RSI, 2005, p. 6).

Em torno dessa inovação, eis que inexistente nas versões anteriores do RSI, orbitam as capacidades básicas de vigilância e de resposta que devem ser incentivadas por todos os 196 Estados-Membros que integram a OMS. A partir desse significativo instrumento gerador do alerta mundial no sentido da adoção de medidas práticas para controle de fronteiras e vigilância em saúde, é possível afirmar o nascimento de um direito da emergência, com repercussão tanto no direito internacional da saúde quanto nos direitos internos dos Estados (VENTURA, 2013).

A determinação de uma ESPII é prerrogativa do Diretor-Geral da OMS, a partir das informações recebidas, em geral, do Estado-Parte onde o evento foi identificado, na forma estabelecida no Artigo 12 do Regulamento e seguindo os procedimentos previstos nos Artigos 48 e 49 do mesmo RSI: uma vez declarada a ESPII pela OMS, o Diretor-Geral da entidade pode emitir recomendações temporárias ou permanentes, que podem incluir medidas de saúde em relação a pessoas, bagagens, cargas contêineres, meios de transporte, mercadorias e/ou encomendas postais (Artigos 15 e 16 do RSI), sendo instrumentos cuja definição consta do Artigo 1º do RSI.

Consoante o Artigo 16 do RSI 2005, revisado em 2009, e aprovado pelo Decreto Legislativo nº 395/2009 do Senado Federal, a recomendação permanente é uma orientação de natureza não-vinculante a ser emitida “em relação a riscos sanitários específicos existentes, a fim de evitar ou reduzir a propagação internacional

de doenças e evitar interferências desnecessárias com o tráfego internacional” (BRASIL, 2009, p. 16). Quanto às recomendações temporárias, também sem caráter vinculante, devem ser emitidas consoante o Artigo 15 do RSI:

2. As recomendações temporárias poderão incluir medidas de saúde que deverão ser implementadas pelo Estado Parte vivenciando a emergência em saúde pública de importância internacional, ou por outros Estados Partes, em relação a pessoas, bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias e/ou encomendas postais, a fim de evitar ou reduzir a propagação internacional de doenças e evitar interferências desnecessárias com o tráfego internacional (BRASIL, [s.d.], p. 16).

O teor das recomendações no contexto de pandemias, cujo objetivo é evitar a propagação internacional de doenças, tem extrema relevância para o controle e a contenção de epidemias; e a possibilidade de expedir tais recomendações empodera a OMS, que ganha o papel de grande protagonismo no cenário mundial. Importante salientar que não se trata de um poder ilimitado, pois há que resguardar o respeito aos princípios que regem o RSI, cuja implementação deve respeitar a dignidade, os direitos humanos e as liberdades fundamentais das pessoas (Artigo 3º.1).

É possível notar que são imensos os desafios para compatibilizar o objetivo dessas Recomendações, que é a proteção da saúde das populações e a redução do risco de propagação internacional de doenças, com os princípios elencados no RSI. Isso porque tais recomendações, impactam, de fato, o cotidiano das comunidades, a prestação de serviços, as relações de trabalho, a economia local e internacional, bem como o trânsito de pessoas, bens e mercadorias entre os países. Assim, a tarefa destinada à OMS implica não apenas em assumir a liderança técnica das medidas de saúde a serem adotadas pelos Estados, mas também buscar o equilíbrio destas com o respeito aos direitos humanos e com as preocupações econômicas que, em última instância, também podem impactar negativamente a renda e o trabalho e, de forma indireta, a saúde dessas populações.

Tendo a aderência do Estado-Parte às recomendações da OMS um caráter facultativo, teme-se pelo enfraquecimento da implementação dessas orientações. Fidler e Gostin (2006) chamam a atenção para o fato de que, embora tais recomendações não sejam obrigatórias, há limites impostos pelo próprio Regulamento quanto às medidas a serem adotadas pelos Estados-Partes contra os riscos à saúde pública. Tais limites foram desenhados no Regulamento justamente para assegurar

proteção adequada à saúde com a mínima interferência possível ao tráfego internacional e ao respeito aos direitos humanos. Assim, os Estados devem observar os limites previstos no Artigo 31.1 e o caráter recomendatório de medidas previstas no Artigo 35, especialmente no que se refere às exigências para entrada de viajantes.

Outrossim, merece muita atenção as previsões contidas no **Artigo 43, parágrafos 1 e 2, que estabelecem que os Estados-Partes podem aplicar medidas de proteção com o objetivo de oferecer nível igual ou superior aos recomendados pela OMS para proteção à saúde ou, ainda, adotar outras que não sejam proibidas no Regulamento.** Ademais, ao prever diligências outras que não as recomendadas pela entidade internacional, essas devem estar baseadas em princípios científicos e evidências científicas disponíveis, orientações relevantes que não podem implicar em maiores restrições ao tráfego de pessoas ou serem mais invasivas ou intrusivas para pessoas do que as alternativas propostas pela OMS.

Nesse contexto, também é importante destacar que o **parágrafo 4º do Artigo 3º do Regulamento não se olvida do direito soberano dos Estado para legislar e implementar as medidas preconizadas em suas leis com o fim de cumprir suas próprias políticas de saúde. Contudo, também ressalta que esse direito deve ser exercido de molde a observar os propósitos do RSI.** Claro, portanto, que a legislação ou a regulamentação das políticas de saúde no âmbito interno dos Estados-Partes ficam condicionadas aos propósitos do RSI.

A respeito desse efeito condicionante para os Estados-Partes, previsto no Artigo 3º, Ventura (2013) ressalta que a aderência ao RSI implica também o reconhecimento de que um direito de emergência foi criado a partir desse instrumento internacional, que deve ser implementado:

O dispositivo deixa claro, portanto, que o direito soberano dos Estados Partes de elaborar e aplicar seu direito interno correspondente, na medida em que acolheram o RSI (2005) – eis que o *opting out*, parcial ou total, foi possível -, fica condicionado pelo seu propósito. Logo, o RSI (2005) pode ser indiferente às formas adotadas pelos Estados, mas é intransigente quanto ao objetivo que persegue.

Só por engano tal postulado poderia parecer etéreo ou programático. É importante recordar a aplicabilidade imediata deste instrumento, o que significa igualmente a possibilidade de invoca-lo em juízo, independente de sua internalização (salvo em caso de *opting out*). Ora, na hipótese de discussão e aplicação judicial do RSI (2005), ele dá margem a uma *ratio* objetiva, que é a compatibilidade (desde que passível de aferição) das normas adotadas por um Estado com o propósito já mencionado, tanto no que se refere à realização da obrigação de prevenção e controle da

propagação de doenças, como a hipotética restrição, desproporcional do tráfego e do comércio internacional e, muito mais importante, dos direitos e liberdades fundamentais erigidos como princípio. Portanto, os Estados Partes no RSI (2005) estão comprometidos com a implementação de um *direito da emergência*, cujos contornos gerais foram traçados pela Assembleia Mundial da Saúde em que tomam assento. (VENTURA, 2013, p. 157-158)

Como reforço à tese de que os Estados-Partes anuíram implicitamente a um direito de emergência sanitária, consubstanciado no Regulamento, Ventura (2013) lembra que são diversas obrigações assumidas já a partir da sua vigência, que sequer necessita dos procedimentos internos clássicos de incorporação à ordem nacional por prever o sistema *opting out*. As obrigações vão desde a implementação das capacidades básicas que habilitem o sistema de saúde pública a detectar, avaliar o risco, notificar a OMS e dar a resposta adequada aos eventos de saúde pública previstos no Regulamento, até medidas administrativas para estabelecer um Ponto Focal Nacional para o RSI, o qual poderá ser acionado a qualquer momento pela OMS e que servirá como o canal de comunicação tanto com as unidades da OMS quanto com os demais Pontos Focais Nacionais.

O Estado também adere ao dever de prestar respostas às solicitações feitas pela OMS a respeito dos riscos para a saúde pública, notificados por ele próprio ou por canais não oficiais. Além disso, deve realizar a inspeção de atividades de controle em aeroportos internacionais, portos e passagens terrestres das fronteiras. Todos esses deveres podem, ainda, passar pelo escrutínio da OMS, que pode exercer papel de controle tanto das informações prestadas quanto das medidas de vigilância e resposta implementadas pelo Estado-Parte.

Desse modo, é possível observar que o Regulamento trouxe mudanças substanciais no padrão até então dedicado à proteção da saúde mundial pela OMS, refletindo um salto do conceito de saúde internacional, que tinha como característica o foco nas relações entre países, especialmente nos pontos de entrada e de saída de pessoas e bens, passando para o conceito de saúde global, que considera o mundo como uma comunidade e não como o ajuntamento de Estados soberanos.

Ampliou-se, assim, o campo de aplicação do RSI, que se tornou muito mais abrangente, pautando um trabalho coordenado e cooperativo entre os povos, com o objetivo de auxiliar a população mundial a atingir o nível mais alto de saúde física e mental (CARVALHO, 2017). Por conseguinte, o RSI deixou de ser um sistema de

notificação relativo a algumas doenças infecciosas para se tornar um verdadeiro instrumento de direito de emergência sanitária. Acerca da maior amplitude do RSI, destaca-se o seu Artigo 2º, que assim estabelece:

O propósito e a abrangência do presente Regulamento são prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública, e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacionais (BRASIL, [s.d.], p. 9).

Merece atenção o fato de que o propósito de conter ou evitar as ameaças à saúde pública internacional deve ser exercido tendo presente o objetivo de evitar interferência ao trânsito e ao comércio internacional, conforme se vê no artigo 2º, acima transcrito, e, ainda, nos termos do artigo 3º, cujo princípio é respeitar os direitos humanos e as liberdades individuais (BRASIL, [s.d.], p. 10).

Ademais, na acepção do RSI, um evento é visto como doença qualquer que seja a origem do perigo, que pode tanto ser natural, acidental ou até intencional quanto envolver agentes químicos, radiológicos, nucleares e biológicos, entre outros. A pedra de toque é a possibilidade de causar danos à saúde humana e a probabilidade de se expandir para a comunidade internacional.

É importante ressaltar que, ao abandonar o sistema de notificação, baseado em algumas doenças já conhecidas e previamente listadas, o RSI 2005 se torna muito mais flexível e abrangente, adotando o que Fidler e Gostin (2006, p. 87) denominam “*all risks approach*”, ou seja, uma abordagem voltada para todos os riscos, não mais pautada em premissas comerciais, mas definida pelos riscos à saúde humana, tendo como resultado uma série de regras de saúde pública com maior legitimidade, flexibilidade e adaptabilidade.

Entende-se, com isso, que o novo RSI, por não mais se manter atado a uma lista inflexível de doenças pré-estabelecidas e estar diante da possibilidade de abarcar eventos ainda desconhecidos em toda a sua extensão pela comunidade científica, ingressa no campo da precaução, pois reconhece a possibilidade de acionamento do sistema baseado em ameaças ainda não identificadas ou previstas, mas cuja probabilidade de ocorrência pode e deve gerar obrigações para o Estado, seja para identificar esses riscos e perigos, seja para fazer notificação e dar adequadas

respostas de saúde pública. São desafios significativos, porém, contemporâneos à complexidade da comunidade globalizada.

Nesse contexto de prevenção e precaução, ganham importância e espaço as atividades de vigilância. A nova versão do Regulamento, por não trabalhar com uma lista fechada de doenças e incorporar, além das doenças transmissíveis, todo e qualquer fator determinante que possa importar em danos significativos para a saúde dos seres humanos, reforça a necessidade de os Estados-Partes desenvolverem, reforçarem e manterem as capacidades básicas de vigilância e de resposta. Portanto, somente a partir de estratégias de vigilância em saúde bem delineadas, é que o Estado será capaz de realizar as notificações previstas no regulamento, a tempo e modo adequados à proteção da saúde da população mundial.

Ao tratar da informação e resposta em saúde pública, o RSI cuida especificamente do tema "Vigilância" no Artigo 5º, o qual prevê que os Estados-Partes devem "desenvolver, fortalecer e manter, o mais breve possível, no mais tardar dentro de cinco anos [...] as capacidades para detectar, avaliar, notificar e informar eventos", de acordo com o Regulamento (BRASIL, [s.d.], p. 11). Nesse particular, houve grande evolução no RSI, eis que a versão antiga, ao restringir as atividades de vigilância aos locais de entrada e saída de pessoas e mercadorias, revelava olhar voltado para a criação de barreiras sanitárias que cuidassem da proteção dos países, mas não necessariamente atuando sob a perspectiva de saúde pública.

Menucci (2006) resgata o histórico das discussões travadas no curso do processo de elaboração do RSI, destacando a evolução do entendimento quanto ao sistema de vigilância a ser adotado, que deveria ultrapassar a vigilância por síndromes para, então, abarcar um sistema de notificação mais amplo:

Quanto ao monitoramento internacional, sugeriu-se ainda que seria aceitável uma tendência à vigilância por síndromes; mas, desde que esta fosse vinculada à estruturação de sistemas de notificação e informação e que integrasse a vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental dentro da concepção de uma "vigilância em saúde". Esta discussão deixou claro que não mais estávamos falando apenas de "doenças transmissíveis", de agravos na saúde pública, mas também de determinantes da saúde internacional. Essa forma de ver o papel do RSI também teve reflexos na concepção do papel dos pontos de entrada e saída internacionais, que não deveriam ser vistos apenas como "barreiras sanitárias", mas também como promotores de saúde, ou seja, teriam que ser "ambientes saudáveis", certificados pela OMS, nos quais o controle sanitário de saída devesse ser reforçado, no sentido de que cada país só deixasse passar ali o que não fosse nocivo (*non nocere*, como um dos princípios de atuação). Isto nos levou a pensar nos pontos de

entrada como "pontos de apoio" aos viajantes, e não como "pontos de contágio". Para lidar com as emergências sanitárias deveria haver planos de contingência previamente estabelecidos (MENUCCI, 2006, p. 74).

Trata-se de uma abordagem muito distinta da que vinha sendo implementada, exigindo sistema de informações e notificações muito mais amplo, pois não está focada em um número limitado de doenças. Essa nova perspectiva está alinhada à visão de vigilância em saúde, que congrega as vigilâncias sanitária, epidemiológica, ambiental e do trabalhador, acarretando, nos termos do Artigo 13.1 do RSI, a necessidade de fortalecimento das capacidades de cada Estado-Parte "para responder pronta e eficazmente a riscos para a saúde pública e a emergências em saúde pública de importância internacional" (BRASIL, [s.d.], p. 15).

O Brasil estabeleceu, por meio da Portaria nº 1.865, de 10 de agosto de 2006, a Secretaria de Vigilância em Saúde como Ponto Focal Nacional para o Regulamento Sanitário Internacional junto à Organização Mundial da Saúde, e estruturou o sistema de vigilância brasileiro por meio da Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

No que se refere à capacidade nacional para detectar, prevenir e controlar emergências de saúde pública nos termos das alterações provocadas pelo RSI, em março de 2006, foi criado o Centro Integrado de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), que se propõe a detectar emergências de saúde pública e promover o gerenciamento das informações geradas junto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, com vistas a coordenar resposta apropriada pelo Ministério da Saúde.

No ano de 2014, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, que também albergou em sua estrutura o Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, apresentou o Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública, que tem como "princípio a utilização de um sistema de coordenação e de controle, para uma resposta oportuna, eficiente e eficaz" (BRASIL, 2014, p. 7). O plano prevê que o mecanismo de coordenação é exercido

pelo Sistema de Comando de Operações (SCO) e a ativação de um Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES).

Assim, no ano de 2015, o Brasil foi capaz de detectar a possível relação entre a doença provocada pelo vírus Zika e o crescimento desproporcional de nascimentos de bebês com microcefalia, o que gerou a notificação pelo Ministério da Saúde brasileiro à OMS, com base no RSI, levando a entidade internacional à declaração de mais uma ESPIL. O alerta gerado a partir de uma iniciativa brasileira revela a capacidade de vigilância instalada no país e a atuação de profissionais competentes para a realização dessa tarefa de considerável complexidade.

Destarte, é de se alinhar ao entendimento de Ventura (2013), no sentido de que o RSI 2005 deu origem a um verdadeiro direito de emergência, que provocou mudanças estruturais na saúde pública brasileira, inclusive com a criação de planos de respostas e de instâncias administrativas de emergência, entre outras iniciativas. Nesse passo, é necessário avaliar se, não obstante a aderência formal do Brasil ao RSI e ao direito da emergência consignado no documento, houve, de fato, a observância dos seus termos no curso da pandemia da COVID-19 no país.

5.1.1 O RSI e as repercussões no mundo do trabalho

Não resta dúvida que o fenômeno da globalização alterou a visão dos preceitos que regem a promoção e a proteção da saúde dos povos, com conseqüente repercussão na saúde dos trabalhadores. A saúde daqueles que dependem do labor para o sustento é uma das primeiras a sofrer os efeitos da globalização.

Resgata-se a lembrança exemplificativa da abertura de rotas comerciais entre nações europeias e asiáticas, que foram, posteriormente, impulsionadas e elevadas a níveis globais a partir das Grandes Navegações, propiciando uma intensa expansão marítima no século XV. Não se pode esquecer que, com o incremento das rotas comerciais foi alcançado um efeito colateral indesejado com o qual a humanidade ainda tem dificuldade para se ajustar. As navegações possibilitaram a “unificação microbiana no mundo”, com a difusão de quadros mórbidos semelhantes em várias partes do globo, especialmente a partir de 1492, com a conquista da América.

O continente americano então conheceu varíola, sarampo e febre amarela, enquanto Europa, Ásia e África foram apresentadas à sífilis (BERLINGUER, 1999, p.

23). No entanto, muito antes que tais doenças chegassem às cidades portuárias europeias ou às nações indígenas americanas, sem dúvida elas primeiramente afetaram a saúde dos trabalhadores nos navios, nos portos e nas entidades de saúde.

Quanto a esse trânsito microbiano, embora ele venha ocorrendo há séculos, as ameaças à saúde global se expandiram para além do mundo microscópico, e passaram a ser influenciadas por outros aspectos. Imperioso ressaltar que, nos últimos 40 anos, a globalização alcançou patamares antes inimagináveis, não apenas em razão do maior tráfego marítimo e aéreo entre os continentes; mas cabe dizer que a globalização acabou, por sua vez, impactando as atividades da marinha e, portanto, os trabalhadores marítimos.

Nesse sentido, pertinentes as considerações de Menucci e interessantes os dados de destaque, por ele apresentados, em relação aos impactos da globalização na marinha mercante e nos navios de cruzeiro, com o trânsito intenso entre os continentes e a circulação de pessoas nesses ambientes, que também são ambientes de trabalho a receberem a atenção da saúde pública, especialmente por reunir, nas tripulações, um contingente populacional expressivo:

Essa é uma missão difícil em um mundo globalizado, no qual se estima que a marinha mercante de carga geral, responsável por cerca de 80% do comércio internacional, emprega a bordo de seus navios cerca de 1,2 milhões de trabalhadores. No ano de 2000, cerca de 10 milhões de pessoas viajaram em navios de cruzeiros e se espera que este número duplique até o ano de 2010. Em janeiro de 2005, a frota mundial da marinha mercante era constituída de 46.222 embarcações, sendo que 39% de navios eram do tipo carga geral, 25% de navios tanques/petroleiros, 13% de graneleiros, 12% de passageiros e 7% de contêineres. No Brasil, como reflexo da abertura da navegação de cabotagem, na década de 80, para os navios de cruzeiro de bandeira estrangeira, cerca de 160 mil pessoas fizeram cruzeiro na costa brasileira no verão passado, esperando-se que na temporada de 2005/2006 este número chegue a 230 mil passageiros. (MENUCCI 2006, p. 56).

Retomando a exposição anterior às considerações de Menucci, acerca do alcance da globalização dos últimos 40 anos e de que ela não decorre somente do tráfego marítimo e aéreo entre os continentes, cabe acrescentar que a globalização também não resulta apenas do desenvolvimento da tecnologia, mas especialmente por adoção de novas ideologias que depositam fé inabalável no poder saneador do mercado, na liberdade econômica e nas liberdades individuais como meios hábeis para se alcançar o desenvolvimento econômico capaz de solucionar todos os problemas sociais. A ideologia neoliberal, que tem, na liberdade, um dos seus pilares,

tornou-se um pensamento hegemônico e, indubitavelmente, avançou sobre os campos da saúde e do trabalho.

Por causa da busca por um desenvolvimento econômico cada vez maior, novas tecnologias e métodos de trabalho foram surgindo e desencadearam outros efeitos indesejados pelo mundo globalizado. A expansão da produção e o uso da química industrial, bem como dos elementos radionucleares para fins pacíficos e não pacíficos, o perigo imposto pelo bioterrorismo, são exemplos que caracterizam os novos tempos da sociedade de risco tão bem descrita por Ulrich Beck (2011).

Esse autor destaca que os riscos e efeitos da modernização não respeitam as fronteiras da soberania nacional e impõem ameaças globais supranacionais e que independem de classe, precipitando-se na forma de ameaças à vida de plantas, animais e seres humanos. Sua advertência é de que tais riscos:

Já não podem – como os riscos fabris e profissionais no século XIX e na primeira metade do século XX – ser limitados geograficamente ou em função de grupos específicos. Pelo contrário, contêm uma tendência globalizante que tanto se estende à produção e reprodução (BECK, 2011, p. 16).

Nesse contexto, as emergências de saúde pública, a depender da sua magnitude, gravidade e extensão no tempo e no espaço, além de terem o condão de desfraldar reações em cadeia, abrangendo todos os segmentos sociais, também impõem restrições no campo das liberdades, seja no plano individual, seja no coletivo e econômico. Por sua vez, o RSI, ao ampliar significativamente a sua abrangência, abraçou o conceito de saúde global, cabendo-lhe declarar a ocorrência de uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), preconizando as restrições necessárias, que nem sempre são bem recebidas pela comunidade, pelos próprios Estados-Partes, pelo mercado internacional ou pelo meio empresarial.

Conforme já mencionado, o Artigo 3º do RSI prevê que as medidas a serem adotadas devem respeitar a dignidade, os direitos humanos e as liberdades fundamentais das pessoas. Contudo, a despeito dessa determinação de diálogo das medidas de proteção à saúde com diversas áreas, em especial o comércio internacional e os direitos humanos, não há como esquecer que o propósito do Regulamento é a proteção da saúde e a contenção da propagação internacional de doenças, de molde que restrições às liberdades acabam emergindo naturalmente

como formas adequadas para se alcançar tal intento. Por essa razão, merece destaque a discussão em torno da “democracia sanitária” (AITH, 2017) e a relevância de sistemas sanitários que contemplem processos decisórios que incluam a participação popular (VENTURA; AITH; RACHED, 2021).

O Regulamento contempla a possibilidade de restrição a liberdades pessoais, especialmente quanto à implementação de quarentena e outras medidas de saúde pública para pessoas suspeitas, além da possibilidade de contemplar medidas de isolamento de pessoas afetadas para tratamento e de recusa de entrada de pessoas afetadas ou suspeitas em um país. A restrição a liberdades também pode extrapolar o contingente das pessoas e atingir, conforme o Artigo 18 do RSI, o comércio, as orientações voltadas para bagagens, cargas, contêineres, os meios de transporte, as mercadorias e os serviços postais

Claro, portanto, que o RSI atinge a dinâmica laboral, em caso de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, em que as orientações emitidas pela OMS e as medidas de saúde por ela preconizadas devem ser observadas também no meio ambiente de trabalho. Sem contar que mesmo em relação às restrições pessoais, as orientações quanto à quarentena e ao isolamento, além do rastreamento de contatos, também devem ser estritamente observadas para a proteção da saúde de trabalhadores e trabalhadoras, afetando o meio ambiente laboral, por consequência. Contudo, nota-se que o diálogo entre a saúde pública e as empresas nem sempre é fácil. Essa interação não é bem compreendida nas relações laborais, ainda muito regidas pelo viés privatista e que tenta confinar essa relação aos estritos limites do contrato de trabalho.

Contudo, as medidas estabelecidas na ocorrência de ESPII são essenciais também para o meio ambiente do trabalho, destacando-se, inclusive, que alguns desses ambientes laborais são mais prejudicados que outros porque são relativos a setores profissionais que são, direta e desproporcionalmente, afetados. O primeiro deles, sem dúvida, é o setor saúde, pois tem o contato inicial com os pacientes infectados ou afetados pelo evento emergencial. Na epidemia da SARS, por exemplo, que se deu antes da revisão do RSI (2005) e foi uma das ocorrências que impulsionou as alterações no Regulamento, após ser identificado o caso índice de infecção pelo vírus, ocorrido na província de Guangdong, na China, quatro integrantes do *staff* do hospital que fez o atendimento à primeira vítima também foram infectados (ŠEHOVIĆ,

2017). Na atual pandemia da COVID-19, não restam dúvidas de que os trabalhadores da saúde foram, e ainda são, os mais impactados pela crise, tanto no aspecto físico quanto na sua saúde mental.

Oportuno destacar que, verificada uma ESPII, as interfaces do mundo do trabalho com o RSI vão muito além das medidas de higiene e das restrições recomendadas nas orientações de quarentena e isolamento previstas no instrumento. É importante notar que a vigilância ganhou grande destaque no Regulamento e, nesse aspecto, há a necessidade que essas estratégias contemplem questões relacionadas à saúde do trabalhador a partir da integração de preceitos de saúde pública e coletiva com os instrumentos e programas de saúde das empresas, ainda que eles estejam mais voltados ao modelo de saúde ocupacional. Isso porque mesmo tais programas não podem ignorar as recomendações de saúde pública, em especial as preconizadas pelas autoridades sanitárias e pela OMS.

No entanto, no que tange ao aspecto saúde, especialmente em suas vertentes de saúde ambiental e de saúde do trabalhador, a integração de sistemas de proteção vem sendo solenemente ignorada, pois quando se trata de saúde do trabalhador e da trabalhadora, raramente são apontadas as sinergias e ligações entre os temas. Por conseguinte, é preciso resgatar aqui o princípio da precaução, medida que se justifica porque a partir dos ambientes de trabalho, também é provável detectar casos que podem repercutir na propagação de doenças, inclusive no âmbito global.

Pesquisas têm indicado que a criação intensiva de animais pode estar relacionada ao surgimento de doenças, pois semelhanças do sistema gastrointestinal de animais, em especial, dos porcos, com o sistema dos humanos podem favorecer a transmissão de vírus e bactérias entre as espécies. Há pesquisas que apontam para a forte relação entre o agronegócio e as pandemias, especialmente as de *influenza*, cujas mutações podem estar sendo favorecidas e os efeitos agravados por esse modo de produção (WALLACE, 2020). No caso da COVID-19, há estudos que indicam possível correspondência na distribuição espacial entre as taxas de contágio da doença e os dados de produção de porcos em países que são grandes produtores de carne suína, como Brasil, Estados Unidos e Alemanha (BOMBARDI *et al.*, 2021).

No curso da pandemia da COVID-19, ainda no ano de 2020, o PNUMA publicou um documento voltado para a prevenção de novas pandemias, defendendo uma abordagem mais holística e ampliada da saúde, baseada no conceito *One Health*

(Saúde Única, em tradução livre). Trata-se de visão intersetorial e interdisciplinar do tema saúde, com a convergência no foco da saúde de pessoas, animais e meio ambiente (PNUMA, 2020).

Nesse documento, é preconizada maior atenção às ações antropogênicas, como a agricultura intensiva e o aumento de demanda por proteína animal, que contribuem para que novas zoonoses emergjam, porque têm destruído *habitats*, reduzido a biodiversidade e aproximado o contato humano com vetores de doenças. Cresce, portanto, o consenso em torno da ideia de que não se pode mais controverter se outras pandemias surgirão, mas apenas questionar quando vão emergir.

Ainda nesse estudo publicado pelo PNUMA, enfatiza-se que as zoonoses estão emergindo com muito mais frequência, havendo a necessidade de que governos, comunidades locais, empresas e setor de saúde se engajem com urgência, na construção de sistemas mais resilientes, ampliando o seu conhecimento acerca da questão das zoonoses, de forma a se conseguir adotar ações rápidas para quebrar as cadeias de transmissão (PNUMA, 2020).

A quebra de cadeias de transmissão de vírus é a chave para mitigar os efeitos de epidemias, pandemias e endemias. E esse não é um preceito inovador, mas conhecido há séculos para o controle de doenças infecciosas transmissíveis. Porém, a cadeia de transmissão se tornou muito mais longa e conectada não apenas por humanos, pois o atual estágio de evolução da ciência chama atenção para a presença dos não humanos nessa linha de transmissão, notadamente no caso das zoonoses.

Nesse aspecto, é necessário refletir quanto à real possibilidade de um vírus zoonótico, como o SARS-CoV-2, emergir de ambientes de trabalho, hipótese que não pode mais ser descartada. Também é importante destacar que restou muito claro que os ambientes de trabalho podem desempenhar papel crucial no enfrentamento de crises sanitárias como a que decorreu da pandemia da COVID-19, seja na mitigação da transmissão do vírus ou seja na potencialização de sua propagação tanto entre os trabalhadores de um mesmo estabelecimento quanto a partir do ambiente de trabalho para a comunidade.

Desse modo, é imprescindível identificar novas estratégias que possam colaborar na quebra de cadeias de transmissão em eventos pandêmicos, resguardando direitos constitucionalmente assegurados e, principalmente, elevando o nível de proteção de saúde coletiva e levando em consideração a determinação

social no processo saúde-doença. A medida pode se revelar crucial no enfrentamento de novas crises que, como vem sendo destacado pelo PNUMA e por outras agências que integram o sistema ONU, como a OMS e a OIT, certamente serão mais frequentes neste século.

Nesse aspecto, entendem-se que a vigilância, tão enfatizada no RSI, constitui instrumento de saúde pública essencial para o propósito da quebra de cadeias de transmissão e também para elevar a proteção da saúde do trabalhador nos ambientes de trabalho. Por isso, a vigilância deve dialogar e buscar fontes diversas para a coleta de dados de saúde com significância epidemiológica, como os programas de saúde das empresas, que, por sua vez, devem contemplar a vigilância ativa e passiva da saúde de trabalhadoras e trabalhadores nos ambientes de trabalho, em sistema de retroalimentação que traga benefícios tanto para a coletividade de trabalhadores quanto para a saúde pública.

Em suma, o que se buscou salientar na abordagem da presente seção, foram os seguintes pontos: (1) a adesão do país à OMS e o mecanismo *opt out* do RSI torna obrigatória a complacência do país ao quanto preconizado nesse regulamento internacional; (2) a complacência não se limita às questões operacionais, como a criação de instâncias focais e de pontos de contato com a organização internacional, mas também quanto aos propósitos do RSI (Artigo 3º, § 4º); (3) o RSI prevê que medidas de proteção preconizadas pela OMS devem ser adotadas pelos estados membros (Artigo 43, §§ 1º e 2º), salvo na hipótese de adoção de medidas mais protetivas, respaldadas pelo conhecimento científico; (4) as instâncias de vigilância do país devem ser reforçadas, o que implica na necessidade de maior interação entre a vigilância em saúde do país e as instâncias de vigilância nos ambientes de trabalho, notadamente as exercidas no âmbito dos SESMTs e do PCMSO.

5.2 RESILIÊNCIA E INTEGRAÇÃO SOB O ENFOQUE DA OIT

Em 2021, ainda em meio ao período crítico da pandemia, a OIT publicou estudo intitulado “Antecipar, preparar e responder a crises: Investir agora em sistema de SST resilientes” (OIT, 2021). O estudo conclama a comunidade global a reforçar os sistemas de SST, tornando-os mais resilientes a crises, utilizando como pano de fundo a pandemia da COVID-19. Também foram analisadas as principais Convenções

e Recomendações da OIT à luz da crise pandêmica, destacando os elementos que devem ser atendidos de modo a favorecer a resiliência necessária aos sistemas em situações de crise, cuja frequência deve se intensificar nas próximas décadas em razão das mudanças climáticas decorrentes do aquecimento global.

A resiliência dos sistemas de proteção é elemento relevante, pois, em situações emergenciais, carregadas de estresse e premência de adoção de medidas capazes de fazerem frente às situações de emergência, não há tempo para a construção de novos sistemas de proteção. Por esse motivo, os sistemas devem ter resiliência suficiente para abarcarem as situações de urgência, de modo a evitar que medidas açodadas e premidas pela urgência venham a ser adotadas e, por vezes, colocarem em risco a integridade e a coerência dos sistemas existentes. Nesse cenário, é essencial que os sistemas de proteção já existentes se integrem, reforçando o espírito protetivo que deve animar a essência das suas existências.

Embora o documento da OIT faça referência a sistemas de SST, é imperioso lembrar que, no Brasil, a legislação e a Constituição distribuem a tarefa de proteger e promover a saúde do trabalhador e da trabalhadora tanto para a área do trabalho, por meio das disposições previstas na CLT e nas NRs, como também para área da saúde, na forma prevista no artigo 200, II e VIII, da Constituição Federal e da Lei nº 8.080/1990. A previsão legal e constitucional é, em si mesma, um elemento integrador a favorecer a resiliência.

Destarte, tomando por base os pontos destacados no referido documento e enfatizando o foco na perspectiva da integração de sistemas de proteção, será feita breve análise da conformação da legislação e da regulação nacionais sob o aspecto da resiliência para lidar com as crises emergenciais, especialmente sob o prisma da visão integrativa.

5.2.1 Quadros jurídicos nacionais de SST

O primeiro ponto destacado pela OIT é “a existência de uma política nacional e um quadro jurídico em SST bem desenhados”, chamando a atenção para a intensificação dos riscos a partir da experiência vivenciada pela pandemia da COVID-19, a qual evidenciou não apenas os riscos relacionados à transmissão do vírus nos ambientes de trabalho, mas outros riscos profissionais, associados à implementação

das medidas de prevenção e de proteção, tais como os psicossociais, ergonômicos, de exposição a produtos químicos e a acidentes de trabalho (OIT, 2021, p. 11).

Outro ponto realçado é a relevância de um quadro jurídico abrangente e funcional, que pode ser construído com base em uma lei única aplicável a todos os trabalhadores, que defina as obrigações e a responsabilidade de empregadores e os direitos e deveres dos trabalhadores e que inclua mecanismos para a garantia da conformidade legal, por meio de sólido sistema de inspeção (OIT, 2021, p. 12).

Fica claro que o posicionamento da OIT é no sentido de que os riscos decorrentes de crises emergenciais, como a da pandemia da COVID-19, devem ser passíveis de inclusão nos sistemas de SST já existentes, desenhados em uma política nacional consistente, e juridicamente capazes de abrigar essas situações. E no que tange à regulação nacional, como já exposto na seção supra, a normatização brasileira abre amplo espaço para abrigar esse tipo de evento, pois há dispositivos que preveem a inclusão de qualquer tipo de risco observado no ambiente de trabalho, notadamente riscos biológicos, como é reconhecido o vírus SARS-CoV-2, responsável pela COVID-19.

Quanto aos riscos químicos, físicos e biológicos nos ambientes de trabalho, a previsão de cuidado é anterior ao processo de revisão das NRs, iniciado no ano de 2019. A antiga redação da NR 9, que vigorou até 31 de dezembro de 2021, previa, no subitem 9.1.1 da NR 9, com redação dada pela Portaria SSST nº 25/1994, a obrigatoriedade, por parte de todos os empregadores, de elaboração do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) que deveria contemplar “a antecipação, reconhecimento, avaliação e consequente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais” (BRASIL, 1994, p. 1). A mesma NR considerava, como riscos ambientais, os agentes físicos, químicos e biológicos (subitem 9.1.5) e destacava entre os últimos, as bactérias, os fungos, os bacilos, os parasitas, os protozoários e os vírus, entre outros (subitem 9.1.5.3).

Mesmo após as alterações promovidas pelas novas NR 1 e 9, substituindo o antigo PPRA pelo sistema GRO/PGR, a inclusão dos riscos biológicos e todos os outros riscos que possam ser identificados nos ambientes de trabalho não restringiu e nem trouxe qualquer alteração que pudesse excluir o vírus SARS-CoV-2 da proteção das NRs. Ao contrário, ao menos sob o ponto de vista formal, houve o alargamento

ou, ao menos, o saneamento das dúvidas em torno do espectro de riscos a serem considerados pelas NRs.

Por outro lado, note-se que mesmo a exclusão da obrigação das ME e EPPs de elaborarem o GRO/PGR e o PCMSO somente tem lugar diante da inexistência de riscos químicos, físicos e biológicos; de forma que, presente qualquer risco dessa natureza, inclusive as empresas de menor porte têm a obrigação de elaborar tais programas. De outra parte, é preciso frisar que o sistema de SST brasileiro, por não prever lista fechada e taxativa dos riscos a serem incluídos, tem flexibilidade suficiente para abrigar riscos ainda desconhecidos e emergentes de situações novas.

Destaque-se que, consentânea à flexibilidade do sistema de SST no que tange à abrangência dos riscos, a legislação previdenciária brasileira também não restringiu o acesso aos benefícios previdenciários a uma lista fechada de doenças. A Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, elaborada pelo Ministério da Saúde, apenas orienta o reconhecimento dos acidentes do trabalho decorrentes de entidades mórbidas de doença profissional e do trabalho, conforme artigo 20, incisos I e II, da Lei nº 8.213/1991. A legislação, porém, não afasta a possibilidade de reconhecimento como acidentes de trabalho para doenças não incluídas nessa lista, se, excepcionalmente resultantes de “condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente”, nos termos do § 2º, do artigo 20 (BRASIL, 1991).

Portanto, evidencia-se que não apenas o sistema de SST, mas também o sistema previdenciário tem abertura suficiente para que riscos e doenças emergentes ganhem a sua proteção. O mesmo pode ser considerado com relação à área da saúde e à saúde do trabalhador, eis que princípios constitucionais e legais que norteiam sua proteção pelo SUS, pautados na universalidade e na integralidade, oferecem ao sistema de proteção à saúde a abrangência necessária para abrigar amplo espectro de riscos, inclusive sociais, que possam influenciar nos níveis de saúde, conforme os artigos 196 da CF (BRASIL, 1998) e 1º e 2º da Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990).

Desse modo, é possível sustentar que o Brasil tem um sistema de proteção abrangente e um quadro jurídico adequadamente delineado para abrigar as situações emergenciais, ainda que relacionadas a doenças não catalogadas em listas previamente concebidas, como é o caso das doenças emergentes e como foi o caso da COVID-19, cujo sistema de emergência global foi ativado em fevereiro de 2020

pela OMS com o reconhecimento da doença, que ultimou a classificação e a codificação *a posteriori*, em abril de 2020²⁸ (OMS, 2023).

Em suas considerações acerca de um sistema sólido de gestão de SST no local do trabalho para uma resposta eficaz durante uma crise de saúde pública, como a pandemia da COVID-19, a OIT (2021) destaca os seguintes elementos chave os quais merecem breves comentários acerca da complacência do sistema brasileiro:

(1) Identificação de perigos e avaliação dos riscos. No início da crise, os riscos biológicos, como o imposto pelo vírus SARS-CoV-2, deviam ser contemplados no PPRA, na forma prevista na antiga NR 9. A partir de 2022, entrou em vigor o novo GRO/PGR, que conservou inalteradas tanto a necessidade de identificação dos perigos (NR 1) quanto a avaliação dos riscos (nova NR 9), mantendo a obrigação de que os riscos biológicos, entre eles, os vírus, fossem identificados e avaliados;

(2) aplicação das medidas de prevenção e controle de riscos. A partir da identificação dos perigos (subitens 1.5.4.2 e 1.5.4.3 da NR 1) e da avaliação dos riscos (subitem 1.5.4.4), as medidas de prevenção e controle devem ganhar espaço, consolidando-se em um plano de ação, que deve contemplar um cronograma e o monitoramento das medidas a serem implementadas e acompanhadas (subitem 1.5.5 e seguintes da NR 1). Também está prevista, entre os deveres dos empregadores, a adoção de medidas de prevenção, cuja ordem de prioridade é a eliminação dos fatores de riscos e, não sendo possível, a minimização e o controle que devem se voltar, primeiramente, para a adoção de medidas de proteção coletiva, seguida pela tomada de medidas administrativas ou de organização do trabalho e, em última instância, pelo estabelecimento de medidas de proteção individual;

(3) formação e informação dos trabalhadores e das trabalhadoras. É atribuído ao empregador o dever de informar os trabalhadores dos riscos ocupacionais existentes no local de trabalho, das medidas de prevenção a serem adotadas, dos resultados de exames médicos e de avaliações ambientais (subitem 1.4.1);

(4) vigilância da saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras. Consoante já exposto no item anterior, a vigilância da saúde nos ambientes de trabalho está

²⁸ As informações sobre o uso de CID emergencial e posterior codificação da COVID-19 estão disponíveis no website da Organização Mundial de Saúde. A COVID-19 recebeu o Código U07.1 na CID-10 (10ª versão do Código Internacional de Doenças), utilizado no Brasil, para as doenças que tiveram o vírus identificado e Código U07.2, para as situações de doenças cujo vírus não foi identificado, mas cujo diagnóstico foi reconhecido por critérios clínico-epidemiológicos (OMS, 2023).

prevista na NR 7, que determina a elaboração do PCMSO. Além disso, há a vigilância à saúde dos trabalhadores sob responsabilidade da saúde pública, consoante previsto nos artigos 200, II, da CF (BRASIL, 1998) e 6º da Lei nº 8080/1990 (BRASIL, 1990);

(5) prevenção, preparação e resposta a emergências. A NR 1 contempla a preparação para emergências no subitem 1.5.6, com a previsão de adoção de meios e recursos que ofertem primeiros socorros. No que se refere a emergências de grande magnitude, a norma é extremamente vaga e não houve, até o momento, a adequada regulação de questões relacionadas a acidentes ampliados, a despeito da ratificação pelo Brasil da Convenção nº 174 da OIT (KAMEI LÓPEZ-ALIAGA; PADILHA; LEIVAS 2022). Nesse particular, há que se atentar que, no campo da Vigilância à Saúde do SUS, a resposta às Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) e às Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), ao menos no nível federal, conta com o Vigidesastres, sistema que se estrutura em secretaria específica para monitorar desastres e emergências de saúde pública. A Resolução nº 588/2018 traz o conceito de Emergência de Saúde Pública e a atribuição do SUS está prevista no artigo 6º, § 2º, da Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990).

(6) registro, documentação e notificação de informações sobre SST. A NR 1 e a NR 7 preveem o registro das informações de SST no PGR e no PCMSO, bem como a guarda desses documentos, assim como de prontuários médicos, pelo período mínimo de 20 anos. No caso de riscos que envolvam exposição a substâncias de potencial cancerígeno, o período de guarda é elevado para 40 anos, no mínimo (subitem 4.1 - Anexo V, da NR 7). O sistema de notificação também está juridicamente delineado, como já mencionado nos itens anteriores. As notificações de acidentes e agravos à saúde dos trabalhadores devem ser dirigidas tanto ao órgão previdenciário, por meio da emissão da CAT, quanto para o órgão da saúde, por meio de registro no SINAN, consoante previsão contida no artigo 169 da CLT (BRASIL, 1943).

(7) investigação de acidentes e doenças profissionais. A normatização prevê diversas frentes de investigação e análise de acidentes e doenças profissionais, as quais são compartilhadas pela CIPA (NR 5), pelo SESMT (NR 4), além de serem objeto de análise no PCMSO (NR 7) e de consideração no GRO/PGR (NR 1). A Inspeção do Trabalho tem atribuição para realizar a análise do acidente de trabalho, que é feita por meio da avaliação de irregularidades e infrações relacionadas ao descumprimento de NRs que possam ter contribuído pela sua ocorrência, assim como

dos aspectos organizacionais e de gestão de SST que possam ter influenciado no evento, além de entrevista com trabalhadores, entre outros aspectos previstos na Instrução Normativa MTP 2/2022.

Do mesmo modo, as instâncias de vigilância em saúde do SUS também podem realizar investigações de acidentes de trabalho, consoante previsto no artigo 6º, § 3º, incisos I a V, da Lei nº 8.080/1990. Além disso, a autoridade sanitária que recebe notificações pode proceder à investigação epidemiológica pertinente, que pode consistir em verificações, inquéritos e levantamentos epidemiológicos junto a indivíduos e grupos populacionais determinados, consoante previsto no artigo 11, *caput* e parágrafo único da Lei nº 6.259/1975 (BRASIL, 1975), que cuida das ações de Vigilância Epidemiológica. Outrossim, há a possibilidade de instauração de inquéritos civis públicos pelo Ministério Público do Trabalho, constitucionalmente assegurado no artigo 129, inciso III, da Constituição Federal e previsto na Lei nº 7.347/1985 (BRASIL, 1985).

Com efeito, analisados os chamados elementos-chave apontados pela OIT para a construção de quadro jurídico bem desenhado para a estruturação de uma política nacional voltada à proteção da saúde e da segurança do trabalhador e da trabalhadora, é possível concluir que o Brasil conta com suporte jurídico adequado, tanto na seara do trabalho como na área da saúde, hábil a proporcionar a resiliência necessária que suporte eventos emergenciais. Passamos, pois, ao exame de outros pontos que a entidade internacional aponta como essenciais para lidar com crises emergenciais.

5.2.2 Quadro institucional com competência em matéria de SST

O segundo ponto destacado no documento da OIT (2021) diz respeito à existência de quadro nacional sólido em matéria de SST, que promova o diálogo social com empregadores e trabalhadores. A entidade internacional ressalta a necessidade desse órgão para coordenar o diálogo interinstitucional com outros ministérios e organismos, notadamente com os que tenham atribuições relacionadas a acidentes e doenças profissionais, segurança social e saúde pública, em todos os níveis (nacional, regional e local).

O Brasil conta com esse quadro nacional, com respaldo jurídico para a elaboração das normas de SST, na forma prevista no artigo 200 da CLT, que atribuiu a tarefa ao Ministério do Trabalho. No ano de 2019, porém, o Ministério do Trabalho deixou de existir por ato do executivo determinado pela Medida Provisória nº 870/2019 e as atribuições relacionadas à SST foram transferidas para o Ministério da Economia. No ano de 2021, o Ministério do Trabalho e Previdência (MTP) foi constituído pela Medida Provisória nº 1.058/2021, sendo certo que as matérias relacionadas à SST saíram da Economia e retornaram à pasta do Trabalho. Esse mesmo desenho foi mantido, na forma prevista na Medida Provisória nº 1154/2023, que recriou o Ministério do Trabalho e Emprego. O país também conta com quadro de pessoal para a realização de inspeções fiscais do trabalho, organizados em carreira estruturada pela Lei nº 10.593/2002. Há, portanto, autoridade para SST legalmente constituída e que conta com quadro próprio de inspeção.

No que concerne ao diálogo interinstitucional, recorde-se que existem duas políticas nacionais que preveem a aproximação como meio de alcançar maior eficácia das atividades que objetivam ofertar maior proteção aos trabalhadores, consubstanciadas na PNSST e na PNSTT, já abordadas no Capítulo 3. Essa medida, em tese, garantiu a aproximação interinstitucional necessária para o enfrentamento de crises emergenciais, como foi o caso da pandemia da COVID-19.

Em suma, é forçoso reconhecer que a existência de sistemas bem desenhados e de quadro jurídico favorável não bastam para o propósito de dar efetividade à concretização da conclamada proteção à saúde do trabalhador e da trabalhadora em situações de emergência e consternação.

5.2.3 Relevância do papel dos serviços de saúde no trabalho na integração dos sistemas de proteção

No documento que trata da resiliência dos sistemas para cuidar da crise, a OIT uma vez mais chama a atenção para o olhar interinstitucional, destacando o papel dos serviços de saúde no trabalho (saúde ocupacional). A partir da experiência vivenciada na pandemia da COVID-19, ressalta que o papel desses serviços, “mais do que nunca”, deve observar a necessidade do seu funcionamento “como uma ponte entre a saúde pública e os locais de trabalho” (OIT, 2021, p. 37).

Dessa assertiva resta muito claro que os preceitos estabelecidos pela saúde pública não podem ser ignorados nos ambientes de trabalho. O fato do trabalho se desenvolver, em geral, “intramuros” não permite concluir que todos os riscos e perigos que vêm do lado de fora do ambiente de trabalho não cruzarão esse limite. Nesses casos, não há como se argumentar em favor do direito de propriedade que permeia o pensamento jurídico, pois ele não pode se sobrepor aos preceitos de direitos humanos, entre eles, o direito à saúde. Sem contar que a própria Constituição Federal reconheceu o valor social da propriedade, estabelecendo essa fronteira no art. 170.

Ora, as interações ocorridas externamente ao ambiente de trabalho podem, sim, influenciar nos níveis de saúde dentro desse ambiente laboral. A pandemia só veio evidenciar questão inerente à condição humana, pois não é possível separar a *persona* social da *persona* laboral. Afinal, “a epidemia é o homem” (VENTURA, 2013, p. 49). O ser humano trabalhador é o hospedeiro, a própria fonte do perigo, trazendo para dentro dos ambientes de trabalho o risco de disseminação do vírus. E a legislação nacional resguarda esse olhar holístico a respeito da saúde do trabalhador.

No Brasil, os serviços de saúde desenvolvem suas atividades no âmbito do PCMSO (NR 7), sob responsabilidade do profissional médico responsável do trabalho e, a depender do grau de risco e do número de empregados, essa atividade é complementada pelo SESMT (NR 4). Como ressaltado por Homero Batista da Silva, o SESMT nem sempre é caracterizado como uma instituição de saúde em sentido estrito, ou seja, uma clínica ou serviço equivalente. Porém, cuida de “um serviço para a promoção da saúde, o monitoramento dos riscos e a prevenção de doenças ocupacionais” (2021, p. 66). Assim, além de analisar o efeito do trabalho na saúde das pessoas, também têm a atribuição de acompanhar os efeitos do estado de saúde dos trabalhadores para o desempenho das atividades laborais e a responsabilidade técnica e legal de, juntamente com a coordenação do PCMSO, construir essa “ponte” entre o ambiente laboral e a saúde pública.

A interação dessas instâncias, criadas a partir da normatização de SST com a saúde pública, é reconhecida no âmbito jurídico. A LOS, em seu artigo 2º, *caput* e § 2º, a par de conclamar os deveres do Estado em assegurar o direito fundamental à saúde do ser humano, não exclui o dever dos cidadãos, da família, **das empresas** e da sociedade (BRASIL, 1990). Outrossim, nos termos do artigo 6º, inciso VII, é encargo do SUS o “controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de

interesse para a saúde” (BRASIL, 1990, p. 2). Portanto o controle e a fiscalização de serviços de interesse para a saúde devem analisar o quanto preconizado no âmbito do PCSMO e também as atividades desenvolvidas pelo SESMT das empresas.

Como já abordado no capítulo anterior, o PCSMO cuida de programa voltado para a prevenção de acidentes e a proteção da saúde de trabalhadores e trabalhadoras nos ambientes de trabalho. Entre as ações preventivas estão as relacionadas à atividade de vigilância em saúde, notadamente a vigilância epidemiológica. Claro, portanto, que as atividades realizadas nesse contexto, assim como todas as que têm interface com a saúde do trabalhador e da trabalhadora não podem afrontar preceitos de saúde pública. Ao contrário, devem com ela se harmonizar e, conseqüentemente, sofrer fiscalização pela Saúde do Trabalhador no SUS, consoante previsto artigo 6º, § 3º, inciso VI, da LOS (BRASIL, 1990).

É imperioso repisar que não há, nesse tipo de fiscalização sanitária, nenhum conflito com as atividades desenvolvidas pela inspeção do trabalho, eis que os propósitos e objetivos são distintos e não se confundem. A inspeção do trabalho tem a objetivo de verificar o cumprimento das obrigações que nascem do contrato de trabalho firmado sob a égide da CLT, zelando pela observância de direitos que têm, como base, a relação de emprego. A fiscalização sanitária tem, como primado, a verificação das questões que interferem na saúde do trabalhador e da trabalhadora, de forma positiva ou negativa (SANTOS, 2000). Embora possa ter a relação de emprego como pano de fundo, não é esse liame que induz a atuação da fiscalização sanitária, mas a proteção da saúde em si, independente do vínculo empregatício.

No que concerne às atividades desenvolvidas no âmbito do PCSMO e do SESMT, embora existentes por imperativo legal da CLT, há que se reconhecer que são preconizadas medidas que têm, por objetivo, resguardar a saúde daqueles que laboram em um determinado ambiente de trabalho. Desse modo, tratando-se de ações de saúde, não há como afastar a fiscalização das autoridades sanitárias.

É nesse ponto específico que se verifica amplo espaço para que os serviços de saúde que emergem nos ambientes de trabalho por força das normas de SST, tenham atuação integrada com as diretrizes de ST, preconizadas pela saúde pública, por meio do PCSMO, cujas diretrizes expressam diversas ações que têm interface com os preceitos de saúde pública. Eis os exemplos.

Entre as diretrizes do PCSMO encontra-se listada no subitem 7.3.2, na alínea “a”, a de “rastrear e detectar precocemente os agravos à saúde relacionados ao trabalho” e, caso identificada qualquer situação de saúde que mereça a atenção do médico que atua no programa, “acompanhar de forma diferenciada o empregado cujo estado de saúde possa ser especialmente afetado pelos riscos ocupacionais”, conforme alínea “i” (BRASIL, 2020c, p. 2). Nesses casos, o profissional médico deve atentar para os protocolos diagnósticos, definidos pela ciência, pelas sociedades médicas e também pelo SUS.

Por sua vez, as autoridades sanitárias locais do SUS, observada a prevalência de determinadas doenças em algum território, notadamente as impactadas por processos de trabalho, que possam ser identificados como responsáveis por doenças e agravos específicos naquela região, podem criar diretrizes, ordens de serviços ou requisitar informações periódicas para as empresas do setor gerador do impacto. O SUS pode também criar protocolos diagnósticos, como já ocorreu, por exemplo, no caso do diagnóstico de mesotelioma maligno de pleura, forma de câncer que acomete a membrana que reveste o pulmão, a pleura.

Esse tipo de câncer tem relação com a exposição ao amianto, que é considerado um dos mais relevantes agentes cancerígenos no local de trabalho, segundo a OMS (2017) e os critérios diagnósticos foram traçados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) do SUS (BRASIL, 2020f), órgão que define a eficácia de medicamentos, novas tecnologias, protocolos diagnósticos a serem incorporados ao SUS, por meio de pesquisa baseada em evidências científicas. Por conseguinte, os serviços de saúde de empresas que atuam com substâncias dessa natureza devem atentar para esses protocolos, introduzindo tais preceitos entre as atividades desenvolvidas no âmbito do PCMSO.

Assim, considerado que o PCMSO é um programa voltado para a saúde de trabalhadores e trabalhadoras, que prevê medidas de prevenção e monitoramento da saúde desse grupo populacional, é certo que a sua análise não pode passar ao largo da fiscalização sanitária, pois há interesse da saúde pública em verificar se as análises diagnósticas, o monitoramento proposto pelo médico coordenador e outras medidas voltadas à prevenção de doenças podem auxiliar na promoção da saúde de trabalhadores e, também, se estão em consonância com preceitos éticos.

É nesse contexto que se defende que o olhar jurídico privatista, baseado na soberania da propriedade privada (CAPRA; MATTEI, 2018), não pode prevalecer sobre preceitos de saúde pública e de meio ambiente, constitucionalmente garantidos a todos, nos artigos 196 e 200 da CF/88, não se excluindo a *persona* trabalhadora dessa proteção (BRASIL, 1988). Nesse sentido, vale lembrar que a própria Constituição impôs limite à autonomia privada no artigo 170 e, evidentemente, a proteção da saúde e a dignidade humana não podem encontrar, no muro da empresa, a barreira para a concretização de direitos, como bem destacado por Padilha:

A dignidade humana é, assim, um princípio de caráter absoluto, constitutivo da base ética norteadora de toda atividade econômica, todos os demais princípios elencados nos incisos de I a IX, do art. 170 da Constituição Federal, são regidos pelo valor absoluto da dignidade da pessoa humana, que lhes fundamenta e confere unidade, uma vez que se qualifica também como um dos fundamentos da República (art. 1º, inciso III) (PADILHA, 2010, p. 379).

No curso da pandemia da COVID-19, alguns CEREST criaram sistemas para monitorar as atividades desenvolvidas pelos coordenadores do PCMSO e pelo SESMT de empresas que impactaram negativamente na transmissão do vírus, a exemplo os frigoríficos, que em Santa Catarina tinham que enviar periodicamente as informações de saúde dos trabalhadores infectados pelo vírus SARS-CoV-2, por meio de formulário eletrônico denominado Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador (SISTRA), por exigência da Secretaria de Estado de Saúde (2022), para permitir que a autoridade sanitária, no caso o CEREST desse Estado, monitorasse a evolução da doença infecciosa nos frigoríficos catarinenses.

Ainda no primeiro ano da pandemia da COVID-19, o Ministério Público do Trabalho publicou a Nota Técnica GT COVID-19 nº 20/2020 (BRASIL, 2020h), na qual restou assentado entendimento jurídico institucional no sentido de incorporar os preceitos de saúde pública quanto ao diagnóstico clínico-epidemiológico da COVID-19 e, ainda, incentivou a aproximação das ações de vigilância a serem promovidas pela empresa no âmbito do PCMSO, das instâncias de vigilância em saúde do trabalhador do SUS, tendo em mira a necessidade de quebra de cadeias de transmissão do vírus dentro dos ambientes de trabalho e desses para a comunidade.

Em conclusão, analisados alguns dos pontos sugeridos pela OIT para a construção de sistemas resilientes, observa-se que o sistema brasileiro, organizado

no modelo SST, nas relações estabelecidas entre empregado e empregadores, e no modelo ST, com relação à saúde pública, quando permeado por olhar mais integrativo, revela ter resiliência razoavelmente adequada para lidar com crises emergenciais, o que poderia ter auxiliado no enfrentamento da crise da COVID-19. Há necessidade, no entanto, de regulamentação mais específica para casos envolvendo acidentes industriais ampliados, o que não se aborda neste estudo por fugir ao seu objeto. E dando sequência à proposta vertida para o presente capítulo, analisaremos o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e o seu impacto no mundo do trabalho.

5.3 INTEGRAÇÃO DE SISTEMAS DE PROTEÇÃO NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19. PORTARIAS E NOTAS TÉCNICAS EDITADAS NA CRISE PANDÊMICA. INTERSETORIALIDADE?

Embora seja possível afirmar que o país possui sistemas de proteção à saúde do trabalhador e da trabalhadora que poderiam ter sido melhor explorados para a finalidade de mitigar os efeitos nefastos da pandemia da COVID-19 nos ambientes de trabalho, não é possível atestar a sua eficácia no plano concreto. Para que os sistemas de proteção possam ser considerados resilientes não apenas em tese, é necessário compreender que para que tal característica deve a emergir da prática cotidiana, dependendo primordialmente do trabalho intersetorial. No entanto, poucas foram as iniciativas desenvolvidas em direção à intersetorialidade.

Uma dessas iniciativas foi a edição de duas portarias, ambas publicadas em 18 de junho de 2020: a Portaria Conjunta MS/SEPRT nº 19, do Ministérios da Economia/Secretaria Especial da Previdência e Trabalho, da Saúde, e da Agricultura, voltada para as atividades desenvolvidas na indústria de abate e processamento de carnes e derivados, e a Portaria Conjunta nº 20, voltada para os ambientes de trabalho em geral, assinada pelos Ministérios da Saúde e da Economia.

A expectativa de desenvolvimento de um trabalho intersetorial foi frustrada diante do teor desses documentos, muito mais voltados para a proteção de interesses empresariais do que propriamente para a mitigação dos riscos de transmissão da COVID-19 nos ambientes de trabalho, ignorando as peculiaridades das situações de trabalho, nas quais havia compartilhamento do mesmo ambiente entre os trabalhadores e entre esses e os clientes, visitantes e prestadores de serviços, muitas

vezes por longos períodos, nem sempre com ventilação adequada ou com possibilidade de resguardar o distanciamento necessário para evitar o contato com pessoas potencialmente infectadas. Essas portarias expuseram a posição por vezes contraditória com o que vinha sendo preconizado por pelas entidades internacionais vocacionadas para a defesa da saúde do trabalhador.

As Portarias delimitaram a área de atuação de cada órgão, notadamente do Ministério da Saúde e da Secretaria do Trabalho, à época integrada ao Ministério da Economia, sem explicar como as atividades desses órgãos se conectariam. Ora, qual a finalidade de uma Portaria que se diz conjunta, senão a de propor atividades complementares e integradas? Integração que não pode sobrevir de documentos – no caso, as Portarias Conjuntas nº 19 e 20 de 2020 – que tão somente esquadrinham e delimitam espaços que já estão definidos na organização governamental.

A primeira, Portaria nº 19, de 18.6.2020, que foi emitida pelos Ministérios da Economia, Saúde e Agricultura, era endereçada para prevenção, controle e mitigação dos riscos de transmissão da COVID-19 nas atividades específicas desenvolvidas tanto pela indústria de abate e de processamento de carnes e de seus derivados, destinados ao consumo humano, quanto pela indústria de laticínios, atividades econômicas que trouxeram severos impactos à saúde dos trabalhadores do setor. A segunda, Portaria nº 20, de 18.6.2020, emitida pelos Ministérios da Saúde e da Economia, continha as orientações gerais a respeito da mesma matéria – prevenção, controle e mitigação dos riscos de transmissão da COVID-19 nos ambientes de trabalho – sendo, no entanto, destinada a todos os setores econômicos, à exceção dos estabelecimentos de saúde, cuja orientação é feita pela ANVISA. O conteúdo dessas portarias será analisado nas próximas páginas.

No caso de uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional (ESPII), instrumento criado pelo Regulamento Sanitário Internacional, não há margem para dúvida de que a autoridade máxima, instituída para tratar dos assuntos relacionados à saúde, seja sob o prisma sanitário ou epidemiológico, é o da Saúde. No caso do Brasil, onde a saúde de toda a população, inclusive a trabalhadora, é atribuição do SUS, que atua em todos os níveis (federal, estadual, distrital e municipal) e cuja capilaridade acomoda todos os municípios brasileiros, a maior integração entre os sistemas de proteção representados pela SST e pela ST poderia ter efeito exponencial e benéfico para todos, especialmente em momentos de crise.

Porém, esse efeito maximizador da Saúde, por meio do SUS, não se tornou realidade. O que se observou foi uma relação conflituosa entre as diversas esferas do executivo que cuidam da saúde, que teve a União de um lado e Estados e Municípios de outro, resultando na judicialização de assuntos relacionados à saúde na pandemia da COVID-19 e culminando em decisões do Supremo Tribunal Federal (STF), reafirmando a autonomia dos entes federativos em matéria de saúde e assegurando a competência dos Estados e Municípios para impor medidas de vigilância em saúde mais restritivas do que as preconizadas pela União (ADI nº 6.341).

Assim, o que ocorreu ao longo da crise da pandemia da COVID-19 foram desencontros e arranjos que trouxeram consternação, provocaram confusão e que ultrapassaram a fronteira da mera falta de aproximação interinstitucional, mas a negação da gravidade imposta pela maior pandemia desde a provocada pelo vírus posteriormente identificado como o H1N1, responsável pela pandemia da chamada gripe espanhola em 1918 (FERGUSON ET AL., 2020).

No caso dessas Portarias Interministeriais nº 19 e 20, como se não bastassem as falhas e omissões, especialmente no que tange à adoção de estratégias de testagem e de medidas de afastamento, ainda aconteceu que os eventuais benefícios que poderiam advir de um comando unitário foram anulados pelo posicionamento externado pelo Ministério do Trabalho, consubstanciado na Nota Técnica SEI 14.127-ME, no sentido de dispensar o reconhecimento do risco decorrente do vírus SARS-CoV-2 nos ambientes de trabalho no antigo PPRA e atual GRO/PGR.

A medida dessa Nota Técnica, além de atentar contra a literalidade da própria norma, que determina que os riscos biológicos sejam incluídos no GRO/PGR, por consequência lógica, acabou por expurgar a necessidade de inclusão de medidas de prevenção ou de controle epidemiológico no PCMSO, esvaziando a sua finalidade e rebaixando o padrão protetivo ofertado pela norma. Assim, a resiliência que o sistema de SST nacional poderia ter proporcionado, consoante apontado na seção anterior, foi vencida por ato de confrontação direta à norma, confrontação essa decorrente da atuação do próprio órgão que deveria zelar pela sua efetividade.

A mesma medida – Nota Técnica SEI 14.127-ME –, além de afastar o espírito protetivo do qual se reveste a norma, também trouxe prejuízos para os trabalhadores e para as trabalhadoras no que concerne à emissão da CAT. É necessário compreender que a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) integra

o conjunto de ações descritas no PCMSO, peculiarmente relevantes nas situações que se diferenciam dos chamados acidentes comuns ou típicos, os quais resultam em lesões físicas e morte.

Há casos em que a condição acidentária não é tão evidente, como as situações decorrentes de doenças profissionais, de doenças do trabalho e de condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente, nas formas previstas no artigo 20, incisos I e II e § 2º, da Lei nº 8.213/1191. Em todos esses casos, a observância desse conjunto das ações estabelecidas no PCMSO torna-se particularmente relevante, pois possibilita a percepção do contexto de trabalho em que tal doença foi produzida, dando então visibilidade para a sua relação com o trabalho.

Fora desse contexto laboral em que surgiu o adoecimento, a mesma doença pode receber leitura apartada da realidade do trabalho, tornando-se ordinariamente comum e sem a expressão que a legislação previdenciária determina. Por esse motivo, o PCMSO deve contemplar uma vigilância ativa, hábil, entre outras medidas, para revelar a incidência e a prevalência de doenças, agravos e acidentes, categorizados por unidade operacional, setor ou função (subitem 7.6.3, alínea “d”), o que permite a visão do quadro epidemiológico naquele ambiente de trabalho.

No enfrentamento da crise da COVID-19, a execução de ações de vigilância ativa da saúde dos trabalhadores teria sido essencial para controlar e/ou impedir a transmissão do vírus nos ambientes de trabalho, a partir da detecção precoce dos potenciais agravos a saúde, por meio de monitoramento ativo dos sintomas e das informações referentes ao contato recente com pessoas infectadas, de rastreamento dos contatos e de afastamento dos casos suspeitos dos locais de trabalho. Assim, haveria a quebra de cadeias de transmissão, o que é essencial para o controle de doenças transmissíveis. E esse deveria ter sido o objetivo perseguido nos ambientes de trabalho. A partir do monitoramento e do rastreamento, teria sido possível identificar setores e funções críticos a partir de dados de incidência da doença.

Ora, tendo ciência de que o período de incubação é de aproximadamente 14 dias, então os casos confirmados no mesmo setor nesse intervalo de tempo são indicadores de que a transmissão pode ter se dado no ambiente de trabalho, devendo, nesses casos, serem revistas e alteradas as medidas de segurança adotadas pela empresa, sejam elas de índole administrativa (mudanças de turnos de trabalho para

evitar aglomeração; escalonamento de intervalos etc.) ou de engenharia (ventilação, alteração de layout para melhorar a circulação de pessoas, entre outras). E, por outro lado, ante a possibilidade de que a transmissão tenha se dado no ambiente de trabalho, há a necessidade de emissão de CAT, nos termos do artigo 169 da CLT e artigo 20, § 2º, da Lei 8.213/1991 (ZIMMERMANN, 2020).

A questão do reconhecimento da COVID-19 como doença relacionada ao trabalho ainda é objeto de muita discussão em todo o mundo. A OIT (2022) não ignora que a possibilidade de que ela assim seja reconhecida, indicando a inclusão da doença nas listas nacionais para observância da legislação nacional a respeito do tema.

No Brasil, a COVID-19 ingressou na Lista das Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.309/2020, publicada em 01 de setembro de 2020. Porém, nela permaneceu por menos de 24 horas. Na data de 02 de setembro de 2020, após a publicação da Portaria GM/MS nº 2.345/2020, a nova LDRT foi tornada sem efeito, evidenciando que questões políticas podem ter efeitos nefastos sobre políticas públicas de saúde e de proteção social.

É preciso destacar que a elaboração de listas dessa natureza são objeto de intenso debate científico e político, com discussões que envolvem sindicatos, meio acadêmico, representações empresariais, o controle social do SUS, por meio do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT). Posterior à elaboração da lista, há a discussão na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), cuja criação atende as determinações previstas na LOS e na Lei 8.142/1990 e que conta com representação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Somente após a aprovação dessas instâncias, é que a LDRT vai para publicação. Para a sua revogação, porém, bastou a caneta do então Secretário Executivo do Ministério da Saúde, em ato de desrespeito à democracia sanitária.

A LDRT não tem apenas o propósito de orientar a concessão de benefícios previdenciários, nos termos do artigo 20 da Lei nº 8.213/1991, tendo também a finalidade de orientar as ações de vigilância epidemiológica, constituindo instrumento valioso para a melhor compreensão da relação entre o trabalho e o adoecimento, desempenhando papel relevante no sentido de valorizar o critério epidemiológico,

fundamental para auxiliar no processo de criação e revisão de políticas públicas voltadas à prevenção de doenças relacionadas ao trabalho.

Também é utilizada para orientar e direcionar o foco e as ações dos profissionais de saúde e segurança no trabalho, bem como de formuladores e executores das políticas públicas de promoção e prevenção de adoecimentos laborais. Ademais, no que tange às ações do SUS, a lista auxilia os governos distrital, estaduais e municipais a desenvolverem ações preventivas de saúde do trabalhador nos seus territórios, e não somente exercerem ações de assistência à população já adoecida, sendo elemento balizador para a prevenção e para a notificação dos agravos nela relacionados.

A emissão da CAT e o reconhecimento da natureza acidentária de uma doença independem da sua inclusão na LDRT, pois o § 2º do artigo 20 da Lei nº 8.213/1991 contempla o rol aberto de doenças, não restringindo a medida notificadora às elencadas na lista; portanto, desde que as condições especiais de trabalho assim o recomendem. Desse modo, no contexto em que o distanciamento social é imperativo para prevenir a transmissão da doença, o monitoramento e a leitura epidemiológica do cenário concreto de determinado ambiente de trabalho torna-se essencial para a aferição da natureza acidentária ou não da COVID-19.

Nesse sentido, cabe concluir que esses dois atos do poder executivo, quais sejam, a exclusão da COVID-19 da LDRT e a emissão da Nota Técnica prevendo a dispensa da inclusão do SARS-CoV-2 do GRO/PGR e do PCMSO, indubitavelmente, trouxeram confusão, colaboraram para subtrair direitos dos trabalhadores e trouxeram prejuízos para o controle da transmissão do vírus nos ambientes de trabalho, colocando em risco vidas trabalhadoras.

É importante ressaltar que os riscos biológicos, que decorrem da exposição a agentes biológicos, estão descritos no Anexo I, da NR 1, como “Microrganismos, parasitas ou materiais originados de organismos que, em função de sua natureza e do tipo de exposição, são capazes de acarretar lesão ou agravo à saúde do trabalhador”. Entre os exemplos listados, estão a bactéria *Bacillus anthracis*, o vírus linfotrópico da célula T humana, o príon agente de doença de Creutzfeldt-Jakob, e o fungo *Coccidioides immitis* (BRASIL, 2020b, p. 11). Por isso, a conclusão natural seria a de que o vírus SARS-CoV-2 fosse incluído entre os riscos biológicos a serem considerados no GRO/PGR, diante de uma das maiores pandemias que assolaram a

humanidade nos últimos séculos e a mais significativa desde a pandemia da Gripe Espanhola (H1N1), ocorrida na década 1920.

Horcades, Abreu e Wittich (2023) ressaltam que a avaliação de risco prevista no GRO/PGR incorpora ações que têm por objetivo, o reconhecimento ou a identificação de agentes biológicos que possam trazer danos à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras a eles expostos. Assim, a virulência do agente biológico para homens e animais determina é um dos critérios a serem considerados para inclusão de determinado vírus nesses programas, que levam em consideração as taxas de fatalidade e de transmissão.

No caso dos agentes biológicos, a classificação do risco é definida pelo Ministério da Saúde (2017), que catalogou o SARS-CoV 2 na classe de risco 3, tendo em vista o alto risco individual e moderado o risco para a comunidade, tornando “imprescindível que sejam tomadas todas as medidas de prevenção de forma a evitar a contaminação do trabalhador em função da atividade laboral” (HORCADES; ABREU; WITTICH, 2023).

Ressalte-se, porém, que os programas – o antigo PPRA ou o atual PGR e o PCMSO – possuem caráter cogente e o seu descumprimento pode redundar na emissão de autos de infração cujas capitulações estão previstas na NR 28, enquanto a Portaria Conjunta nº 20/2020 é despida de caráter obrigatório sendo meramente orientativa das medidas a serem adotadas e incluídas nos programas.

A intenção revelada pela Nota Técnica da área econômica, foi de estabelecer, com base em uma Portaria que não se reveste de força cogente (Portaria Conjunta nº 20/2020), exceção não comportada pelas NRs 1 e 7, normativas elaboradas por delegação prevista em lei (artigo 200 da CLT); e, com isso, trouxe dúvida que simplesmente não existia, em vista a clareza solar dessas NRs a respeito dos riscos biológicos. O executivo federal tentou, por vias transversas, renovar sua tentativa frustrada de obstaculizar o reconhecimento da COVID-19 como doença relacionada ao trabalho e de natureza acidentária, bem como de dispensar a realização de exames previstos na NR 7 no período da pandemia. A primeira tentativa nesse sentido havia sido feita por meio da Medida Provisória nº 927, de 2020, cujos efeitos foram impedidos, primeiramente, por liminares concedidas pelo Supremo Tribunal Federal em várias ADI, que questionavam sua inconstitucionalidade, e pela posterior caducidade dessa Medida Provisória.

Outro ponto a ser destacado é que, ao longo dos três anos da ESPII da COVID-19, as Portarias foram alteradas uma única vez. A alteração, porém, não foi realizada com o escopo de atualizar as medidas protetivas, mas com o claro objetivo de reduzir o período de afastamento do trabalho diante da escalada de casos confirmados de disseminação da variante ômicron no país. Ademais, há que se ter em conta que durante a pandemia as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) norte-americano e do *European Centers for Disease Control and Prevention* (ECDC), referências internacionais na área da saúde, foram atualizadas diversas vezes; o que também ocorreu com as recomendações e guias do próprio Ministério da Saúde, de modo que, a baixa frequência na atualização dessas Portarias revela, por si, a inefetividade delas diante da dinâmica evolução do conhecimento científico em torno do vírus SARS-CoV-2.

Esses preceitos e recomendações dos órgãos da saúde deveriam ser observados pelos serviços de saúde das empresas, por força dos compromissos assumidos no RSI. No entanto, a profusão de portarias e notas técnicas abriu margem para dúvida onde ela não precisaria existir. A dúvida, porém, traz benefícios quando adequada e convenientemente instalada, pois evita a adoção de medidas protetivas, especialmente no contexto da saúde pública (MICHAELS, 2008).

Para ilustrar as contradições e o descompasso dessas Portarias com a evolução do conhecimento científico e com as recomendações da OMS, que deveriam ter sido observadas por todos, por força do que preconiza o RSI, em nenhum momento excepcionando as situações de trabalho, passa-se a discutir alguns pontos que ensejaram intenso debate científico no curso da crise: a possibilidade de transmissão do vírus por aerossóis, por pessoas infectadas assintomáticas ou pré-sintomáticas, as estratégias de testagem em locais de trabalho e a ausência de previsão de vacinação.

5.3.1 Transmissão do vírus SARS-CoV-2 por aerossóis

No início dessa crise pandêmica, a OMS não incluía a transmissão pelo ar, na forma de aerossóis, nas informações sobre os meios de transmissão do vírus SARS-CoV-2. As orientações editadas inicialmente focavam a transmissão por gotículas respiratórias, emitidas naturalmente ao tossir, espirrar, respirar e falar. Embora esses

documentos admitissem a possibilidade de transmissão por aerossóis, limitavam-na às atividades geradoras de aerossóis, na maioria das vezes, restritas a procedimentos de saúde realizados em hospitais e serviços odontológicos.

Como é cediço, até junho de 2020, a própria OMS não preconizava o uso de máscaras por toda a população e destinava a adoção dessa estratégia apenas por pessoas sintomáticas, sendo que o posicionamento oficial da maioria dos órgãos de saúde pública de diversos países seguia a orientação desse organismo internacional de saúde, a despeito das campanhas de "máscaras para todos" que surgiam em redes sociais, em razão da atuação de pessoas e entidades empolgadas por estudos e alertas de cientistas renomados, campanhas cujos websites encontram-se expirados atualmente.

O cenário da evolução do conhecimento científico em torno da transmissão do vírus SARS-CoV-2 pelo ar, tendo como fonte a dispersão de aerossóis, começou a mudar drasticamente a partir de 5 junho de 2020, quando a OMS emitiu documento tratando das orientações para o uso de máscaras no contexto da COVID-19 (OMS, 2020a). O documento traz revisão hialina do posicionamento inicial da Organização Internacional, emitido em 06 de abril de 2020 (OMS, 2020a).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a transmissão por aerossóis “é definida como a disseminação de um agente infeccioso causada pela dispersão de núcleos de gotículas (aerossóis) que continuam infecciosos quando suspensos no ar por longas distâncias e tempo” (OPAS, 2020, p. 1)

Estudos sugerem que a possível transmissão por aerossóis, partículas microscópicas, invisíveis a olho nu, portanto, ocorre a partir da sua geração por processo de evaporação de gotículas respiratórias ou decorre do processo normal de respiração e de fala. De par com isso, há indicativos de que os aerossóis podem ficar suspensos no ar por muito tempo, como demonstraram pesquisas que relataram a presença de RNA do vírus SARS-CoV-2 em aerossóis presentes nas amostras de ar; em um estudo, até três horas e em outro trabalho, até dezesseis horas (OPAS, 2020a).

O posicionamento da OMS foi, em parte, influenciado por apelos feitos pela comunidade científica, mais precisamente 239 especialistas, que enviaram à OMS em julho de 2020, uma carta aberta, posteriormente publicada na revista *Clinical Infectious Diseases* (MORAWSKA; MILTON, 2020), alertando para a possível

transmissão aérea do vírus por aerossóis e sugerindo mudança do posicionamento da organização internacional.

Com efeito, a partir de outubro de 2020, a OMS incorporou, nas suas informações à comunidade internacional, a possibilidade da transmissão se dar por meio de aerossóis suspensos no ar (OMS, 2020b).²⁹ Em dezembro de 2020, em orientação provisória a respeito do uso universal de máscaras, a OPAS fez as seguintes considerações sobre a transmissão do SARS-CoV-2 pelo ar:

Fora das instalações médicas, além da transmissão por gotículas e fômites, a transmissão por aerossol pode ocorrer em ambientes e circunstâncias específicas, particularmente em ambientes fechados, lotados e com ventilação inadequada, onde pessoas infectadas passam longos períodos de tempo com outras pessoas. Estudos têm sugerido que esses locais podem incluir restaurantes, práticas de coral, aulas de ginástica, boates, escritórios e locais de culto (OPAS, 2020b, p. 4)

Do mesmo modo, o *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* dos Estados Unidos, reconheceu a possibilidade de transmissão por aerossóis desde outubro de 2020, ressaltando que tais partículas podem remanescer suspensas no ar por minutos ou horas. Além disso, o órgão norte-americano destacou que estudos sugeriam algumas circunstâncias e lugares em que havia risco de infecção, mesmo observada distância superior a 1,8m (6 feet) entre as pessoas ou quando estas tenham adentrado o local logo após a saída de uma pessoa infectada (ESTADOS UNIDOS, 2020).

Tais estudos citavam como exemplos, locais fechados com exposição prolongada a partículas respiratórias, geralmente produzidas na expiração em atividades como cantar, gritar e se exercitar e ainda em locais com ventilação ou sistemas de ventilação e de ar-condicionado inadequados. Também advertiam que, além das intervenções normalmente recomendadas, que incluem distanciamento social, uso de máscaras, higiene das mãos e limpeza de superfícies (fômites ou vetores passivos de transmissão), era especialmente relevante observar a ventilação e evitar aglomerações no interior de edificações, onde pode ocorrer maior

²⁹ *Outside of medical facilities, in addition to droplet and fomite transmission, aerosol transmission can occur in specific settings and circumstances, particularly in indoor, crowded and inadequately ventilated spaces, where infected persons spend long periods of time with others. Studies have suggested these can include restaurants, choir practices, fitness classes, nightclubs, offices and places of worship* (OMS, 2020b, p. 2).

concentração de partículas e gotículas contendo o vírus infeccioso (ESTADOS UNIDOS, 2020).

Gomes (2018) informava que essa e outras organizações esclareciam que a transmissão por aerossóis merece ser objeto de estudo mais aprofundado, para melhor explicar as formas como pode ocorrer a transmissão entre humanos dentro desses *clusters*.³⁰ À toda evidência, a evolução do conhecimento científico acerca da transmissão do vírus SARS-CoV-2 pelo ar, por intermédio da dispersão de aerossóis nos ambientes, atrai e se harmoniza com a aplicação do Princípio da Precaução. Ações concretas no sentido de precaver possíveis danos futuros, sopesados os riscos e os benefícios, não admitem sobrestamento ou paralisia frente ao processo de evolução e de consolidação do conhecimento científico.

No Brasil, merece especial atenção o fato de que muitas empresas e órgãos públicos ainda não cumprem, total ou parcialmente, a Lei nº. 13.589/2018, que trata do Plano de Manutenção, Operação e Controle (PMOC), aplicável às instalações e aos sistemas de climatização de ambientes. A predita lei prevê no artigo 1º a implantação do programa em sistemas de climatização em ambientes de uso público ou coletivo, com o objetivo de eliminar ou minimizar os riscos potenciais à saúde dos ocupantes desses espaços (BRASIL, 2018).

A observância do quanto previsto na lei em destaque é fundamental para evitar a denominada “síndrome do edifício doente” ou a realidade de edifícios que se transformem em agentes ativos na transmissão de microrganismos infecciosos, funcionando como “edifícios adoecedores”. A implementação dessa Lei nos ambientes de trabalho certamente contribui e contribuirá na mitigação dos riscos de transmissão do vírus em ambientes fechados e climatizados.

A breve digressão feita a respeito da evolução do conhecimento científico quanto à transmissão do SARS-CoV-2 pelo ar motivou a mudança das orientações e recomendações da OMS e da OPAS, bem como do CDC, que passaram a preconizar

³⁰ *Clusters* podem ser definidos, em apertada síntese, como a aglomeração ou agregação de eventos e casos no mesmo ou em similar tempo e espaço, sem necessariamente estarem relacionados. A análise de clusters pode ser valiosa para a avaliação de surtos. Segundo Ana Luisa Bessa Bacellar Gomes, os conceitos de surto e cluster têm definições múltiplas, algumas não concernentes a saúde pública. A partir da análise das definições de *cluster* e de surto usadas em saúde pública realizada pela autora, é possível destacar as seguintes para o propósito do presente estudo: (1) surto: um aglomerado de casos que estão epidemiologicamente ligados, e que não necessariamente tem número maior que o esperado; (2) *cluster* espaço-temporal: a agregação simultânea de eventos no espaço e no tempo, sem considerar se o número de ocorrências foi maior que o esperado.

o uso de máscaras para qualquer atividade. Também levou a população mundial a iniciar campanhas pelo uso universal de máscaras. Supreendentemente, porém, não motivou a alteração das Portarias Conjuntas em comento, que seguiram prevendo o uso de máscaras de tecido ou cirúrgicas no caso de impossibilidade de distanciamento superior a 1 metro. No caso de ambientes compartilhados, admitiu o uso de máscaras de tecido, ainda que reconhecendo que não poderiam ser consideradas EPI, desconsiderando que nos ambientes de trabalho as pessoas compartilham o mesmo espaço por 8 horas ou mais.

5.3.2 Transmissão do vírus SARS-CoV-2 por infectados assintomáticos ou pré-sintomáticos

Em relação à evolução do conhecimento científico quanto à transmissão do vírus por pessoas assintomáticas ou pré-sintomáticas, foi observada situação semelhante à dos casos de transmissão por aerossóis, pois no início da crise pandêmica, o potencial transmissor dos assintomáticos não estava bem estabelecido, embora tal hipótese não fosse descartada.

Note-se que a OMS, no documento intitulado *Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Situation Report-73*, datado de 02 de abril de 2020, ao tratar das rotas de transmissão da doença COVID-19, já esclarecia que alguns estudos reportavam casos de transmissão por pré sintomáticos, que estariam sendo documentados em iniciativas de rastreamento de contatos e investigação de *clusters* de casos confirmados. Esses estudos sugeriam a possibilidade de uma pessoa transmitir o vírus de 1 a 3 dias antes do desenvolvimento de sintomas. Quanto aos assintomáticos, o documento não excluía a possibilidade de sua ocorrência (OMS, 2020c).

Em comum, assintomáticos e pré sintomáticos são pessoas que estão infectadas e são capazes de transmitir a infecção independentemente de estarem apresentando febre, dores de cabeça, tosse, dores de garganta e outros sintomas da COVID-19. As pessoas pré sintomáticas, ao contrário dos assintomáticos, apresentarão algum sintoma no curso do período infeccioso.

Na data de 5 de junho de 2020, a OMS revisou suas orientações, passando a preconizar, a partir de então, o uso comunitário de máscaras. Entre os antecedentes que justificaram essa mudança de posicionamento tem-se a evolução do

conhecimento científico a respeito da possível transmissão por assintomáticos e pré sintomáticos, assim descrita:

Algumas pessoas infectadas com o vírus da COVID-19 nunca desenvolvem quaisquer sintomas, embora possam ter o vírus, podendo este ser transmitido a terceiros. Uma revisão sistemática recente revelou que a percentagem de casos assintomáticos oscilava entre 6% e 41%, com uma estimativa agrupada de 16% (12%–20%), embora a maioria dos estudos incluídos nessa revisão tivessem importantes limitações no que diz respeito à pouca notificação de sintomas ou não definissem propriamente que sintomas estavam a investigar. O vírus viável foi isolado em amostras de indivíduos pré-sintomáticos e assintomáticos, sugerindo, por isso, que as pessoas que não apresentam sintomas podem ser capazes de transmitir o vírus a terceiros. Estudos abrangentes sobre a transmissão a partir de indivíduos assintomáticos são difíceis de realizar, mas as evidências disponíveis da identificação de contatos notificadas pelos Estados-Membros sugerem que a transmissão do vírus por indivíduos assintomáticos infectados é muito menos provável do que por pessoas que desenvolvem sintomas. (OMS, 2020d, p. 2)

Nessa mesma data, o Diretor-Geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, em declaração à mídia, enfatizou que o documento que estava sendo lançado naquele dia cuidava de atualização em razão da evolução do conhecimento científico. Destacou, porém, em duas oportunidades, que o uso comunitário de máscaras faciais fazia parte de um conjunto mais abrangente de medidas, que continuavam a incluir o distanciamento social, a higienização das mãos e outras medidas de saúde pública. Ainda segundo o Diretor-Geral da OMS, nenhuma dessas medidas, se adotada isoladamente, seria capaz de conter a disseminação do vírus ou a infecção pelo mesmo (OMS, 2020d).

Portanto, a falta de certeza científica absoluta quanto à potencial transmissão por pessoas assintomáticas não foi reputada imprescindível para justificar a mudança das orientações da OMS no que tange ao uso de máscaras, em mais uma clara e louvável concretização do Princípio da Precaução.

Nesse contexto, a possibilidade de transmissão por pessoas assintomáticas e pré-sintomáticas impõe severos desafios nas estratégias de identificação e isolamento precoce de casos. Rastrear, identificar e afastar pessoas infectadas, especialmente assintomáticas ou pré-sintomáticas, corresponde é medida essencial para interromper a cadeia de transmissão da doença e tentar contingenciar a propagação do vírus, especialmente nos ambientes de trabalho.

Destaque-se que a orientação para a realização de rastreamento de contatos (*contact tracing*) da OMS, estabelecida mesmo antes da confirmação científica da

transmissão por assintomáticos e pré sintomáticos (OMS, 2020e) e mantida até o presente momento, segundo guia atualizado pela organização internacional no início de 2021 (OMS, 2021b), diretriz essa também compartilhada pelo Ministério da Saúde brasileiro³¹, recomenda que, no caso de indivíduos sintomáticos., a busca ativa abranja os **contatos que precederam 2 (dois) dias do início dos sintomas e 10 dias que os sucederam**. No caso de indivíduos assintomáticos, a busca ativa de contatos deve se concentrar no mesmo período, mas considerando, como marco temporal, a data da coleta do material para exame do indivíduo que foi diagnosticado com a COVID-19 (BRASIL, 2021c). A partir dessa análise, realizada por profissional capacitado para essa finalidade, o contactante deve ser informado, isolado e monitorado pelo período mínimo de 14 dias (OMS, 2020f).

Todas essas orientações propostas por autoridades sanitárias internacionais e nacionais revelam a postura precaucionista como instrumento de mitigação de danos. Assim, em determinadas situações, ainda que a ciência não possa dar resposta imediata e conclusiva, mas para as quais aponte dúvida razoável quanto ao risco, como é o caso das estratégias de busca ativa e segregação de transmissores assintomáticos ou pré-sintomáticos, as recomendações para adoção de medidas tendentes à proteção mais abrangente, mostram-se adequadas.

O que chama a atenção no caso do enfrentamento da COVID-19 nos ambientes de trabalho é que as portarias ora analisadas não contemplam nenhuma estratégia de rastreamento de contato dentro dos ambientes de trabalho. Ora, como já mencionado, a dinâmica laboral tem peculiaridades que a diferenciam das situações sociais cotidianas, eis que aqueles que se dedicam a alguma atividade laborativa, em regra, compartilha o ambiente de trabalho com outros colegas por período aproximado ou superior a 8 horas diárias. Assim, havendo contato com caso confirmado de COVID-19, todos os seus contactantes deveriam ser afastados, preventivamente, do ambiente laboral, com vistas à quebra da cadeia de transmissão. Note-se, porém, que tanto a Portaria Conjunta nº 19/2020 como a Portaria Conjunta nº 20/2020 não

³¹ Note-se, porém, que o Ministério da Saúde reconhece como casos da COVID-19 não apenas os que tiveram resultado positivo em testagem laboratorial, mas também por critério clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem, ou laboratorial em indivíduo não vacinado. Assim, a confirmação por exame laboratorial, embora recomendável, não é imprescindível para o diagnóstico da COVID-19.

contemplam qualquer estratégia de rastreamento de contato para a finalidade de promover a quebra das cadeias de transmissão.

O rastreamento de contato cuida de estratégia de vigilância importante no controle de doenças infecciosas e poderia ter sido incorporada nos ambientes de trabalho. A partir do reconhecimento do risco imposto pelo vírus SARS-CoV-2 no ambiente de trabalho e inclusão no GRO/PGR, estratégias para identificação de casos sintomáticos ou de contatantes de casos sintomáticos, por exemplo, poderiam ter sido previstas no PCMSO, com o afastamento precoce dos ambientes laborais, poderiam ter sido fortes aliados no enfrentamento da crise da COVID-19, pois são estratégias consideradas eficazes para promover a quebra de cadeias de transmissão (OMS, 2020f).

5.3.3 Estratégias de testagem em locais de trabalho

O uso de testes para fazer a identificação de trabalhadores infectados assintomáticos ou pré-sintomáticos – potenciais transmissores conforme já exposto pode auxiliar muito no enfrentamento da crise da COVID-19 nos ambientes de trabalho. Importante destacar, porém, que a incorporação dos testes nas rotinas de busca ativa e de rastreamento de contatos nos ambientes de trabalho deve estar devidamente prevista no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) das empresas. Os critérios devem ser estabelecidos pelo médico coordenador, merecendo atenção a preocupação com os aspectos éticos, eis que o uso indevido da exigência de testagem como critério admissional ou demissional, por exemplo, deve ser firmemente repudiado.

A respeito dos tipos de testes, o Ministério da Saúde informa:

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O diagnóstico laboratorial pode ser realizado tanto por testes de biologia molecular, sorologia ou testes rápidos.

- **Biologia molecular:** permite identificar a presença do material genético (RNA) do vírus SARS-CoV-2 em amostras de secreção respiratória, por meio das metodologias de RT-PCR em tempo real (RT-qPCR) e amplificação isotérmica mediada por loop com transcriptase reversa (reverse transcriptase loop-mediated isothermal amplification, RT-LAMP).

- **Sorologia:** detecta anticorpos IgM, IgA e/ou IgG produzidos pela resposta imunológica do indivíduo em relação ao vírus SARS-CoV-2, podendo **diagnosticar doença ativa ou pregressa**. As principais metodologias são: Ensaio Imunoenzimático (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay – ELISA),

Imunoensaio por Quimioluminescência (CLIA) e Imunoensaio por Eletroquimioluminescência (ECLIA).

•Testes rápidos: os testes rápidos são imunoensaios que utilizam a metodologia de imunocromatografia de fluxo lateral. Os testes rápidos para detecção de antígenos virais são capazes de detectar o SARS-CoV-2 em amostras coletadas de nasal/nasofaringe e devem ser utilizados para a identificação da infecção ativa (fase aguda). Os testes rápidos para detecção de anticorpos IgM e IgG devem ser utilizados com amostras de sangue total obtido por punção digital, soro e plasma e, devido à dinâmica da resposta imunológica contra o SARS-CoV-2, tais testes não devem ser utilizados na fase aguda da doença, devendo ser reservados para a identificação da covid-19 na fase convalescente ou na identificação de infecção prévia pelo SARS-CoV-2” (BRASIL. MS, 2022, p. 14).

Dentre esses tipos de testes, apontados pelo Ministério da Saúde, e de outros eventuais que possam vir a existir, é o médico quem melhor pode estabelecer qual o melhor tipo para identificar pessoas infectadas, com ou sem sintomas, a depender do objetivo da identificação, se voltado para uma infecção atual ou infecção passada ou em período de remissão.

É necessário ressaltar que os testes, de modo geral, devem ser reconhecidos e aplicados em caráter auxiliar às demais estratégias de enfrentamento da COVID-19 nos ambientes de trabalho, integrando o conjunto de medidas que visam ao controle da infecção e ao equilíbrio do labor-ambiental. Assim, a testagem de trabalhadores não pode ser usada em substituição a tais medidas de enfrentamento, assim como nem as medidas para controlar manter o equilíbrio do labor ambiental e nem as relacionadas ao enfrentamento da COVID-19 podem ser utilizadas, em nenhuma hipótese, como “passaporte imunológico”.³²

Há diversas limitações técnicas que impedem o uso de testes para a obtenção de resposta meramente binária de padrões “sim ou não”, “positivo ou negativo”, de modo a garantir que o trabalhador que se submeteu à testagem não represente nenhum risco de transmissão da doença, mesmo em caso de resultado negativo. Nesse mesmo diapasão, ao trabalhador com resultado de teste positivo e que tinha se recuperado da COVID-19 não pode ser atribuída imunidade à doença a ponto de rejeitar, de forma absoluta, o risco de que ele venha a se tornar, novamente, um potencial transmissor da doença.

³² “Assim, independente do teste ter sido positivo ou negativo, e das incertezas científicas sobre os níveis de transmissibilidade entre os indivíduos, sugere-se a adoção do princípio da precaução, a partir de medidas preventivas de distanciamento social e/ou distância de 2 metros dos colegas de trabalho e boas práticas de higiene, proteção individual e coletiva para proteger a si mesmo e aos outros”. (ALBUQUERQUE, *et al.*, 2020).

Isso porque, em primeiro lugar, nenhum teste, nesse momento, apresenta acurácia de 100%, seja em sensibilidade ou especificidade. Em segundo lugar, porque os melhores períodos para coleta do material biológico a ser analisado são determinados em razão dos sintomas apresentados, dificultando essa determinação temporal no caso dos assintomáticos. Portanto, o período de "janela" para a realização dos testes é relativamente curto, desafiando as estratégias de *contact tracing*. Em terceiro lugar, pelos motivos ora expostos, o resultado negativo deve ser relativizado, não representando nenhuma garantia de que a pessoa não está infectada ou que não se encontre em período de potencial transmissão a terceiros.

Diante dessas limitações, a ideia poderia ser de imediata rejeição do uso dos testes nas estratégias de combate à COVID-19 nos ambientes de trabalho. Assim, não foi sem razão que o tema relacionado à testagem de trabalhadores gerou polêmica no meio científico, jurídico e empresarial, o que ainda foi catalisado por dispositivos contidos nas Portarias Conjuntas nº 19 e 20 do Ministério da Economia, prevendo a inexigibilidade de testagem laboratorial de todos os trabalhadores para a retomada de atividades, diante da ausência de recomendação técnica.

Sem adentrar ao mérito da normatização por meio de portarias e da inconveniência de registrar em texto normativo a inexistência de "recomendação técnica" em cenário tão dinâmico de evolução científica, houve claro equívoco dos órgãos que assinam tais documentos (Ministério da Economia, Ministério da Saúde e Ministério da Agricultura, esse último, apenas na Portaria ME nº 19/2020). Ao não se albergar a testagem como estratégia juridicamente possível para o enfrentamento da pandemia nos locais de trabalho ou ao menos silenciar a respeito, diante da inexistência, à época, de estudos científicos conclusivos em torno do tema, restou evidente a opção pela negação de que o enfrentamento da pandemia demanda a associação de procedimentos e abordagens, de várias naturezas e complementares entre si, malferindo a instrumentalização do Princípio da Precaução.

Desde então, houve clara evolução nos métodos de testagem para o vírus SARS-CoV-2, com avanços significativos observados nos testes virais, destacando-se os testes de antígenos, ampliou-se o leque de possibilidades, especialmente a partir de outubro do ano de 2020, para a realização de testes economicamente mais acessíveis e com resultados mais rápidos.

Acompanhando a evolução científica dos testes para diagnóstico da Covid-19, órgãos governamentais e entidades de pesquisa de outros países passaram a preconizar a realização de testes regulares e periódicas nos locais de trabalho, abrangendo todos os trabalhadores. Com efeito, o Departamento de Saúde e Cuidados Sociais do Reino Unido recomenda a testagem regular de empregados para reduzir o risco de transmissão, especialmente por indivíduos assintomáticos que não podem trabalhar em casa, justificando esse cuidado adicional ao argumento de que essa força de trabalho é vital para assegurar os serviços públicos e a atividade econômica em sua integralidade. A recomendação é a disponibilização de testes de antígenos, duas vezes por semana (REINO UNIDO, 2021).

Outras entidades referenciadas em pesquisa em saúde, como o CDC norte-americano, também passaram a preconizar a realização mais extensiva de testes em trabalhadores. Essa entidade de pesquisa preconiza o uso de testes virais de RT-Lamp ou de antígeno. Contudo, chama a atenção de que, no uso desses últimos, pode haver necessidade de realização de testes confirmatórios, em razão da menor sensibilidade. Assim, em caso de resultado negativo de trabalhadores com sintomas ou positivo para pessoas sem sintomas, outra testagem confirmatória é desejável (ESTADOS UNIDOS, 2021).

O documento do CDC chama a atenção por introduzir o conceito de *screening* como estratégia de enfrentamento da doença no ambiente de trabalho. *Screening* ou exame de rastreio ou de rastreamento em saúde, cuida de técnica voltada à aplicação de exames em pessoas assintomáticas. A finalidade na sua aplicação não é essencialmente diagnóstica, mas sim, de realizar a triagem de pessoas cuja condição de saúde merece ser melhor avaliada.

Assim, o CDC dos Estados Unidos recomendou a realização de testagem em locais onde os trabalhadores estão em contato próximo com o público, como restaurantes e salões de beleza, quando o risco de transmissão comunitária for moderado. Quando o risco de transmissão for aumentado, indica-se a estratégia em locais de trabalho onde o distanciamento físico for difícil, como fábricas ou plantas de processamento de alimentos, atividades que exijam o descanso em alojamentos, embarcações, plataformas de petróleo. Nesses casos, recomenda-se a testagem, no mínimo, semanal (ESTADOS UNIDOS, 2021).

Trata-se de reforço adicional às medidas de enfrentamento já preconizadas, no intuito de reduzir a transmissão e de auxiliar nas estratégias de rastreamento de contatos que, como destacado alhures, podem não se mostrar suficientes para lidar com o imenso desafio imposto pela transmissão do vírus por pessoas assintomáticas e pré-sintomáticas. Outrossim, a testagem é “ferramenta” auxiliar importante para aprimorar e tornar mais efetivas as estratégias para rastrear e monitorar os contatos.

Mesmo diante de expressa recomendação de testagem geral de trabalhadores por órgãos internacionais, como o CDC, não houve qualquer alteração dos anexos das Portarias Conjuntas 19 e 20/2020. A única modificação promovida nos seus anexos, ocorrida no mês de março de 2022 e já decorridos quase dois anos da primeira edição das portarias, repetiu o dispositivo que previa a inexigibilidade da testagem, deixando de incentivar estratégia de prevenção que poderia ter auxiliado no enfrentamento da crise da COVID-19 nos ambientes de trabalho.

5.3.4 Ausência de previsão de vacinação

As Portarias não previram a vacinação como estratégia de enfrentamento da COVID-19 nos ambientes de trabalho, mesmo após a atualização ocorrida no ano de 2022, quando os estoques de vacina já estavam normalizados e à disposição da população.

A omissão revela o fosso existente entre a saúde pública e a SST, que poderiam ter revelado maior integração com vistas a tornar os ambientes de trabalho locais de promoção de saúde consoante previsto no artigo 2º da Lei nº 8.080/1990. Poderia esta ter sido uma oportunidade única de trabalho intersetorial entre a saúde pública e as empresas, espaço esse que encontra abrigo na legislação e nas normas vigentes.

É importante ressaltar que a vacinação obrigatória é prevista na legislação nacional desde o ano de 1975, por meio do artigo 3º da Lei nº 6.275/1975. Outrossim, a inclusão da vacinação como estratégia hábil a resguardar a saúde dos trabalhadores, em caso de exposição a riscos biológicos encontra abrigo nas NRs, a exemplo da NR 32 (subitem 32.2.3.1 e 32.2.2.1). Ressalte-se que a vacinação

obrigatória foi considerada constitucional pelo Supremo Tribunal Federal, que fixou tese a respeito no Tema 1.103.³³

Em janeiro de 2021, o Ministério Público do Trabalho (MPT) editou o Guia Técnico Interno do MPT Sobre Vacinação da COVID 19 (BRASIL, 2021b), com a finalidade de assistir os Procuradores e Procuradoras do Trabalho na atuação quanto ao tema da vacinação nas empresas. O guia previu a inclusão da estratégia nas medidas de proteção previstas no PPRAs e no PCMSO, na forma prevista na Nota Técnica GT COVID-19 nº 20/2020 (BRASIL, MPT, 2020), também emitida pelo MPT.

O Guia de Vacinação do MPT alertava para a necessidade de se atentar para a proteção coletiva que a vacinação dos trabalhadores poderia oferecer, de modo que os interesses de classe ou particulares não deveriam se sobrepor ao interesse público, na forma preconizada no artigo 8º da CLT. Assim, a recusa injustificada do indivíduo, desde que a vacinação estivesse incluída como estratégia prevista no PCMSO, o direito à informação fosse assegurado e não houvesse impedimento clínico, poderia resultar em ato faltoso do empregado, o qual somente poderia ser aplicada como *última ratio*, quando esgotadas as possibilidades de trabalho à distância ou em teletrabalho, por exemplo. Justificou-se a medida extrema diante da necessidade de “observar o interesse público, já que o valor maior a ser tutelado é a proteção da coletividade” (BRASIL, 2021c, p. 63).

Por meio da Portaria MTPS nº 620/2021, o Ministério do Trabalho e Previdência proibiu os empregadores de exigir documentos comprobatórios de vacinação para a finalidade de contratação ou manutenção da relação de emprego. A medida, porém, foi invalidada pelo STF em liminar concedida na ADPF 898 (BRASIL, ADPF 898, 2021). Mesmo diante da decisão do STF e do consenso científico em torno da necessidade de imunização coletiva para o enfrentamento da crise sanitária, não houve a inclusão dessa estratégia nas referidas portarias interministeriais.

³³ Tem-se na fixação da tese relativa ao Tema 1.103: “É constitucional a obrigatoriedade de imunização por meio de vacina que, registrada em órgão de vigilância sanitária, (i) tenha sido incluída no Programa Nacional de Imunizações ou (ii) tenha sua aplicação obrigatória determinada em lei ou (iii) seja objeto de determinação da União, Estado, Distrito Federal ou Município, com base em consenso médico-científico. Em tais casos, não se caracteriza violação à liberdade de consciência e de convicção filosófica dos pais ou responsáveis, nem tampouco ao poder familiar” (BRASIL, Tema 1.103, 2020).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição Federal de 1988 elevou o direito à saúde a nível constitucional, dedicando espaço privilegiado à saúde do trabalhador e ao meio ambiente, nele incluído o do trabalho. Ademais, ressaltou a interação entre esses temas, ao reconhecer o direito de todos ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, sendo esse essencial à sadia qualidade de vida, conforme artigo 225 (BRASIL, 1988). Não fosse o suficiente, essa interação foi ainda amalgamada quando o constituinte tratou do tema saúde, promovendo nesse âmbito a reunião dos temas.

Por óbvio, o campo saúde não é detentor do monopólio do tratamento desses temas, mas a sua interação com o trabalho e com o meio ambiente foi adequadamente reconhecida constitucionalmente. Não há como descontextualizar e dissociar saúde, trabalho e meio ambiente das influências sociais, econômicas, culturais e políticas, pois são temas que caminham unidos desde a Revolução Industrial.

A fragmentação e a criação de instâncias estanques e incomunicáveis para o tratamento dessas matérias, obedece à visão cartesiana que não pode mais ter espaço em nossa sociedade, pois não atende à dinâmica social e ecológica, atualmente pressionada por problemas complexos como o aquecimento global provocado pelas mudanças climáticas; a ocorrência de epidemias provocadas pela emergência de novos vírus e pela reemergência de vírus e bactérias que se imaginavam controlados; o impacto desproporcional que as crises pandêmicas e ecológicas impõe à classe trabalhadora e as às comunidades e grupos populacionais mais vulneráveis socialmente. Esses problemas revelam a inter-relação entre esses temas, de modo que o pensar jurídico fragmentário e mecanicista caminha na contramão da história.

Note-se, porém, que não bastam a previsão constitucional e a existência de leis e normas para tornar efetivos e eficazes os sistemas protetivos à saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras, se o olhar daqueles que militam e litigam nessas áreas não se abrirem para a visão holística que a realidade e a ciência nos impõem. Para a definição e solução de casos complexos, a interdisciplinaridade é, e permanece sendo, o melhor caminho para que os problemas sejam resolvidos de forma adequada e eficaz.

No caso brasileiro, há dois sistemas de proteção legalmente delimitados, quais sejam, o de SST, definido pela CLT, e de ST, previsto na Constituição Federal e na Lei nº 8.080/1990. E a interação entre esses sistemas, que pode se dar por meio de trabalho interinstitucional, assim como a visão mais integrativa sob o ponto de vista jurídico, são possíveis, necessárias e podem colaborar para assegurar um nível de proteção mais elevado para os que dependem do labor para a subsistência.

Nesse aspecto, a pesquisa dedicou atenção especial às NR 1 e 7 que, juntamente com a NR 9, integram o conjunto das normas estruturantes do sistema SST. Embora a redação dessas normas ainda repouse sobre a matriz cartesiana, há pontos de convergência importantes a serem explorado no cotidiano dos ambientes de trabalho, em especial no que se refere às estratégias de vigilância em saúde preconizadas pela ST. Assim, o olhar mais ampliado por parte dos serviços de saúde das empresas e os coordenadores de PCMSO, alinhando-se aos preceitos da saúde coletiva quando da realização da vigilância ativa e passiva que deve ser contemplada nesses programas no âmbito das empresas, pode contribuir para oferecer mais resiliência ao sistema de SST, preparando-os para o enfrentamento de outras crises sanitárias, como a ocorrida na pandemia da COVID-19. Do mesmo modo, o trabalho integrado entre as instâncias da inspeção do trabalho e as da saúde pública, em especial as de vigilância em saúde, além de contarem com respaldo legal, certamente contribuiria para que a proteção da saúde do trabalhador e da trabalhadora fosse mais ampliado.

Destarte, a fim de sumarizar alguns pontos de convergência que podem conduzir à maior integração desses sistemas, os quais foram explorados ao longo desta dissertação, podemos destacar os que seguem:

[1] a elaboração de PCMSO, pelos médicos do trabalho das empresas, que de fato reflita as diretrizes previstas no item 7.3.2 da NR 7, que contemplem as interações entre o ambiente de trabalho, em especial os riscos elencados no PGR, bem como os relacionados às dinâmicas decorrentes da organização dos processos de trabalho e que sejam hábeis a rastrear e detectar de modo precoce os agravos à saúde relacionados ao trabalho. Ademais, o PCMSO deve oferecer subsídios para análises epidemiológicas e estatísticas sobre os agravos à saúde e sua relação com as situações de trabalho que possam comprometer a saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras, além de incluir as ações de vigilância passiva e ativa da saúde

daqueles que laboram no ambiente de trabalho. Além disso, o médico responsável pelo PCMSO deve elaborar o relatório analítico do programa, o qual não deve refletir apenas a sistematização dos exames realizados ao longo do ano, sendo indispensável que contemple a incidência e prevalência de doença relacionadas ao trabalho, as quais devem ser categorizadas por unidade operacional, setor e função, na forma prevista no item 7.6.2 da NR 7. Outrossim, a elaboração do PCMSO, bem como a execução do próprio programa pela empresa, notadamente por meio do SESMT, onde houver, não pode contrariar os preceitos traçados pela saúde coletiva. Desse modo, por cuidar o PCMSO de um programa que visa eminentemente a proteção da saúde no ambiente de trabalho, é fundamental que a coordenação dos seus trabalhos sirva como elo entre as empresas e a saúde pública, inclusive para fins de notificação de agravos à saúde (art. 169 da CLT, Lei 6.259/75 c/c item 7.3.2 da NR 7).

[2] o teor do PCMSO bem como a sua fiel execução pode ser inspecionado pela inspeção do trabalho, a qual pode infligir as penalidades administrativas previstas na NR 28. Contudo, há que se reconhecer que o conteúdo tanto do PGR e do PCMSO como de outros documentos de avaliação produzidos a partir de previsões contidas nas NRs são considerados de interesse para a finalidade empreender ações de Vigilância em Saúde pelo SUS. Assim, quando da ocorrência de ações de Vigilância em Saúde do trabalhador, tais programas e documentos podem ser avaliados pelos agentes de CERESTs ou da Vigilância em Saúde dos Municípios e dos Estados, seguindo a legislação local.

Essencial, porém, é compreender que não há na maior integração entre as ações previstas em sede de SST ou de ST qualquer sobreposição institucional. Cada uma das instituições a quem cabe resguardar a elaboração de normas e orientações tem seus limites e objetivos específicos. Contudo, há pontos de intersecção que precisam ser trabalhados de maneira mais integrada e até mesmo interativa, para que o maior nível de proteção à saúde nos ambientes de trabalho seja alcançado.

Outras questões relacionadas à integração dos sistemas de proteção à saúde do trabalhador e da trabalhadora foram objeto de mera menção ao longo do trabalho, em razão do tempo e das limitações impostas pelo escopo de uma dissertação de mestrado. Tratam-se de temas que merecem, no entanto, serem melhor explorados, como a necessidade de integração para fins de reabilitação física, mental e

profissional, onde a legislação prevê atribuições para empresas, para o SUS e o INSS. Outra questão que também merece atenção é o compartilhamento de dados entre as áreas da Saúde, do Trabalho, do Meio Ambiente e da Previdência Social, essencial para a elaboração de políticas públicas mais assertivas e eficazes nesses setores.

Não é demais lembrar que a falta de maior integração entre esses sistemas de proteção trouxe sérias consequências no enfrentamento da pandemia da COVID-19 nos ambientes de trabalho. A crise provocada pela pandemia da COVID-19 evidenciou a falta de empatia com o trabalhador e a trabalhadora são tratados na nossa sociedade. A essa camada da população foi relegado tratamento utilitário que, infelizmente, não veio acompanhado da proteção necessária e eticamente exigível àqueles que se colocaram na linha de frente do enfrentamento da crise pandêmica.

Muitos adoeceram física e/ou mentalmente, morreram e muitos ainda sofrem em decorrência da COVID-19, seja por sequelas que ainda não se sabe se serão permanentes ou temporárias, ou pelas consequências econômicas e sociais. E a relação do adoecimento, da morte ou do sofrimento com o trabalho, muitas vezes, é patente, como ocorreu com muitos profissionais da área da saúde. Outras vezes, somente o olhar sob a perspectiva da investigação epidemiológica é capaz de evidenciar o caráter acidentário da doença.

Assim, como negar o caráter acidentário quando as pessoas que tiveram contato em razão do trabalho receberam diagnóstico da doença no espaço temporal que a ciência considera como período de transmissão? Ademais, não se pode esquecer que a investigação epidemiológica pode ser feita no âmbito do PCMSO, desde que o risco esteja devidamente previsto no PGR ou no antigo PPRA. E isso foi negado ao trabalhador pela leitura extremamente restritiva dada ao sistema de proteção SST. A proteção previdenciária e a estabilidade no emprego, garantias previstas em lei e que deveriam servir de amparo social para momentos de dificuldade e crise, como o vivenciado na pandemia da COVID-19, ou ainda, uma retribuição mínima ao esforço daqueles que, pelo trabalho, tornaram possível o isolamento e a proteção de muitos, lhes foi negada. É essa a sociedade que queremos e que Constituição Federal afirma que deve ser construída sob o pálio da valorização do trabalho?

Nesse passo, a atuação interinstitucional sob a visão mais integrativa para a finalidade de proporcionar a proteção integral da saúde dos trabalhadores e das

trabalhadoras é possível, tem respaldo constitucional e legal. Basta que o leitor mude suas lentes ao fazer a leitura do texto constitucional e dos textos legislativos, desprenda-se da estruturação já ultrapassada que confinava o pensamento jurídico em prateleiras rigorosamente separadas, pense no bem comum e nos benefícios que isso pode proporcionar à saúde dessa população muitas vezes negligenciada, que é a população trabalhadora.

Nesse sentido, entende-se que a pesquisa ora realizada confirma a hipótese inicialmente levantada, no sentido de que o olhar integrado entre o sistema de proteção pautado na Segurança e Saúde no Trabalho, que deve ser cumprido pelas empresas por de previsão legal na CLT, com os preceitos de saúde pública insculpidos na Saúde do Trabalhador, que tem previsão constitucional e legal na LOS, poderia ter contribuído para a quebra de cadeias de transmissão no curso da pandemia da COVID-19 e teria sido muito útil no enfrentamento da crise sanitária.

A tarefa de buscar atuação mais integrada entre os órgãos vocacionados para a proteção dos trabalhadores e das trabalhadoras não é fácil. Mas está longe de ser impossível. Novos horizontes devem ser abertos, com a participação social assegurada pela Constituição Federal. Somente a democracia participativa é capaz de garantir que novas crises não venham a ter o mesmo desfecho melancólico vivenciado na pandemia da COVID-19. A democratização da saúde deve ser compreendida muito além do acesso universal aos serviços de assistência à saúde, mas como espaço vivo para o exercício da cidadania.

É hora de tornar efetiva a opção política adotada em 1988, que previu o direito à vida e à saúde para todos, sem exceção. Os ambientes de trabalho devem ser espaços que venham ofertar muito mais do que a mera contraprestação financeira ao trabalho prestado. Devem se tornar ambientes de promoção da vida e da saúde de todos e de todas.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA DE SEGURANÇA DA SAÚDE DO REINO UNIDO. Department of Health & Social Care. Guidance. **Coronavirus (COVID-19) workplace testing: guidance for private-sector employers and third-party healthcare providers**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/publications/coronavirus-covid-19-testing-guidance-for-employers/coronavirus-covid-19-testing-guidance-for-employers-and-third-party-healthcare-providers#options-for-workforce-testing>. Acesso em: 10 abr. 2021.

AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Direito à Saúde e Democracia Sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017.

ALBUQUERQUE, Hermano Castro *et al.* **Reflexões sobre testes para COVID-19 e o dilema do passaporte da imunidade**. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/45011/2/TestesCOVIDPassplmunidade.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.

ALMEIDA FILHO, Naomar; ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Introdução à Epidemiologia Moderna**. Rio de Janeiro: Apce Produtos do Conhecimento, 1990.

ALTIMAN, Max. **Hoje na História: 374 a.C. – Morre Hipócrates, considerado o “pai da Medicina”**. 2014. Disponível em: <https://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/hoje-na-historia-370-a-c-morre-hipocrates-considerado-o-pai-da-medicina/>. Acesso em: 18 out. 2022.

ANJOS, Priscila Caneparo dos. O desenrolar histórico da Organização Internacional do Trabalho e seu papel na atualidade. **Revista Jurídica Uniandrade**, Curitiba, v. 1, nº 20, p. 230-250, 2014. Disponível em: <https://revista.uniandrade.br/index.php/juridica/article/view/113>. Acesso em: 19 abr. 2023.

ARCURI, Arline Sydneia Abel; CARDOSO, Luíza Maria Nunes. Limite de tolerância? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 19, nº 74, p. 99-106. 1991.

BECK, Ulrich. **Sociedade de risco: Rumo a uma outra modernidade**. São Paulo: Editora 34, 2011.

BONITA, R.; BEALEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia Básica**. 2. ed. São Paulo: Santos Editora, 2010. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43541/9788572888394_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em: 19 jan. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/conferencias-cns/2349-8-conferencia-nacional-de-saude-1986>. Acesso em: 06 fev. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 19 jul. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 10.854, de 10 de novembro de 2021.** Regulamenta disposições relativas à legislação trabalhista e institui o Programa Permanente de Consolidação, Simplificação e Desburocratização de Normas Trabalhistas Infralegais e o Prêmio Nacional Trabalhista, e altera o Decreto nº 9.580, de 22 de novembro de 2018. 2021a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Decreto/D10854.htm. Acesso em: 30 jan. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011.** Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm. Acesso em: 08 abr. 2023.

BRASIL. **Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940.** Código Penal. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/529748/codigo_penal_1ed.pdf. Acesso em: 15 abr. 2023.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943.** Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Acesso em: 15 abr. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991.** Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Acesso em: 15 abr. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.** Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. 2020d. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm. Acesso em: 22 abr. 2023.

BRASIL. **Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.** Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm. Acesso em: 15 abr. 2023.

BRASIL. **Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985.** Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7347orig.htm. Acesso em: 22 abr. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/web_confmundial/docs/l8080.pdf. Acesso em: 22 abr. 2023.

BRASIL. **Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998.** Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19649cons.htm. Acesso em: 08 abr. 2023.

BRASIL. **Medida Provisória nº 9027, de 22 de março de 2020.** Dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19), e dá outras providências. 2020d. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1869825&filename=MPV%20927/2020. Acesso em: 23 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Economia. **Nota Técnica SEI nº 14127/2021/ME, de 31 de março de 2021.** 2021b. Disponível em: https://sei.economia.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=14645251&codigo_crc=7A4A2C53&hash_download=293f9f1a59c82237361c30d5bafa0a14146d4d8b4dc772069f6ce057cdcde96eeb23bb41cc01b3ae5ea5271c9780b6b1fd204b0c82b6e79abc852319569982fb&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0. Acesso em: 05 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Economia. **Portaria SEPRT nº 6.730, de 09 de março de 2020.** Norma Regulamentadora nº 01 – Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais. Brasília, 2020c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-6.730-de-9-de-marco-de-2020-247538988>. Acesso em: 15 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Economia. **Portaria SEPRT nº 6.734, de 10 de março de 2020.** Norma Regulamentadora nº 7 – PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL – PCMSO. Brasília, 2020d. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-6.734-de-9-de-marco-de-2020-247886194>. Acesso em: 15 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Economia. **Portaria SEPRT nº 6.735, de 10 de março de 2020.** Norma Regulamentadora 9 – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais. Brasília, 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/ctpp/arquivos/normas-regulamentadoras/nr-09-atualizada-2021-com-anexos-vibra-e-calor.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha de Vigilância Sanitária.** Brasília, 2002. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_vigilancia.pdf. Acesso em: 16 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018.** Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>. Acesso em 14 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Guia de Vigilância Epidemiológica.** Brasília, 1998. Disponível em:

<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/epidemiologia/Guia%20de%20Vigilancia%20Epidemiologica.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus Brasil**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 07 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública**. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_resposta_emergencias_saude_publica.pdf. Acesso em: 19 jul. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017b. Disponível em: http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_4_28_SETEMBRO_2017.pdf. Acesso em: 15 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: <https://bibliotecadigital.economia.gov.br/bitstream/123456789/980/1/Portaria%201823%20-%20PNSTT.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Recomendação nº 542**. Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico do Mesotelioma Maligno de Pleura. Brasília: CONITEC, 2020f. Disponível em: https://www.sbp.org.br/wb/wp-content/uploads/2021/09/20201127_Relatorio_542_Diretrizes-Brasileiras_Diagnostico_MMP.pdf. Acesso em: 30 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. **Nota Informativa nº 94/2019-DSASTE/SVS/MS**. Orientações sobre as novas definições dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). 2019. Disponível em: <https://colaboradsaste.saude.gov.br/mod/resource/view.php?id=1689&forceview=1>. Acesso em: 15 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. **A evolução da vigilância em saúde ambiental e saúde do trabalhador do sistema único de saúde (2011-2021)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/saude-do-trabalhador-1/a-evolucao-vigilancia-da-em-saude-ambiental-e-saude-do-trabalhador-no-sistema-unico-de-saude-sus-2011-2021/view>. Acesso em 10 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde de importância nacional pela doença coronavírus 2019 - COVID-19. Versão 4**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes->

tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view. Acesso em: 21 abr. 2023.

BRASIL. Ministério do Trabalho e da Empresa. **Introdução à Higiene Ocupacional**. São Paulo: Fundacentro, 2004. Disponível em: <https://www.unicesumar.edu.br/biblioteca/wp-content/uploads/sites/50/2019/06/Introducao-Higiene-Ocupacional.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2023.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. **NR 04 – Serviços Especializados em Segurança e em Medicina do Trabalho**. Publicação pela Portaria MTb nº 3.214, de 08 de junho de 1978, e última atualização pela Portaria MTP nº 4.219, de 20 de dezembro de 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/ctpp/arquivos/normas-regulamentadoras/nr-04-atualizada-2022-2-1.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2023.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. **NR 15 – Atividades e Operações Insalubres**. Publicação pela Portaria MTb nº 3.214, de 08 de junho de 1978, e última atualização pela Portaria MTP nº 806, de 13 de abril de 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/ctpp/arquivos/normas-regulamentadoras/nr-15-atualizada-2022.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2023.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. **Portaria SSST nº 25, de 29 de dezembro de 1994**. NR 9 – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, 1994. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/ctpp/arquivos/normas-regulamentadoras/nr-09-atualizada-2019.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2023.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. **Segurança e Saúde no Trabalho passa a figurar como o quinto direito de todos os trabalhadores**. Notícias e Conteúdos. Brasília, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/noticias-e-conteudo/trabalho/2022/junho/copy_of_seguranca-e-saude-no-trabalho-passa-a-figurar-como-o-quinto-direito-de-todos-os-trabalhadores. Acesso em: 07 abr. 2023.

BRASIL. Ministério Público do Trabalho. **Guia Técnico Interno do MPT Sobre Vacinação da COVID-19**. Grupo de Trabalho Nacional – GT COVID-19. Brasília, 2021c. Disponível em: https://mpt.mp.br/pgt/noticias/estudo_tecnico_de_vacinacao_gt_covid_19_versao_final_28_de_janeiro-sem-marca-dagua-2.pdf. Acesso em: 24 abr. 2023.

BRASIL. Ministério Público do Trabalho. **Nota Técnica GT COVID-19 nº 20/2020** (Revisada em 11.12.2020). Sobre Medidas de Vigilância Epidemiológica nas Relações de Trabalho. Brasília, 2020h. Disponível em: <https://mpt.mp.br/pgt/noticias/nota-tecnica-20-gt-covid-19-mpt-revisao-11-12-2020-5.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2023.

BRASIL. Senado Federal. **Decreto Legislativo nº 395, de 2009**. Aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Decreto_395_09_julho_2009.pdf. Acesso em: 08 abr. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 3406**. Relatora: Ministra Rosa Weber. Plenário. Julgado em: 29/11/2017. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15339388321&ext=.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 6341**. Relator: Ministro Marco Aurélio. Redator: Ministro Edson Fachin, 15 de abril de 2020. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=754372183>. Acesso em: 24 abr. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 6342**. Relator: Ministro Marco Aurélio. Redator: Ministro Alexandre de Moraes, 29 de abril de 2020. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15344937101&ext=.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Medida Cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 898**. Relator: Ministra Roberto Barroso. Julgado em: 12/11/2021. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADPF898Liminar.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 466.343**. Relator: Ministro Cezar Peluso. Tribunal Pleno. Julgado em: 03/12/2023. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/imprensa/pdf/re466343.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema 1.103**. Leading Case: ARE nº 1267879. Possibilidade dos pais deixarem de vacinar os seus filhos, tendo como fundamento convicções filosóficas, religiosas, morais e existenciais. Relator: Ministro Roberto Barros. Julgado em: 17/12/2020. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/tema.asp?num=1103>. Acesso em: 07 mar. 2023.

BRASIL. Tribunal Superior do Trabalho. **Recurso de Revista nº TST-RR-390-46.2012.5.15.0053**. Relator: Ministro Yves Gandra Martins Filho. Julgado em: 26/06/2018. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tst/595898225/inteiro-teor-595898247>. Acesso em: 30 jan. 2023.

BREILH, Jaime. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, Medellín, v. 31, nº 1, p. 13-27, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2023.

CAMISSASSA, Mara. História da segurança e saúde do trabalho no Brasil e no mundo. **GEN Jurídico**, 2020. Disponível em: genjuridico.com.br/2020/08/17/historia-seguranca-e-saude-do-trabalho/. Acesso em: 23 nov. 2021.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, nº 23, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8yjdjMRCQj/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 26 fev. 2023.

CAPRA, Fritjot; MATTEI, Ugo. **A Revolução Ecojurídica: O direito sistêmico em sintonia com a natureza e a comunidade**. São Paulo: Editora Cultrix, 2018.

CARMO, Eduardo Hage. Regulamento Sanitário Internacional, emergências de Saúde Pública, liberdades individuais e soberania. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 8, nº 1, 2007, p. 61-63, mar./jun. 2007. Disponível em: https://bdjur.stj.jus.br/jspui/bitstream/2011/145963/regulamento_sanitario_internacional_carmo.pdf. Acesso em: 25 fev. 2023.

CARVALHO, Laura Bastos. **Direito global da saúde: antigas preocupações, novas tendências**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017.

CASTLEMAN, Barry. The Export of Hazardous Factories to Developing Nations. **International Journal of Social Determinants of Health and Health Services**, Washington, D.C., v. 9, p. 569-606, 1979. Disponível em: <https://doi.org/10.2190/Y298-HVAP-L3U2-JMF4>. Acesso em: 24 abr. 2023.

CEPEDISA. Centro de Estudios e Investigaciones em Derecho Sanitario. **Rumbo a las políticas regionales de salud**. Estudio preliminar sobre la incorporación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en los derechos nacionales y comunitarios. Parecer CEPEDISA. São Paulo, 2008. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34528/rumbopolitiregion-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 10 jul. 2022.

CHIAVEGATTO, Claudia Vasques; ALGRANTI, Eduardo. Políticas públicas de saúde do trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 38, n. 127, p. 25-27, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000100005>. Acesso em: 26 fev. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.297, de 5 de agosto de 2021**. Dispõe de normas específicas para médicos que atendem o trabalhador. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.297-de-5-de-agosto-de-2021-338989320>. Acesso em: 15 abr. 2023.

CORRÊA FILHO, Heleno Rodrigues. Lei do CoronaVirus 2019 – autoritarismo sem garantias de cidadania. **CEBES**. 06/02/2020. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/02/comentario-a-lei-do-coronavirus-2019-uma-lei-autoritaria-sem-garantias-de-cidadania>. Acesso em: 25 abr. 2023.

CORREA, Gabriel. Trabalho Escravo: 2575 pessoas foram resgatadas em 2022. **Agência Brasil**, 2023. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2023-01/trabalho-escravo-2575-pessoas-foram-resgatadas-em-2022#:~:text=No%20ano%20passado%2C%202.575%20trabalhadores,Minist%C3%A9rio%20do%20Trabalho%20e%20Emprego>. Acesso em: 15 abr. 2023.

CORREIA, Daniele. **A apropriação do fundo público da saúde pelas Organizações Sociais no município de São Paulo**: o distanciamento da concepção original da Reforma Sanitária Brasileira. 108fls. 2020. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/23086/2/Daniele%20Correia.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2023.

COSTA, Danilo; LACAZ, Francisco Antonio de Castro; JACKSON FILHO, José Marçal; VILELA, Rodolfo Andrade Gouveia. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 38, nº 127 p. 11-21, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000100003>. Acesso em: 26 fev. 2022.

CUETO, M. **Saúde global**: uma breve história. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015. E-book Kindle.

CUNHA, Francisco Mogadouro da; MENDES, Aquilas. Revisão narrativa sobre a questão da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 13, p. 1-23, 2021. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1164>. Acesso em: 20 dez. 2022.

DALDON, Maria Teresa Bruni; LANCMAN, Selma. Vigilância em Saúde do Trabalhador: rumos e incertezas. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 38, nº 127 p. 92-106, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000100012>. Acesso em: 26 fev. 2022.

DAROS, Leatrice Faraco. Delineando uma Compreensão da Justiça Ecológica para Perspectiva do Direito Ambiental Ecologizado. *In*: LEITE, José Rubens Morato. (Coord.) **A ecologização do direito ambiental vigente**: rupturas necessárias. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2021. p. 47-87.

DIAS, Elizabeth Costa; HOEFEL, Maria da Graça. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, nº 4, p. 817-827, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400007>. Acesso em: 26 fev. 2022.

DIAS, Elizabeth Costa; RIGOTTO, Raquel Maria; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva; CANCIO, Jacira; HOEFEL, Maria da Graça Luderitz. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, nº 6, p. 2061-2070, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000600013>. Acesso em: 26 fev. 2022.

DIESAT. Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho. **Quando eu soltar a minha voz**. Formação de Atores Multiplicadores para Atuação do Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. São Paulo. Brasil, 2022. Disponível em: <https://diesat.org.br/2022/04/acervo/quando-eu-soltar-a-minha-voz/>. Acesso em: 19 fev. 2023.

DIREITOS NA PANDEMIA. **Mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à COVID-19 no Brasil**. Boletim nº 10. Direito e pandemia: ordem jurídica e sistema judiciário não foram suficientes para evitar graves violações. Conectas Direitos Humanos; Centro de Pesquisas e Estudos de Direito Sanitário (CEPEDISA). São Paulo, 2021. Disponível em: https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2021/03/Boletim_Direitos-na-Pandemia_ed_10.pdf. Acesso em: 26 fev. 2023.

ESTADOS UNIDOS. Center for Disease Control and Prevention. **SCIENCE BRIEF: SARS-CoV-2 and Potential Airborne Transmission**. 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/scientific-brief-sars-cov-2.html>. Acesso em: 10 abr. 2021.

ESTADOS UNIDOS. Centers for Disease Control and Prevention. **Interim Guidance for SARS-CoV-2 Testing in Non-Healthcare Workplaces**. 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/organizations/testing-non-healthcare-workplaces.html#print>. Acesso em: 10 abr. 2021.

FARENA, Duciran Van Marsen. Direito à saúde, princípio da precaução e a pandemia de COVID-19. *In*: BRANCO, Paulo Gustavo Gonet; SILVA NETO, Manoel Jorge e; MOTA, Helena Mercês Claret da; MONTENEGRO, Cristina Rasia; RIBEIRO, Carlos Vinícius Alves. (Org.) **Direitos fundamentais em processo: estudos em comemoração aos 20 anos da Escola Superior do Ministério Público da União**. Brasília: ESMPU, 2020, p. 131-150. Disponível em: http://escola.mpu.mp.br/publicacoes/obras-avulsas/e-books-esmpu/direitos-fundamentais-em-processo-2013-estudos-em-comemoracao-aos-20-anos-da-escola-superior-do-ministerio-publico-da-uniao/7_direito-a-saude.pdf. Acesso em: 26 fev. 2022.

FERREIRA, Adelia Cristina de Sousa; GOMES, Ana Virgínia Moreira. **Proteção jurídico-laboral do profissional da saúde durante a pandemia da Covid-19 no Brasil**. No prelo.

FIDLER, David P.; GOSTIN, Lawrence O. The New International Health Regulations: An Historic Development for International Law and Public Health. **The Journal of Law, Medicine & Ethics**, v. 34, nº 1, p. 85-94, 2006.

FILGUEIRAS, Vitor Araújo. Saúde e segurança do trabalho no Brasil. *In*: FILGUEIRAS, Vitor Araújo. (Org.). **Saúde e segurança do trabalho no Brasil**. Brasília: Gráfica Movimento, 2017.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Observatório Juventude, Ciência e Tecnologia. **O que é Saúde Coletiva?** Disponível em:

<http://www.juventudect.fiocruz.br/saude-coletiva#:~:text=A%20SA%C3%9ADE%20COLETIVA%20%C3%A9%20uma,organiza%C3%A7%C3%A3o%20dos%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAde>. Acesso em: 03 abr. 2023.

FREITAS, Carlos Machado *et al.* Segurança química, saúde e ambiente – perspectivas para a governança no contexto brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, nº 1, p. 249-256, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/V94LbjYQTf3gRC8dLJBzbRk/?lang=pt#>. Acesso em: 06 abr. 2023.

GARVER, Geoffrey. **Ecological Law and the Planetary Crisis** (Routledge Explorations in Environmental Studies). Londres e Nova York: Taylor and Francis, 2021. E-book Kindle.

GAZE, Rosangela; LEÃO, Luís Henrique da Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. *In*: VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. **Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória**. Rio de Janeiro, EDUCAM, 2011. p. 201-255.

GEDDES, Linda. Next pandemic may come from melting glaciers, new data shows. **The Guardian**. 19/10/2022. Disponível em: <https://www.theguardian.com/science/2022/oct/19/next-pandemic-may-come-from-melting-glaciers-new-data-shows#:~:text=The%20findings%20imply%20that%20as,shifts%20closer%20to%20the%20poles>. Acesso em: 20 out. 2022.

GÓMEZ, Carlos Minayo. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 38, nº 127, p. 21-25, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000100004>. Acesso em: 26 fev. 2022.

GÓMEZ, Carlos Minayo; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, nº 4, p. 797-807, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400002>. Acesso em: 26 fev. 2022.

GÓMEZ, Carlos Minayo; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1963-1970, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04922018>. Acesso em: 26 fev. 2022.

GONDIM, Andrea da Rocha Carvalho. Meio Ambiente do Trabalho: Conceito. Aplicações Conceituais. *In*: FELICIANO, Guilherme Guimarães; COSTA, Mariana Benevides da. (Coord.). **Curso de direito ambiental do trabalho**. São Paulo: Matrioska Editora, 2021. p. 52-59.

HORA DO POVO. Bolsonaro se opõe aos princípios da OIT que garantem segurança no trabalho. **Hora do povo**. 09/02/2022. Disponível em:

<https://horadopovo.com.br/bolsonaro-se-opoe-aos-principios-da-oit-que-garantem-seguranca-no-trabalho/>. Acesso em: 03 fev. 2023.

HORCADES, Ana Luiza; ABREU, Larissa; WITTICH, Felipe. Questões formais e técnicas a serem observadas na Nota Técnica SEI 14127/2021-ME no contexto da pandemia da COVID-19. **Laborare**, Ano VI, nº 10, p. 11-40, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.33637/2595-847x.2023-150>. Acesso em: 03 mar. 2023.

HORCADES, Ana Luiza; VILELA, Lailah Vasconcelos de Oliveira. Critérios de atenção para determinação de nível de risco ocupacional para fatores de risco psicossociais no âmbito do Programa de Gerenciamento de Riscos. **Revista da Escola Nacional da Inspeção do Trabalho**. Ano 6, p. 55-79, jan./dez. 2022. Disponível em: <https://enit.trabalho.gov.br/revista/index.php/RevistaEnit/issue/view/6/13>. Acesso em: 22 abr. 2023.

HUET MACHADO, Jorge Mesquita; DE SOUZA PORTO, Marcelo Firpo. Promoção da saúde e intersectorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, nº 3, p. 121-130, set. 2003. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000300002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 fev. 2022.

IPCC. Painel Intergovernamental de Mudanças Climáticas. Quarto Ciclo de Avaliação. **AR4**. 2007. Disponível em: https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2018/02/ar4_syr_full_report.pdf. Acesso em: 13 jan. 2013.

IPCC. Painel Intergovernamental de Mudanças Climáticas. Quinto Ciclo de Avaliação. **AR5**. 2014. Disponível em: <https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2019/07/SPM-Portuguese-version.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2023.

IPCC. Painel Intergovernamental de Mudanças Climáticas. Sexto Ciclo de Avaliação. **AR6**. 2021. Disponível em: https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg3/downloads/report/IPCC_AR6_WGIII_FullReport.pdf. Acesso em: 13 jan. 2023

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY & MEDICINE. Mortality Analyses. **Coronavirus Resource Center**. Baltimore, MD, Estados Unidos, 2023. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>. Acesso em: 07 mar. 2023.

KAMEI LÓPEZ-ALIAGA, Márcia; LEIVAS, Luciano Lima; SABINO, Marcos Oliveira; PADILHA, Norma Sueli. A COVID-19 nos ambientes de trabalho e o papel da vigilância à saúde dos trabalhadores. **Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região**, Campinas/SP, n.º 59, p. 175-193, jul./dez. 2021. Disponível em: https://bdjur.stj.jus.br/jspui/bitstream/2011/164496/covid_ambientes_trabalho_aliaga.pdf. Acesso em: 25 abr. 2023.

KAMEI LÓPEZ-ALIAGA, Márcia; PADILHA, Norma Sueli; LEIVAS, Luciano Lima. Convenção n. 174 da OIT e os acidentes ampliados no Brasil. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, Vitória, v. 23, nº 2, p. 124-154, jul./dez. 2022. Disponível em: <https://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/view/1993>. Acesso em: 19 abr. 2023.

KOLBERT, Elizabeth. **A Sexta Extinção**: uma história não natural. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2015.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro *et al.* Movimento da Reforma Sanitária e Movimento Sindical da Saúde do Trabalhador: um desencontro indesejado. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, nº especial 8, p. 120-132, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/B6NZv3Vs8FWw4hJxYsQ8XGx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 abr. 2023.

LAURELL, Asa Cristina. La salud-enfermedad como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud**. Trad. E. D. Nunes. México, v. 2, p. 7-25, 1982. Disponível em: https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf. Acesso em: 19 mar. 2023.

LEITE, José Rubens Morato; SILVEIRA, Paula Galbiatti. A Ecologização do Estado de Direito: uma Ruptura ao Direito Ambiental e ao Antropocentrismo Vigentes. *In*: LEITE, José Rubens Morato. (Coord.) **A ecologização do direito ambiental vigente: rupturas necessárias**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2021. p. 89-139.

LIMA, Nísia Trindade. Pandemia e interdisciplinaridade: desafios para a saúde coletiva. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 46, nº Especial 6, p. 9-24, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/hDBs7ftnVrRKDpzLpNqvFdz/>. Acesso em: 19 mar. 2023.

MARANHÃO, Ney Stany. Meio Ambiente: Descrição Jurídico-Conceitual. Abordagem Sistêmico-Gestáltica. *In*: FELICIANO, Guilherme Guimarães; COSTA, Mariana Benevides da. (Coord.). **Curso de direito ambiental do trabalho**. São Paulo: Matrioska Editora, 2021. p. 32-51.

MARMOT, Michae; THEORELL, Tores. Social class and cardiovascular disease: the contribution of work. **International Journal of Health Services**, v. 18, nº 4, 1988. Doi: 10.2190/KTC1-N5LK-J1PM-9GRQ.

MARMOT, Michael G.; ROSE, Geoffrey; SHIPLEY, M.; HAMILTON, P. J. S. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 32, p. 244-249, 1978. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1060958/pdf/jepicomh200004-0017.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2023.

MARQUES FILHO, José. História da Medicina. Tributo a John Snow. **Revista Ser Médico**, São Paulo, Edição 60, jul./ago./set. 2012. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=623>. Acesso em: 25 jan. 2023.

MASSARANI, Luisa; MENDES, Ione Maria; FAGUNDES, Vanessa; POLINO, Carmelo; CASTELFRANCHI, Yuri. Confiança, atitudes, informação: um estudo sobre a percepção da pandemia de COVID-19 em 12 cidades brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, nº 08, p. 3265-3276, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.05572021>. Acesso em: 26 fev. 2022.

MBEMBE, Achile. Necropolítica. **Biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte**. São Paulo: M-1 Edições, 2018.

MENDES, René. Subsídios para um debate em torno da revisão atual do modelo de organização da saúde ocupacional no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 16, p. 7-25, 1988.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, p. 341-349, 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/VZp6G9RZWNnhN3gYfKbMjvd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 fev. 2022.

MENUCCI, Daniel Lins. O Regulamento Sanitário Internacional (2005) e a vigilância em saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 7, nº 1-3, p. 54-87, 2006. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/79968>. Acesso em: 19 mar. 2023.

MICHAELS, David. **Doubt is Their Product: How Industry's Assault On Science Threatens Your Health**. Nova York, Estados Unidos: Oxford University Press, 2008.

MORAWSKA, Lidia; MILTON, Donald K. It Is Time to Address Airborne Transmission of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Invited commentary. **Clinical Infectious Diseases**, v. 71, nº 9, p. 2311-2313, Nov. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa939>. Acesso em: 26 fev. 2022.

MORIN, Edgar; KERN, Anne-Brigitte. **Terra-Pátria**. Porto Alegre: Sulina, 2011.

NOGUEIRA, Diogo Pupo. Incorporação da saúde ocupacional à rede primária de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 18, p. 495-509, 1984. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/x9gT3NR3tZnLg9rG5QKkKQq/?lang=pt>. Acesso em: 19 mar. 2023.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. 110ª Conferência Internacional do Trabalho. **Conferência Internacional do Trabalho acrescenta segurança e saúde aos Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho**. Jun. 2022a. Disponível em: https://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS_848148/lang--pt/index.htm. Acesso em: 19 jan. 2023.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **A Estrutura Tripartida da OIT**. [s.d.]. Disponível em: https://www.ilo.org/lisbon/visita-guiada/WCMS_650778/lang--pt/index.htm. Acesso em: 02 nov. 2022.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Antecipar, preparar e responder a crises. Investir agora em sistemas de SST resilientes (relatório)**. Genebra, 2021. Disponível em: https://www.ilo.org/brasilia/publicacoes/WCMS_806997/lang--pt/index.htm . Acesso em: 20 Abr. 2023.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Constituição da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e seu Anexo (Declaração de Filadélfia)**. Genebra, 1946. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-brasilia/documents/genericdocument/wcms_336957.pdf. Acesso em: 07 abr. 2023.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Convenção nº 161**. Genebra, 1985. Disponível em: https://www.ilo.org/brasilia/convencoes/WCMS_236240/lang--pt/index.htm. Acesso em: 07 abr. 2023.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Declaração da OIT sobre os Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho**. 1998. Disponível em: https://www.ilo.org/public/english/standards/declaration/declaration_portuguese.pdf. Acesso em: 02 nov. 2022.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Declaração da OIT sobre Justiça Social para uma Globalização Justa**. 2016. Disponível em: https://www.ilo.org/lisbon/publica%C3%A7%C3%B5es/WCMS_711685/lang--pt/index.htm. Acesso em: 02 nov. 2022.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Documentos fundamentais da OIT**. Gabinete de Estratégia e Planeamento. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Lisboa, 2016. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms_711714.pdf. Acesso em: 19 jan. 2023.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **ILO Standards and COVID-19 (coronavirus)**. FAQ. Key provisions of international labour standards relevant to the COVID-19 pandemic and recovery, and guidance from the Committee of Experts on the Application of Conventions and Recommendations. Apr. 2021 – Version 3.0. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@normes/documents/publication/wcms_780445.pdf. Acesso em: 25 mai. 2022.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **International Labour Standards on Occupational Safety and Health**. [s.d.]. Disponível em: <https://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/occupational-safety-and-health/lang--en/index.htm>. Acesso em: 12 jan. 2023.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Occupational Health** [s.d.]. Disponível em: <https://www.ilo.org/safework/areasofwork/occupational-health/lang--en/index.htm#:~:text=Occupational%20health%20should%20aim%20at,their%20employment%20from%20risks%20resulting>. Acesso em: 16 abr. 2023.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Principios directivos técnicos y éticos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores**. Serie Seguridad y Salud em el Trabajo, nº 72. Genebra, Oficina Internacional do Trabalho, 1998. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_publ_9223108284_es.pdf. Acesso em: 28 mar. 2023.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Recomendação nº 97**. Recomendação sobre a proteção da saúde dos trabalhadores. Genebra, 1953. Disponível em: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312435:NO. Acesso em: 24 abr. 2023.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Relatório VII**. Inclusão de condições de trabalho seguras e saudáveis no quadro da OIT sobre princípios e direitos fundamentais no trabalho. 110ª Sessão da Conferência Internacional do Trabalho. Genebra, Suíça: OIT, 2022b. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms_858071.pdf. Acesso em: 02 nov. 2022.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Twelfth Session of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health**. Review of Occupational Safety and Health Activities of the ILO. Genebra, 1995.

OJEDA, Evelyn; AMORIM, Adriana Eloá Bento. Programa de Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (PGR-O): proposta para uma instituição pública de ensino fundamental do Estado de Mato Grosso, Brasil. **Engineering and Science**, v. 11, nº 2, p. 31-48, 2022. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/eng/article/view/13899>. Acesso em: 25 mar. 2023.

OLIVEIRA, Cátia Martins de; CRUZ, Marly Marques. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, nº 104, p. 255-267, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040385>. Acesso em 20 jun. 2022.

OLIVEIRA, Luciano Moreira de. Conteúdo normativo do direito à saúde: definição do núcleo essencial segundo a abordagem das capacidades. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 59, nº 234, p. 197-215, abr./jun. 2022. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/59/234/ril_v59_n234_p197. Acesso em: 02 fev. 2022.

OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Proteção jurídica à saúde do trabalhador**. 6. ed. rev. e atual. São Paulo: LTr, 2011.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Advice on the use of masks in the context of COVID-19**. Interim guidance. Apr., 2020a. Genebra, 2020. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331693/WHO-2019-nCov-IPC_Masks-2020.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 07 abr. 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Saúde Ocupacional para Todos**. 1994. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59518/WHO_OCH_94.1_por.pdf?sequence=4&isAllowed=y. Acesso em: 11 jan. 2022.

OMS. Organização Mundial da Saúde. International Classification of Diseases. **Emergency use ICD codes for COVID-19 disease outbreak**. Genebra, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases/emergency-use-icd-codes-for-covid-19-disease-outbreak>. Acesso em: 23 abr. 2023.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Testes de diagnóstico para SARS-CoV-2**. Guia provisória. Set., 2020f. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52913/OPASWBRAPHECOVID-1920129_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 07 abr. 2021.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Constituição da OMS**. 1946. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/0/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf. Acesso em: 07 abr. 2023.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Contact tracing in the context of COVID-19**. Interim guidance. May, 2020. Genebra, 2020e. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332049/WHO-2019-nCoV-Contact_Tracing-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 07 abr. 2021.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Contact tracing in the context of COVID-19**. Interim guidance. Feb. 2021. Genebra, 2021b. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339128/WHO-2019-nCoV-Contact_Tracing-2021.1-eng.pdf?sequence=24&isAllowed=y. Acesso em: 07 abr. 2021.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19)**. Situation Report-73. Apr. 2020c. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331686/nCoVsitrep02Apr2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 19 abr. 2023.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Mask use in the contexto of COVID-19**. Interim guidance. Dec. 2020. Genebra, 2020b. Disponível em: [https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak). Acesso em: 08 abr. 2023.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Queda do consumo de tabaco**: OMS pede que países invistam para ajudar mais pessoas a pararem de fumar. 2021a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-11-2021-queda-do-consumo-tabaco-oms-pede-que-paises-invistam-para-ajudar-mais-pessoas>. Acesso em: 13 jun. 2022.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Recomendações sobre o uso de máscaras no contexto da COVID-19**. Orientações provisórias. Jun., 2020d. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332293/WHO-2019-nCov-IPC_Masks-2020.4-por.pdf?sequence=33&isAllowed=y. Acesso em: 07 abr. 2021.

ONU. Organização das Nações Unidas **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Nova York, 1966. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2023.

ONU. Organização das Nações Unidas **Rio Declaration on Environment and Development**. Rio de Janeiro, 1992. Disponível em: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_CONF.151_26_Vol.I_Declaration.pdf. Acesso em: 07 abri. 2021.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Carta da ONU**. United Nations Charter. 1945. Disponível em: <https://www.un.org/en/about-us/un-charter/full-text>. Acesso em: 01 nov. 2022.

ONU. Organização das Nações Unidas. **UN System** [s.d.]. Disponível em: <https://www.un.org/en/about-us/un-system>. Acesso em: 16 abr. 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Transmissão do SARS-CoV-2: implicações para as precauções de prevenção de infecção**. Resumo científico. Jul., 2020a. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52472/OPASWBRACOVID-1920089_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 07 abr. 2021.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Uso de Máscara no contexto da COVID-19**. Orientação provisória. Dez., 2020b. Washington, EUA, 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53101/OPASWBRAPEHCOVID-1920162_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 08 abr. 2023.

PADILHA, Norma Sueli. **Fundamentos constitucionais do direito ambiental brasileiro**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

PADILHA, Norma; DI PIETRO, Josilene Hernandes Ortolan. A contribuição da OIT na construção da tutela internacional do direito ao meio ambiente do trabalho equilibrado. **Revista da Faculdade de Direito UFMG**, Belo Horizonte, nº 70, p. 529-559, jan./jun. 2017. Disponível em: <https://www.direito.ufmg.br/revista/index.php/revista/article/view/1862/1764>. Acesso em: 25 mar. 2023.

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. E-book Kindle.

PAIM, Jairnilson. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Editora Fiocruz, Edufba, 2008.

PIRA, Enrico; DONATO, Francesca; MAIDA, Luisa; DISCALZI, Gianluigi. Exposure to asbestos: Past, present and future. **Journal of Thoracic Disease**, v. 10, Supplement 2, p. 237-245, Jan., 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21037/jtd.2017.10.126>. Acesso em: 15 abr. 2023.

PISQ. Programa Internacional de Segurança Química. **Critérios de Saúde Ambiental 240**. Princípios e métodos para a avaliação do risco de substâncias químicas nos alimentos. Publicação conjunta da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação e da Organização Mundial da Saúde. 2011. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/fos/pisq.pdf?sfvrsn=886e8c5b_2. Acesso em: 20 abr. 2023.

PNUMA. Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente. **Preventing the next pandemic - Zoonotic diseases and how to break the chain of transmission**. Nairobi: PNUMA, 2020. Disponível em: <https://www.unep.org/resources/report/preventing-future-zoonotic-disease-outbreaks-protecting-environment-animals-and>. Acesso em: 09 abr. 2023.

PNUMA. Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente. **UNEP Frontiers 2016: Emerging issues of environmental concern**. Nairobi: PNUMA, 2016. Disponível em: <https://www.unep.org/resources/frontiers-2016-emerging-issues-environmental-concern#:~:text=The%20UNEP%20Frontiers%20report%20emphasises,to%20support%20human%20well-being>. Acesso em: 28 fev. 2022.

RAMAZZINI, Bernardino. **As doenças dos trabalhadores**. Trad. Raimundo Estrêla. 4. ed. São Paulo: Fundacentro, 2016.

SABINO, Marcos Oliveira. **Reconstrução de Coortes: Métodos, Técnicas e Interfaces com a Vigilância em Saúde do Trabalhador**. 370fls. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2009. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/439444>. Acesso em: 03 abr. 2023.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Manual do Usuário do SISTRA**. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador. Florianópolis, 2022. Disponível em: http://sieri.saude.sc.gov.br/sistra//public/default/app/data/Manual_SISTRA_2022.pdf. Acesso em: 03 abr. 2023.

SANTOS, Lenir. Direito à Saúde e Qualidade de Vida: Um Mundo de Corresponsabilidade de Fazeres. In: SANTOS, Lenir. (Org.). **Direito da saúde no Brasil**. Campinas: Saberes Editora, 2010.

SANTOS, Lenir. Saúde do trabalhador e o Sistema Único de Saúde: conflito de competência: União, estados e municípios: interface, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social. **Revista de direito do trabalho**, São Paulo, v. 26, nº 99, p. 114-156, jul./set. 2000.

SANTOS, Ubiratan de Paula *et al.* Sistema de vigilância epidemiológica para acidentes do trabalho: Experiencia na zona norte do Município de São Paulo (Brasil).

Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 24, nº 4, p. 286-293, 1990. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/sgvCMvmR4Pg6KVQCWfMjWrP/?lang=pt>. Acesso em: 30 mar. 2023.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria CVS 1, de 22 de julho de 2020**. Disciplina, no âmbito do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária – Sevisa, o licenciamento sanitário dos estabelecimentos de interesse da saúde e das fontes de radiação ionizante, e dá providências correlatas. 2020. Disponível em: [https://cvs.saude.sp.gov.br/up/E_PT-CVS-01_220720%20-%20COMPLETA%20\(Altera%C3%A7%C3%B5es%2023jul\).pdf](https://cvs.saude.sp.gov.br/up/E_PT-CVS-01_220720%20-%20COMPLETA%20(Altera%C3%A7%C3%B5es%2023jul).pdf). Acesso em 01 mar. 2023.

SARLET, Ingo Wolfgang; FENSTERSEIFER, Tiago. **Curso de Direito Ambiental**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2021.

SEBRAE. Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas. **Atualização de Estudo Sobre Participação de Micro e Pequenas Empresas na Economia Nacional**. Brasília: SEBRAE, 2020. Disponível em: <https://datasebrae.com.br/wp-content/uploads/2020/04/Relat%C3%B3rio-Participa%C3%A7%C3%A3o-mpe-pib-Na.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2021.

ŠEHOVIĆ, A. Bindenagel. SARS and H5N1. **Coordinating Global Health Policy Responses**, p. 83-105, May, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7123281/>. Acesso em: 19 jul. 2022

SERVO, Luciana Mendes Santos; SALIM, Celso Amorim; CHAGAS, Ana Maria de Resende. Saúde e segurança no trabalho no Brasil: os desafios e as possibilidades para atuação do executivo federal. *In*: CHAGAS, Ana Maria de Resende; SALIM, Celso Amorim; SERVO, Luciano Mendes Santos. (Org.). **Saúde e Segurança no Trabalho no Brasil: Aspectos Institucionais, Sistemas de Informação e Indicadores**. Brasília: Ipea, 2011.

SILVA, Homero Batista Mateus da. **Direito do Trabalho Aplicado: saúde do trabalho e profissões regulamentadas**. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2021 (Coleção Direito do Trabalho aplicado, v. 3).

SMARTLAB. Observatório Segurança e Saúde no Trabalho. **Observatório da Erradicação do Trabalho Escravo e do Tráfico de Pessoas**. Brasil, 2020. Disponível em: <https://smartlabbr.org/trabalhoescravo/localidade/0?dimensao=perfilCasosTrabalhoEscravo>. Acesso em: 14 nov. 2021.

SMARTLAB. Observatório Segurança e Saúde no Trabalho. Promoção do Meio Ambiente de Trabalho Guiada por Dados. **Frequência Notificações de CAT**. Brasil, 2023a. Disponível em: <https://smartlabbr.org/sst/localidade/0?dimensao=frequenciaAcidentes>. Acesso em: 1 mar. 2023.

SMARTLAB. Observatório Segurança e Saúde no Trabalho. Promoção do Meio Ambiente de Trabalho Guiada por Dados. **Frequência e Incidência de Notificações**

- **SINAN**. Brasil, 2023b. Disponível em:

<https://smartlabbr.org/sst/localidade/0?dimensao=frequenciaSinan>. Acesso em: 1 mar. 2023.

SOARES, Guido F. S. O direito internacional sanitário e seus temas: apresentação de sua incômoda vizinhança. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 1, nº 1, p. 49-88, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v1i1p49-88>. Acesso em: 21 jun. 2022.

TAMBELLINI, Anamaria Testa; CAMARA, Volney de Magalhães. A temática saúde e meio ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, p. 47-59, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/R7gmzrPbmWWKJZz57k5KRhH/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 20 dez. 2022.

TOP, Franklin H. **Public Health Problems Related to Agricultural Work**. 1962.

Disponível em:

https://labordoc.ilo.org/discovery/fulldisplay/alma994996793302676/41ILO_INST:41ILO_V1. Acesso em: 12 jan. 2023.

VASCONCELLOS, Luis Carlos Fadel. Duas políticas, duas vigilâncias, duas caras. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, nº 128, p. 179-198, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbso/a/F9KkXdfgXNdTpmRXGJR4L9s/?lang=pt>. Acesso em: 19 mar. 2023.

VASCONCELLOS, Luis Carlos Fadel; AGUIAR, Luciene. Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, nº 113, p. 605-617, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LfrcYhb3bt7fHkD6gbzfY9f/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 mar. 2023.

VASCONCELLOS, Luis Carlos Fadel; GOMEZ, Carlos Minayo; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, nº 12, p. 4617-4626, 2014.

Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41577>. Acesso em: 19 mar. 2023.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima; AITH, Fernando Mussa Abujamra; RACHED, Danielle Hanna. A emergência do novo coronavírus e a “lei da quarentena” no Brasil.

Revista Direito e Práxis, Rio de Janeiro, v. 12, nº 1, p. 102-138, 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/view/49180>.

Acesso em: 19 abr. 2023.

VENTURA, Deisy. **Direito e saúde global: O caso da pandemia de gripe A (H1N1)**. São Paulo: Outras expressões; Dobra Editorial, 2013.

WALLACE, Rob. **Pandemia e agronegócio**. Editora Elefante, 2020. E-book Kindle.

ZIMMERMANN, Cirlene Luiza. **A COVID-19 nos ambientes de trabalho e a possibilidade do enquadramento como doença ocupacional para fins de emissão de CAT.** Ministério Público do Trabalho no Rio de Janeiro. 12/10/2020. Disponível em: <http://www.prt1.mpt.mp.br/informe-se/artigos/1207-a-covid-19-nos-ambientes-de-trabalho-e-a-possibilidade-do-enquadramento-como-doenca-ocupacional-para-fins-de-emissao-de-cat>. Acesso em: 03 abr. 2023.