

# CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICO-TEMPORAL DAS DOENÇAS LABORAIS NO BRASIL

Efren Fernandez Pousa Junior<sup>1</sup>, Sandra Costa Fernandez<sup>2</sup>.

## I. RESUMO

O artigo analisa a evolução histórico-temporal das doenças laborais no Brasil. Para tanto, traça como limites do espaço amostral da pesquisa a proteção disponibilizada ao trabalhador na *Era Vargas* (época em que vigia a Constituição Federal de 1.934) e os dias atuais, em plena vigência da *Constituição Cidadã* de 1.988. Analisa a tutela advinda de problemas físicos do trabalhador e as formas de proteção decorrentes de seu esgotamento mental por labor excessivo, conhecida por “síndrome de *burnout*”. Além deste enquadramento jurídico-doutrinário, aponta breve sistematização das patologias levantadas no ensaio.

## II. ABSTRACT

*The article analyzes the historical-temporal evolution of occupational diseases in Brazil. To this end, it outlines as limits of the sample space of the research the protection provided to workers in the Vargas Era (time when the Federal Constitution of 1934 is in force) and the current days, in full force of the Citizen Constitution of 1,988. It analyzes the tutelage arising from the worker's physical problems and the forms of protection resulting from his mental exhaustion due to excessive work, known as "burnout syndrome". In addition to this legal-doctrinal framework, it points to a brief systematization of the pathologies raised in the essay.*

## III. PALAVRAS CHAVES

Doenças laborais, acidentes de trabalho, doenças profissionais, doenças ocupacionais, patogenias laborais, síndrome de burnout, tutela laboral, responsabilização acidentária.

## IV. INTRODUÇÃO

Uma análise mais detida, com base em fatos científicos, discussões políticas, jurídicas e sociais, no que tange às doenças laborais, tardou em chegar ao Brasil. Acentuadamente, numa época em que as informações tinham maiores dificuldades para trafegar, as novidades europeias de meados do século XIX sobre a proteção dos trabalhadores, levou tempo considerável para aportar em terras tupiniquins.

Exatamente por isso, no contexto nacional as primeiras análises das doenças laborais ocorreram de forma tardia, reduzida e mal adaptadas às condições dos trabalhadores locais; condições, aliás, capazes de ensejar-lhes obrigações absurdamente degradantes, quando comparadas aos parâmetros modernos de proteção, ou mesmo aos parâmetros europeus daquele momento histórico. Destaque-se, porém, que já no início do século XIX a Inglaterra preocupava-se com a proteção de seus trabalhadores, ainda que fossem só aqueles atuantes em categorias específicas, como por exemplo, os que laboravam em *ferrovias* ou *fábricas têxteis*. Aqui no Brasil, porém, somente quase cem anos depois, por volta de 1.870, com a instalação da primeira indústria fabril, é que teríamos notícias relacionadas às formas de tutela física dos trabalhadores.

De qualquer forma, próximo do ano de 1.900, tal comunhão de ocorridos: de um lado uma teia protetiva dos trabalhadores das fábricas, que se intensificava na Europa; e de outro, o surgimento da

---

<sup>1</sup>Advogado e Físico. Professor universitário. Doutorando em Psicologia Social pela PUC/SP. Mestre em Direito Político e Econômico pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Pós-graduado em Direito Processual Civil pelo Centro Universitário Salesiano. Pós-graduado em Direito Penal pela Escola Superior do Ministério Público do Estado de São Paulo.

<sup>2</sup>Farmacêutica. Professora universitária. Pós-graduada em Farmacologia pela Unifesp. Mestre em Ciências pela Universidade de São Paulo.

atividade comercial têxtil na América, incentivada pelo interesse econômico nacional, através da *Companhia Têxtil Brasil Industria*<sup>3</sup> (CTBI) é que se viria a lançar um olhar diferenciado na tutela dos trabalhadores e, em certo grau, ter-se o início de um precário estudo sobre as doenças de origem laboral. A tutela legislativa só viria materializar-se em setembro de 1.871, por meio do Decreto nº 4.786, assinado pela Princesa Imperial Regente, consagrando a aprovação dos *Estatutos da CTBI*, que regulamentavam seu funcionamento e demarcavam nova fase de implementação de direitos sociais, tanto em termos de proteção individual, como em termos de tutelas coletivas trabalhistas.

A preocupação nas atividades laborais brasileiras se intensifica, pois, no bojo da transferência cultural, em conjunto com toda a infraestrutura material utilizada para montagem da CTBI, também vinham embutidas ideias questionadoras de proteção e reivindicações sindicais, em especial aquelas decorrentes dos trabalhadores ingleses, cujos questionamentos e diretrizes foram encampados pelos funcionários brasileiros, absorvendo relativo apoio. Assim se denota do texto de Gabriela Gomes Rodrigues de Souza, quando comenta acerca da importância da criação da empresa e a suposta transferência cultural advinda da Inglaterra: *No que se refere ao maquinário, foram todos importados da Inglaterra, mais precisamente de Liverpool e Manchester. Em 1874, ano em que finalmente a fábrica iniciou os seus trabalhos, a CTBI foi notícia em praticamente todos os periódicos da Corte*<sup>4</sup>.

Dentro deste contexto, a América Latina também iniciava a tutela dos trabalhadores por meio da contenção de acidentes no trabalho, que passavam a aumentar em função da industrialização crescente. A partir do século XX, já na década de 30, viriam a surgir nos Estados Unidos os denominados *Conselhos*, dedicados à prevenção de acidentes de trabalho e, a partir da década de 1.950, por meio da concatenação de ideias entre *Organização Internacional do Trabalho* (OIT) e *Organização Mundial da Saúde* (OMS) estabelecer-se-iam diretrizes aplicáveis aos países de toda América quanto ao trato da saúde ocupacional de seus trabalhadores, surgindo uma abordagem mais incisiva e técnica sobre a questão das doenças laborais.

No Brasil, levando-se em consideração o baixo número de empreendimentos industriais capazes de incrementar tutela laboral e, em que pese a regulamentação inglesa já contar com mais de noventa anos de evolução, já tendo acoplado ao seu corpo normativo a *Lei de Saúde e Moral dos Aprendizes*<sup>5</sup> desde 1.802, desconsideradas algumas legislações pontuais de pouca aplicabilidade, como ocorreu com o Decreto nº 1.313 de 1.891<sup>6</sup>, que estabeleceu providências para a regularização do trabalho dos menores empregados nas fábricas da Capital Federal (RJ), efetivamente, a primeira legislação que viria a tratar da questão da responsabilização do empregador em casos de acidentes de trabalho só surgiria no ano de 1.919<sup>7</sup>, de maneira bastante falha e restrita, vez que, como já dito alhures, aplicável apenas à categoria de trabalhadores do setor ferroviário.

Pontuada a situação nacional, com casos excepcionais de tutela laboral no final dos 1.800, os primeiros dispositivos legais, capazes de proteger com certa efetividade, somente viriam a despontar na chamada “Era Vargas”, quando vigia a Constituição Federal de 1.934, época que, aliás, ficaria conhecida como *Período de Oficialização do Direito do Trabalho*.

Este um brevíssimo pano de fundo da questão econômico-social do Brasil, exatamente no momento em que se começa a questionar a tutela laboral no país.

---

<sup>3</sup>Localizada no extinto Município de Ribeirão dos Macacos, atual Paracambi, pertencente ao Estado do Rio de Janeiro.

<sup>4</sup>RODRIGUES DE SOUZA, Gabriela Gomes. A Indústria Têxtil na Crise do Império. O Caso da Companhia Têxtil Brasil Industrial. Rio de Janeiro: Anais do XVII Congresso de História da ANPUH-Rio, 2016.

<sup>5</sup>Primeira lei de proteção aos trabalhadores ingleses e estabelecia dentre diversos outros direitos individuais o limite de 12 horas de trabalho diário, vedava trabalho noturno, obrigava os empregados a lavar as paredes das fábricas duas vezes por ano e tornava obrigatória a ventilação nas fábricas. Porém, segundo contabilização realizada pelo americano Frank Bird na década de 1960, essas medidas foram ineficazes, no que diz respeito à redução no número de acidentes de trabalho. Para maiores detalhes vide: BITENCOURT, Celso Lima; QUELHAS, Osvaldo Luís Gonçalves. História da Evolução dos Conceitos de Segurança. In: Congresso Nacional de Engenharia de Produção. Niterói: ENEGEP, 1998.

<sup>6</sup>In [https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1313-17-janeiro-1891-498588-publicacaooriginal-1-pe.html]. Acessado em 14/06/19.

<sup>7</sup>In [https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-3724-15-janeiro-1919-571001-publicacaooriginal-94096-pl.html]. Decreto nº 3.724, de 15 de janeiro de 1919 que regula as obrigações resultantes dos “acidentes” no trabalho. Acessado em 13/06/19.

## V. DISCUSSÃO

### 1. A TUTELA DAS DOENÇAS LABORAIS NO BRASIL

O ano de 1.930 é reconhecidamente aceito pela doutrina como o marco inicial em termos de tutela trabalhista no Brasil. Até porque, é do ano de 1.943, ainda no governo de Getúlio Vargas, a formalização de um primeiro compêndio de legislação laboral. Tal norma, concentrada em documento único conhecido por “consolidação”, viria a se consubstanciar na *Consolidação das Leis do Trabalho* – Decreto-Lei 5.452 de 1º de maio daquele ano, composto pela junção (às vezes “forçada”) de diversas fontes formais trabalhistas, dentre as quais algumas que tratavam, especificamente, sobre a regulamentação de doenças laborais e sobre prevenção dos acidentes de trabalho.

#### 1.1. Contraponto moderno - mudanças na tutela das relações de trabalho: busca constitucional pelo meio ambiente de trabalho equilibrado

Segundo José Afonso da Silva<sup>8</sup>, o meio ambiente do trabalho equilibrado poderá ser considerado como: *qualquer local em que se desenrola boa parte da vida do trabalhador, cuja qualidade de vida está, por isso, em íntima dependência da **qualidade** daquele ambiente (grifamos)*. Diante deste sucinto conceito, depreende-se que não basta apenas a atuação humana, realizando determinada atividade laboral, para que se delimite seu meio ambiente de labor, mas sim, que este trabalhador realize suas atividades, ainda que sob os mais diversos tipos de influências capazes de afetar sua saúde, em *plenas<sup>9</sup> condições de proteção e equilíbrio*.

Este contexto, fundado na ideia de que a atuação do empregado deva ocorrer em um meio ambiente de trabalho “equilibrado”, surgiria no Brasil na década de 1.980, mais precisamente com a promulgação da Constituição Federal, ao utilizar-se de parâmetros que já vinham sendo estudados pela “Política Nacional do Meio Ambiente” desde 1.981 (Lei 6.938/81), formalizando conceitos em termos de saúde laboral.

Modernamente, o *meio ambiente de trabalho*, coloca-se numa condição que a todo o tempo se estabelecem medidas preventivas de proteção ao obreiro, reconhecendo-o como verdadeira forma de tutela da dignidade da pessoa humana. Na realidade brasileira, porém, ainda não se consegue tornar tal prevenção uma prioridade de prática alcançável. Na verdade, os atuais instrumentos normativos de tutela do meio ambiente laboral ainda nem são capazes de enquadrá-lo como um verdadeiro direito constitucional, ainda que, utopicamente, almejado desde 88.

Dentro da formulação de que os Estados Nacionais alcancem efetividade na tutela dos direitos dos trabalhadores envolvidos num meio ambiente de trabalho saudável e equilibrado, Júlio Cesar de Sá da Rocha<sup>10</sup>, avaliando diferentes modelos e comparando medidas protetivas individuais e coletivas, classifica três possíveis paradigmas de tutela laboral *versus* ambiente laboral: o *tradicional*, o *de transição* e o *emergente*. Vejamos a divisão:

- i. **Tradicional:** modelo norte-americano – possui mais caráter reparador que caráter preventivo. Presente em países que preveem determinadas medidas de segurança, por meio de leis, desde que ocorridas condições de risco (atividades perigosas ou insalubres). Assim são focadas na tutela individual do trabalhador (*remuneração extra* àqueles em atividade de risco e *compensação* se, e depois, de ocorrido o dano). Afasta-se da iniciativa de oferecer proteção ampliada a qualquer trabalhador em um ambiente insalubre ou perigoso, de modo que as medidas voltadas à segurança e à higiene são *colocadas pela legislação de forma excepcional*. Também adotado por Portugal;

<sup>8</sup>SILVA, José Afonso da. Direito Ambiental Constitucional. 8ª edição. São Paulo: Malheiros, 2010.

<sup>9</sup>Esta a utopia constitucional traçada pelo Poder Constituinte em 1988.

<sup>10</sup>ROCHA, Júlio Cesar de Sá da Rocha. Direito Ambiental do Trabalho - Mudanças de Paradigma à Saúde do Trabalhador. 2ª edição. São Paulo: Atlas, 2013.

- ii. **De Transição: modelo brasileiro** – segundo este paradigma não se almeja a prevalência de um caráter sobre outro; o caráter preventivo busca se aproximar do caráter reparador em um meio termo. Aplica-se a países que ainda possuem contornos tradicionais de proteção, mas que buscam a superação destas práticas clássicas, mas não conseguem adotar formas de tutela, essencialmente, preventivas. Diferenciam-se das tradicionais, pois consideram na análise de possíveis riscos ao trabalhador questões como aspectos físicos, psicológicos, sociais, familiares e que influenciam nas relações de trabalho, ainda que tais fatores prescindam de formulações legais. Preocupa-se, portanto, com o *monitoramento* da saúde dos trabalhadores, redução dos riscos e criação de programas que visem à redução dos acidentes. Também adotado pelo Japão;
- iii. **Emergente: modelo sueco** – possui mais em si o caráter preventivo que o caráter reparador. Além disso, supera a incorporação de fatores físicos, psicológicos e sociais na análise do meio ambiente de trabalho para, efetivamente, interferir no *bem-estar* do trabalhador, por meio de prevenção que extrapola os meros limites do local de trabalho, riscos físicos, químicos e biológicos e formas de organização, tomando como base protetiva a vida dentro e fora do local de trabalho. Daí decorre a participação direta dos trabalhadores e empregadores, como um dever, nas tomadas de decisões sobre a segurança do meio ambiente de trabalho e práticas de trabalho seguras. Sendo assim, equipamentos de proteção individual (EPI's) são usados apenas em situações excepcionais, em que as alternativas de proteção coletiva não atinjam a total segurança. Também adotado pelos demais Países Nórdicos.

Por fim, conclui-se que no Brasil, em que pese a intenção constitucional de se buscar o *meio ambiente de trabalho equilibrado*, a manutenção de critérios de apuração e sistematização dos padrões de proteção e saúde do trabalhador, individualmente avaliado, pautados no pagamento de adicionais de periculosidade e de insalubridade, ou seja, pautados em limites de tolerância das fontes heterônomas técnicas, distanciam-no da postura de paradigma emergente. Neste sentido, necessita aperfeiçoar-se, pois ainda preconiza a eliminação de riscos como uma forma de garantia do meio ambiente de trabalho saudável, o que comprova quando admite, normativamente, a possibilidade de contato dos trabalhadores com substâncias danosas à sua saúde, inclusive de forma permanente.

### **1.2. Doença laboral como gênero e suas espécies: acidente de trabalho, doença profissional e doença ocupacional**

Convém destacar-se que esta divisão ora estabelecida é bastante conflituosa nos meios acadêmicos. Além disso, sua complexidade e extensão seriam capazes de ensejar um novo artigo acadêmico, o que nos obriga, por rigor, a asseverar que trataremos deste assunto de forma bastante superficial, sob pena de perdermos um contexto mais ampliado. A partir daí, nos posicionaremos com parte da doutrina, no sentido de que a **doença laboral** deverá ser considerada como “gênero”, já que abrange dentro de si três espécies: “acidentes de trabalho”, “doenças profissionais” e “doenças ocupacionais”<sup>11</sup>. Em pese nossa postura, a própria Lei nº 8.213/91 em seu art. 19 é confusa ao conceituar acidente de trabalho:

*Aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.*

<sup>11</sup>Reiteramos que o tema é bastante controverso. Parte da doutrina considera como gênero “acidente de trabalho” que comportaria dentro de si três espécies diversas: o acidente de trabalho propriamente dito, a doença profissional e a doença ocupacional. Não entendemos ser esta a melhor divisão, vez que acolhemos todas estas espécies como formas de um conjunto maior ao qual chamamos de “doenças laborais”.

Nesta linha de raciocínio, de chofre, diferenciamos *acidente de trabalho*: evento pontual, com data e horário certo de ocorrência, ensejador de dano de maneira traumatizante ao obreiro e *doença ocupacional/doença profissional*: eventos que se protraem, de forma reiterativa no tempo, formalizando-se mediante a clara reincidência dos eventos em desacordo com as diretrizes e parâmetros emanados da norma, sejam elas técnicas, judiciais ou legais. É por isso que, dentro deste contexto, entendermos que cada uma das espécies não se confunde entre si.

Aliás, a confusão continua quando o art. 20 da própria lei equipara acidente de trabalho com doenças profissionais e doenças ocupacionais, mas os diferencia por meio de seus incisos. Vejamos:

***Doença profissional***, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social; ***doença ocupacional***, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso I.

Por sua vez, o art. 21 do mesmo diploma apresenta diversas situações em que se consigna o acidente de trabalho por equiparação:

***I*** - o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação; ***II*** - o acidente sofrido pelo segurado no local e no horário do trabalho, em consequência de: a) ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho; b) ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao trabalho; c) ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro ou de companheiro de trabalho; d) ato de pessoa privada do uso da razão; e) desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior; ***III*** - a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade; ***IV*** - o acidente sofrido pelo segurado, ainda que fora do local e horário de trabalho: a) na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa; b) na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito; c) em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo quando financiada por esta dentro de seus planos para melhor capacitação da mão de obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado; d) no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado.

Especificamente, em relação à *doença profissional*, também conhecida por *tecnopatía*, denota-se a relação direta que se estabelece entre a atividade laboral desenvolvida/exercida e o próprio trabalhador, de modo que havendo a reincidência do ato, sem os cuidados necessários e/ou fora dos parâmetros normativos, surgirá com o passar do tempo, a caracterização de problema de saúde advindo do tipo de labor que se realizou.

Por sua vez, a *doença ocupacional*, também conhecida por *mesopatía*, tem relação direta com as condições do meio ambiente em que o trabalhador desenvolve sua atividade, importando menos a relação *trabalhador-atividade* e mais a relação *trabalhador-ambiente*. Nesta hipótese são considerados como caracterizadores dos fatores de risco ao trabalhador aquelas ofensas advindas das mais diversas fontes de natureza física/ergonômica, química e biológica.

Em linhas gerais, a doença profissional tem o trabalho como causa necessária para sua ocorrência, enquanto a doença ocupacional tem o trabalho como fator contributivo, ou desencadeante, da patologia. De qualquer forma, em todas as modalidades de doenças laborais ficará garantido ao trabalhador lesado o recebimento de prestações advindas do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) na modalidade acidentária<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup>Tais prestações poderão ser fornecidas em forma de “benefícios”: auxílio-doença acidentário, auxílio-acidente, aposentadoria por invalidez, pensão por morte; ou fornecidas em forma de “serviços”: habilitação e reabilitação profissional, serviço social.

Destaque-se, porém, que a legislação não considera como doença laboral aquela que não produza incapacidade para trabalhar, nem tampouco aquelas que sejam consideradas *degenerativas* ou *endêmicas*, ou seja, adquiridas por segurados habitantes de região onde ela se desenvolva, salvo comprovação de que seja resultante de exposição, ou contato direto, pela natureza do trabalho efetuado.

Além disso, a Lei 11.430/06<sup>13</sup> em seu art. 1º inseriu o art. 21-A na Lei 8.213/91, criando uma nova espécie de doença laboral decorrente de *nexo técnico epidemiológico* entre o trabalho e o agravo, decorrente da relação entre a atividade da empresa e a entidade mórbida motivadora da incapacidade elencada na CID (Classificação Internacional de Doenças), capaz de gerar a presunção relativa de que a doença acometida pelo empregado seria ocupacional, exatamente como ocorre em relação aos trabalhadores da saúde e aqueles acometidos pela Covid-19 em suas atividades laborais.

No polo oposto, para o empregador, as doenças laborais também repercutirão em seus gastos, vez que uma maior contabilização poderá afetar a contabilização incidente sobre o Fator Acidentário de Prevenção (FAP) da empresa, nos termos do art. 10 da Lei nº 10.666/2003, ensejando acréscimos em termos de contribuição para o custeio da Seguridade Social.

### **1.3. Apontamentos sobre a regulamentação brasileira e os parâmetros legais de tutela laboral**

Desde o ano de 2001, o Brasil se submete quanto à tutela laboral às diretrizes constantes do “Manual de procedimentos para os serviços de saúde”, formulado pelo Ministério da Saúde (MS) e intitulado *Doenças Relacionadas ao Trabalho*<sup>14</sup> que, de forma pormenorizada, lista, cataloga e caracteriza as doenças laborais, com base na Portaria 1.339/99 do próprio Ministério.

Dois outros instrumentos normativos merecem destaque em termos de tutela de direitos laborais: Lei 8.213/91 e seu Decreto Regulamentador nº 3.048/99, que assumem modernas diretrizes sobre o estudo das doenças laborais, agentes patogênicos causadores de doenças e seus respectivos benefícios e serviços, além de abordar questões sobre responsabilização, estabilidade e indenizações laborais cabíveis em caso de ocorrência do nexo causal empregado/empregador x doença x dano. Além destas, a Lei 13.467/17, implementadora da atual Reforma Trabalhista, pormenorizou o assunto das indenizações pecuniárias e reviu a questão das espécies de danos extrapatrimoniais concedidos aos trabalhadores envolvidos em doenças laborais (artigos 223A a 223G). Além disso, buscou parametrizar as formas de valoração das indenizações em caso de doenças físicas e mentais, em que pese até janeiro de 2021 ainda haver questionamentos pela Associação dos Magistrados do Trabalho em pedido liminar da Adin 5870 de relatoria do Ministro Gilmar Mendes, requerendo a suspensão dos incisos I a IV do parágrafo 1º do artigo 223-G da CLT para declarar sua inconstitucionalidade. Isso porque o dano moral não pode ser tarifado, muito menos quando parametrizado em valores subjetivos (salário do ofendido). Assevere-se que apesar de a MP 808/18 ter sido convertida em lei, o parâmetro que teria por ela sido utilizado, ou seja, o teto do RGPS continua fundamentando algumas atuais decisões judiciais.

#### **1.3.1. Lei 8.213/91**

Já vimos que os benefícios previdenciários relativos às incapacidades laborativas podem ser prestados ao trabalhador sob a forma de aposentadoria por invalidez, auxílio-doença acidentário e auxílio acidente. Além disso, acidente de trabalho, espécie do gênero doença laboral, poderá gerar direito ao benefício de pensão por morte àqueles dependentes devidamente circunscritos como tais pela legislação, exatamente como exige o art. 16 da referida lei.

<sup>13</sup>In [[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11430.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11430.htm)]. Acesso em 01/07/2019.

<sup>14</sup>In [<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/seguranca%20e%20saude%20no%20trabalho/Saudedotrabalhador.pdf>]. Acesso em 01/07/19.

Sem prejuízo, o art. 42, parágrafo 2º, ressalta que a doença preexistente não poderá ser amparada em termos de concessão previdenciária, salvo nos casos em que houver progressão ou agravamento após a filiação do segurado. E mais, no caso de lesão laboral transitória, ocorrida após o 15º dia de afastamento das atividades, o trabalhador beneficiário passará a fazer jus ao recebimento pelo INSS de auxílio-doença acidentário, modalidade administrativamente consignada sob a rubrica B91. Este segurado, uma vez recuperado, tendo ou não se submetido aos serviços sociais fornecidos pela Previdência para sua recuperação ou readaptação, ao receber alta oficial por meio de médico perito, passará a gozar de *período estável*, garantido pela própria legislação, conforme contemplado em seu art. 118 pelo período, via de regra, de 12 meses.

Enfatize-se, ainda que os artigos 19 a 23<sup>15</sup> versarão especificamente sobre questões acidentárias, ratificando a condição de que a tipificação do acidente de trabalho deverá ter como causa o exercício laboral, excluindo-se acidentes ocorridos fora do âmbito de atividades do trabalho, mas encampados aqueles sofridos no trajeto ou percurso casa-empresa, empresa-casa, ou em trabalhos ou atividades externas dos empregados, ou ainda quando ocorridos em períodos de intrajornada (tomada de lanches e refeições).

### 1.3.2. Lei 13.467/17<sup>16</sup>

Diversos foram os impactos que advieram da Reforma Trabalhista na saúde do trabalhador. Um dos pontos que merece ser destacado diz respeito à proteção da maternidade. Tal quesito se refere ao labor das mulheres gestantes em condições de insalubridade. De acordo com o trecho original da lei 13.467/17, constante do art. 394-A da CLT<sup>17</sup>, mulheres grávidas seriam obrigatoriamente afastadas das atividades insalubres em grau máximo. A mesma norma impunha às grávidas e lactantes, porém, o ônus de apresentarem atestado de saúde como condição para seus afastamentos caso o labor ocorresse em locais com grau de insalubridade médio ou mínimo. Ousamos divergir deste texto da lei, fundamentando-nos na Constituição Federal, pois em todo seu texto sempre prioriza a integralidade da higidez física e mental do trabalhador como um todo, sem diferenciá-lo parcialmente (artigo 7º, inc. XXII) o que claramente se opõe a tal diretriz.

Neste mesmo sentido, a *Confederação Nacional dos Trabalhadores Metalúrgicos* ajuizou a Adin 5.938 de relatoria do Min. Alexandre de Moraes cuja decisão, ratificada em junho de 2.019 pelo plenário do STF, por maioria de votos, declarou inválidos estes trechos do dispositivo da CLT. Para a corrente majoritária dos Ministros, a expressão “quando apresentar atestado de saúde, emitido por

---

<sup>15</sup>Atenção quando da análise, pois os referidos artigos foram alterados pelas leis 9.032/95, 11.430/06 e 13.467/17.

<sup>16</sup>Em 2016, o então presidente Michel Temer protagoniza uma minirreforma Trabalhista. A proposta foi enviada para ao congresso em 23/12/16. Com poucas alterações (07 artigos da CLT = apenas jornada de trabalho + 04 artigos da Lei 6019/16 sobre trabalhador temporário). Surge o PL 6787/16 (11 artigos). Em abril de 2017 o texto apresentado na Comissão Especial da Reforma. A Tramitação, em caráter “prioritário” do Projeto de Lei ocorreu em dois meses. O projeto original sofreu alterações consideráveis (850 emendas, afeta aproximadamente 100 artigos da CLT, à época com 132 páginas). O Relatório final encaminhado em 12/04/17 foi aprovação na Comissão por 296 votos a favor e 177 contrários, em 26/04/17. Em 20/06/17 chega à Comissão de Assuntos Econômicos (CAE) e na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) da casa revisora. A CAS rejeita a proposta, e reenvia à Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) e aprovação em plenário. Em dois meses de tramitação foram ouvidos mais de 75 Requerentes em 11 audiências públicas. Em julho de 2017 o PLC 38/17 foi sancionado pelo então presidente, sem vetos, promulgando-se e publicando-se a Lei 13.467/17 que passa a vigorar em 11/11/17, cumprida a *vacatio legis* de 120 dias. Apontadas as inconstitucionalidades e pontos incógnitos, o Governo Federal comprometeu-se, por meio de medidas provisórias, com o aperfeiçoamento normativo. Porém, em novembro de 2017, com a lei já em vigor, seria publicada a Medida Provisória 808/17, que teria vigência encerrada em 23/04/18, por não ter sido convertida em lei em 120 dias (60 + 60) conforme art. 62 § 3º da CF/88. (**Abreviaturas:** CD = Câmara dos Deputados; SF = Senado Federal; PL = Projeto de Lei).

<sup>17</sup>Art. 394-A. Sem prejuízo de sua remuneração, nesta incluído o valor do adicional de insalubridade, a empregada deverá ser afastada de: I - atividades consideradas insalubres em grau máximo, enquanto durar a gestação; II - atividades consideradas insalubres em grau médio ou mínimo, quando apresentar atestado de saúde, emitido por médico de confiança da mulher, que recomende o afastamento durante a gestação; III - atividades consideradas insalubres em qualquer grau, quando apresentar atestado de saúde, emitido por médico de confiança da mulher, que recomende o afastamento durante a lactação.

médico de confiança da mulher”, contida nos incisos II e III, afrontaria a proteção constitucional à maternidade e à criança<sup>18</sup>.

Dois outros pontos que podem ser salientados quando se analisa a questão da higidez do trabalhador. O primeiro diz respeito à possibilidade de realização do *trabalho remoto*, conforme insculpido nos artigos 75-A a 75-E da CLT<sup>19</sup> e o segundo a possibilidade da *jornada 12X36* do art. 59-A da CLT<sup>20</sup>. Patente, pois, que em ambas as hipóteses aumentam-se os riscos de adoecimento ocupacional por estresse e ocorrência dos próprios acidentes pela falta de concentração humana, sem prejuízo da desordem da vida privada, que se deve flexibilizar entre o excesso das atividades laborais, familiares e de lazer doméstico.

Especificamente, no caso do teletrabalhador, deve-se atentar para que o obreiro não se mantenha ativo por longos períodos, mantendo-se desconectado da realidade constitucional de 08 horas diárias ou 44 semanais, bem como se mantenha dentro dos parâmetros máximos que fundamentam a possibilidade de jornada extraordinária<sup>21</sup>.

Já no caso do trabalhador atuante em jornada por escala, hipótese antes restrita a algumas categorias profissionais como vigilância e saúde, o art. 59-A reformado viabiliza que qualquer trabalhador, que atue em qualquer função, assuma carga horária laboral de até 12 horas sem descanso, além de facultar-lhe a redução do período intrajornada, para, no mínimo, 30 minutos, em vez de uma hora, como estabelecia a legislação anterior, condições que podem aumentar o número de acidentes de trabalho devido à desatenção e cansaço, ensejando danos físicos à integridade física do trabalhador. Neste sentido, Belisa Souza Costa<sup>22</sup> *et. al.*:

*Mesmo que observada a meia hora de intervalo para refeição, o trabalhador teria de se alimentar de forma muito rápida, considerando o tempo gasto entre a saída e a volta do local de trabalho ao de alimentação, gerando digestão inadequada e péssima escolha de alimentos, pressa, estresse, entre outros agravantes que culminam em má qualidade de vida.*

Por derradeiro, é de ver-se que em ambos os casos, constatações práticas têm demonstrado que a redução de intervalo para refeições não aumentou os índices de queda no rendimento dos serviços, o que tem incentivado sua manutenção por parte do empregador.

#### 1.4. Outras fontes normativas

<sup>18</sup>Integra do voto em [<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADI5938EmentaeVOTO.pdf>].

<sup>19</sup>**Art. 75-A.** A prestação de serviços pelo empregado em regime de teletrabalho observará o disposto neste Capítulo.

**Art. 75-B.** Considera-se teletrabalho a prestação de serviços preponderantemente fora das dependências do empregador, com a utilização de tecnologias de informação e de comunicação que, por sua natureza, não se constituam como trabalho externo. **Parágrafo único.** O comparecimento às dependências do empregador para a realização de atividades específicas que exijam a presença do empregado no estabelecimento não descaracteriza o regime de teletrabalho.

**Art. 75-C.** A prestação de serviços na modalidade de teletrabalho deverá constar expressamente do contrato individual de trabalho, que especificará as atividades que serão realizadas pelo empregado. § 1º. Poderá ser realizada a alteração entre regime presencial e de teletrabalho desde que haja mútuo acordo entre as partes, registrado em aditivo contratual. § 2º. Poderá ser realizada a alteração do regime de teletrabalho para o presencial por determinação do empregador, garantido prazo de transição mínimo de quinze dias, com correspondente registro em aditivo contratual.

**Art. 75-D.** As disposições relativas à responsabilidade pela aquisição, manutenção ou fornecimento dos equipamentos tecnológicos e da infraestrutura necessária e adequada à prestação do trabalho remoto, bem como ao reembolso de despesas arcadas pelo empregado, serão previstas em contrato escrito. **Parágrafo único.** As utilidades mencionadas no caput deste artigo não integram a remuneração do empregado.

**Art. 75-E.** O empregador deverá instruir os empregados, de maneira expressa e ostensiva, quanto às precauções a tomar a fim de evitar doenças e acidentes de trabalho. **Parágrafo único.** O empregado deverá assinar termo de responsabilidade comprometendo-se a seguir as instruções fornecidas pelo empregador.

<sup>20</sup>Art. 59-A. Em exceção ao disposto no art. 59 desta Consolidação, é facultado às partes, mediante acordo individual escrito, convenção coletiva ou acordo coletivo de trabalho, estabelecer horário de trabalho de doze horas seguidas por trinta e seis horas ininterruptas de descanso, observados ou indenizados os intervalos para repouso e alimentação.

<sup>21</sup>Hoje é pacífico na jurisprudência que o controle da jornada realizada fora do ambiente de trabalho enseja a possibilidade de contratação de horas extras.

<sup>22</sup>COSTA, Belisa Souza; CINTRA, Cynthia Leonis Dias. Os possíveis impactos da reforma da legislação trabalhista na saúde do trabalhador. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho. Maranhão. 2018.

Além da legislação previdenciária e trabalhista abordadas anteriormente, outras fontes normativas como Portarias do Ministério da Saúde e Normas Regulamentadoras do extinto Ministério do Trabalho e Emprego<sup>23</sup> também geram uma gama de instrumentos protetivos consideráveis.

#### 1.4.1. Das doenças físicas do trabalhador

Desde a década de 1.990, com base na proteção laboral almejada pela Constituição, o Ministério da Saúde tem buscado visitar continuamente a listagem oficial das doenças originadas no processo de trabalho<sup>24</sup>, atualizando e reeditando sua Portaria 1.339 de 18/11/99<sup>25</sup>. Com isso, vem buscando atualizar e aperfeiçoar o conhecimento das variáveis formas de adoecimento físico dos trabalhadores, especialmente no que tange aos agravos provocados por causas externas ao processo realizado. Busca, portanto, formalizar a relação de agentes, ou fatores de risco de natureza ocupacional, com as respectivas doenças que podem estar a eles atrelados, além de apresentar a relação de doenças e de agentes causais relacionados com o tipo de trabalho.

Conforme estatísticas atualizadas da Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT) tem aumentado o número de benefícios concedidos aos trabalhadores que precisam se afastar de suas atividades profissionais em razão de problemas físicos de saúde relacionados ao labor<sup>26</sup>. Segundo fontes do próprio Ministério do Trabalho levantadas pela ANAMT<sup>27</sup> continuam constando como doenças físicas laborais mais comuns:

- a. **Dermatose Ocupacional** = alterações na pele e mucosa, caracterizando dermatite de contato, câncer de pele, infecções e ulcerações. Ocorrem com a exposição permanente do trabalhador a agentes químicos, físicos de contato, ou biológicos, durante o desempenho de suas funções/atividades laborais, acometendo, principalmente, quem desempenha atividades em que utiliza álcalis, óleos, graxas e solventes. *Medidas preventivas/curativas*: correta utilização de EPI específico e afastamento do trabalhador do fator irritante, ou da condição que está causando a alergia ou lesão;
- b. **Lesão por Esforço Repetitivo** = alterações patológicas ou traumáticas causadas pelo exercício prolongado e repetitivo de determinado movimento corporal em desacordo com a ergonomia natural. Caracteriza-se pela atuação reiterada do trabalhador nas mais variadas funções laborais, cuja execução motora percebe-se acentuadamente reduzida em relação às atividades anteriormente consideradas normais. *Medidas preventivas/curativas*: correta utilização de equipamentos ergonômicos, apoios de membros inferiores, superiores e de coluna vertebral; pausas intertemporais durante a atividade, correção postural e ginástica laboral;
- c. **Distúrbios Osteomusculares** = alterações patológicas também adquiridas e desenvolvidas em decorrência da má postura, mas aliadas à sobrecarga de esforço físico, por exemplo, pela obesidade do próprio trabalhador. Não se confundem com as lesões por esforço repetitivo, pois apesar de se protraírem continuamente no tempo, a repetição do mesmo movimento durante a realização da atividade laboral não formaliza característica essencial. Consubstanciam-se em casos de dorsalgias, mialgias, bursites, dedo em gatilho e dores crônicas. *Medidas preventivas/curativas*: práticas fisioterápicas, interrupção das atividades que estão provocando dor, pausas intertemporais durante a atividade, correção postural e ginástica laboral;

<sup>23</sup>Hoje Secretaria Especial de Trabalho e Previdência I, subordinada ao Ministério da Economia. [<http://trabalho.gov.br/>].

<sup>24</sup>In [[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas\\_relacionadas\\_trabalho\\_2ed\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho_2ed_p1.pdf)]. Acesso em 11/07/19.

<sup>25</sup>Lista de doenças do trabalho [[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339\\_18\\_11\\_1999.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html)]. Acesso em 23/06/20.

<sup>26</sup>In [<https://www.anamt.org.br/portal/2019/02/12/afastamentos-de-trabalhadores-por-doenca-aumentam-6-em-2018/>]. Acesso em 09/07/19.

<sup>27</sup>In [<https://www.anamt.org.br/portal/2017/08/08/ministerio-do-trabalho-como-prevenir-as-doencas-ocupacionais/>]. Acesso em 11/07/19.

- d. **Doenças da visão** = alterações patológicas que decorrem da exposição direta de determinados tipos de trabalhadores a agentes mecânicos, físicos, químicos, biológicos em condições de sobre-esforço ocular. As patologias podem advir de *doenças profissionais*, como no caso da catarata, que acomete trabalhadores de indústrias metalúrgicas e siderúrgicas, em função da irradiação de luz e altas temperaturas provenientes das soldas, ou podem advir de *doenças ocupacionais*, ligadas ao meio ambiente de trabalho, como escuridão noturna (nictalopia) ensejadora de dificuldades para enxergar em ambientes com pouca luz, ou turvamento da visão em quaisquer condições ambientais. *Medidas preventivas/curativas*: correta utilização de EPI específico, implementação continuada de exames especializados medico-visuais e vistoria rotineira por especialistas oftalmológicos dos ambientes laborais destes trabalhadores;
- e. **Doenças da audição** = via de regra, consubstanciam-se em patologias advindas de doenças ocupacionais que caracterizam surdez temporária ou definitiva do trabalhador. Os limites de tolerância para ruído contínuo ou intermitente são regulados pela Norma Regulamentadora nº 15 (NR-15) da Portaria nº 3.214/78<sup>28</sup> do extinto Ministério do Trabalho e Emprego, que estabelece parâmetros aos trabalhadores atuantes nos mesmos ambientes e nas mesmas condições profissionais, independentemente de suas funções. *Medidas preventivas/curativas*: correta utilização de EPI especializado, proteção coletiva ambiental através de isolamentos acústicos e vistoria rotineira por especialistas auditivos dos ambientes laborais destes trabalhadores;
- f. **Doenças da respiração** = diversas são as patologias que acometem os trabalhadores através das vias respiratórias, sejam elas doenças ocupacionais ou doenças profissionais. Em todas elas a atividade reiterada enseja a chamada “fibrose pulmonar”, doença que dificulta a expansão dos pulmões e resulta em complicações como bronquite ou enfisema crônico.
- Distúrbios Pulmonares específicos de atividades laborais ou Pneumoconiose*: podem advir de doenças ocupacionais (que podem acometer quaisquer pessoas) ou doenças profissionais (que acometem trabalhadores específicos, como os de carvoarias, minas e trabalhadores que atuam com partículas suspensas) todas caracterizadas por lesões nos pulmões<sup>29</sup> levando a problemas e dificuldades respiratórias. De forma geral, são adquiridas e desenvolvidas por meio da inalação de micropartículas de carbono, de substâncias químicas como sílica, alumínio, amianto, grafite ou asbesto, presentes no ar ou poeira poluída. Várias são suas espécies de patologias:
- i. **Antracose** (pulmão negro) - patologia causada pela poeira do carvão e afeta, principalmente, trabalhadores de carvoarias;
  - ii. **Bissinose** (pulmão marrom) - patologia causada pela poeira das fibras de algodão, linho ou cânhamo e afeta, principalmente, os trabalhadores da indústria têxtil-algodoeira;
  - iii. **Silicose** (pulmão de pedra) - patologia progressiva e irreversível em que o trabalhador inala em excesso poeira de sílica, fazendo com que o pulmão fique revestido por essa espécie de poeira, impedindo, gradativamente, a respiração. Afeta, principalmente, os trabalhadores da fabricação de vidros, cerâmica, jateamento de areia, corte de azulejos e pedras/mármore/granitos;
  - iv. **Asma ocupacional** - patologia reversível caracterizada pelo estreitamento e obstrução das vias respiratórias causados pela inalação de partículas irritantes ou alergênicas. Trabalhadores que têm contato com poeiras, alérgenos como ácaros,

<sup>28</sup>Para maiores detalhes vide o endereço eletrônico da Escola Nacional de Inspeção do Trabalho – ENIT, Secretaria de Inspeção do Trabalho, Ministério da Economia in [<https://enit.trabalho.gov.br/portal/index.php/seguranca-e-saude-no-trabalho/sst-menu?view=default>]. Acessado em 14/07/19.

<sup>29</sup>Existem inúmeras outras doenças da respiração, específicas das atividades laborais exercidas. Vide também: beriliose, siderose, siderossilicose, etc.

pólen, pelo de animais, fumaça, irritantes químicos e poluição ambiental, ou ainda mudanças climáticas, infecções virais, podem adquirir e desenvolver esta patologia<sup>30</sup>.

*Medidas preventivas/curativas:* correta utilização de EPI especializado como respirador facial, afastamento do fator patogênico desencadeante, implementação rotineira de exames especializados médico/pneumológicos dentro do programa de vigilância da empresa, proteção coletiva ambiental através de isolamentos aéreos, dispersores, aspiração e ventilação de poluentes.

#### **1.4.2. Das doenças mentais do trabalhador - caracterização no cadastro internacional de doenças (1.970) e a síndrome de *burnout***

Investimentos em termos de tutela da saúde mental ainda são escassos em todo o mundo, conforme pesquisa da Organização Mundial de Saúde de 2.014. Países de renda média a baixa são os mais atingidos e representam um gasto de aproximadamente US\$ 2,00/ano por pessoa em tratamentos ou prevenção de doenças mentais. Baixos custos que se evidenciam ao observarem-se aqueles dispendidos por países de alta renda representando gastos de aproximadamente US\$ 50,00/ano<sup>31</sup>.

Objetivamente se pode demonstrar que a falta de tratamento e prevenção de doenças laborais não afeta somente o bem-estar do trabalhador e de seus familiares, mas traz consequências inevitáveis para os empregadores e governos, em razão da diminuição da produtividade efetiva no labor, redução das taxas de participação, renúncia fiscal, aumento com os gastos em saúde pública e despesas sociais.

Em 2.010 foram gastos de US\$ 2,5 a 8,5 trilhões de forma global em perda de produção relacionada a transtornos mentais, neurológicos e com uso de substâncias indevidas em atividades laborais. Estima-se que esse valor dobre para o ano de 2.030, se nada for feito na prevenção de doenças afeitas. Com base nesta mesma pesquisa a OMS ainda estimou que o número de pessoas com depressão e transtornos de ansiedade até 2.030 passará a ter taxas de 3,2% e 7,3%, respectivamente<sup>32</sup>.

No transcorrer da história da Medicina Psiquiátrica surgiram inúmeros termos para definirem-se comportamentos afetivos e sociais, havendo mudanças de autor para autor, de modo que por volta de 1950 a *Associação Americana de Psiquiatria* (APA) e a *Organização Mundial de Saúde* (OMS) desenvolveram critérios de consenso geral para diagnosticar e entabular os distúrbios mentais. Nasce, assim, o *Manual de Diagnósticos e Estatísticas de Distúrbios Mentais* (DSM) e o *Sistema de Classificação Internacional de Doenças* (CID) criado com a intenção de catalogar doenças identificadas e passar a clinicamente descrevê-las de forma sistematizada. Segundo sua última versão a *síndrome de burnout* seria classificada por CID-10, aparecendo de forma simplificada como um “estado de exaustão vital” e não como condição médica. A partir daí, a *burnout* seria classificada como um fenômeno ocupacional, incluso em capítulo sobre fatores que influenciam o estado de saúde dos trabalhadores.

Mais recentemente, em maio de 2.019, foi anunciada pela OMS<sup>33</sup> uma nova atualização para a definição de *burnout*, incluída na 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças que entrou em vigor em janeiro de 2.022. A partir de então passou a ser definida como *síndrome* (CID-11), ou seja, passou a ser conceituada como resultante de estresse crônico no local de trabalho, não gerenciado com sucesso, caracterizando-se por três fatores principais: *sentimento de esgotamento* (esgotamento de energia), *aumento da distância mental do emprego* (sentimentos de negativismo ou descaso relacionado ao trabalho do outro) e *redução da eficácia profissional* (desapego).

<sup>30</sup>Militares norte-americanos destacados para o Iraque e Afeganistão têm maior risco de asma ocupacional e também de bronquiólite obliterante. As possíveis causas incluem emissões das fossas de queima de resíduos e incêndios industriais, poeira do deserto e exaustão veicular. Para maiores informações sobre o tema vide [<https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-pulmonares/doen%C3%A7as-pulmonares-ambientais/asma-ocupacional>]. Acessado em 13/07/19.

<sup>31</sup>CHISHOLM, D. *et al.* *Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis.* *Lancet Psychiatry*, v. 3, n. 5. May 2016.

<sup>32</sup>*Ibid* in 31.

<sup>33</sup>*In* [[https://www.who.int/mental\\_health/management/en/](https://www.who.int/mental_health/management/en/)]. Acesso em 24/06/20.

Neste sentido, a OMS já vem desenvolvendo protocolos baseados em evidências sobre bem-estar no local de trabalho, cujo *Plano de Ação de Saúde Mental*<sup>34</sup> para 2.013-2.020, já reconheceu o papel essencial da saúde mental na obtenção de saúde para os trabalhadores em geral. Aliás, o plano inicial já inclui quatro objetivos principais para a contenção do avanço de tais fatores:

- i. Liderança e governança mais eficazes para tutela da saúde mental;
- ii. Prestação de serviços mais abrangentes e integrados de assistência social em contextos comunitários;
- iii. Implementação de estratégias de prevenção do estresse laboral;
- iv. Fortalecimento dos sistemas de informação, evidências e pesquisas sobre a síndrome.

#### 1.4.3. Conceituações, características e diagnósticos médicos sobre a *burnout*

Foi na década de setenta nos Estados Unidos, que o psicólogo alemão Herbert J. Freudenberger cunhou pela primeira vez o termo *síndrome de burnout*, também conhecida por *síndrome de esgotamento profissional* (SEP), oportunidade em que se intensificara a preocupação com o bem-estar mental na vida do trabalhador. Além disso, observou-se que as pessoas nos próprios lugares em que trabalhavam, descrevendo-se algumas como pessoas esgotadas, *pareciam agir como deprimidos*<sup>35</sup>. Segundo ele próprio constatou e relatou:

*“Há um sentimento de exaustão, sendo incapaz de se livrar de um resfriado prolongado, sofrendo de dores de cabeça frequentes e distúrbios gastrointestinais, insônia e falta de ar. O candidato a burnout acha muito difícil manter sentimentos. Ele chora com muita facilidade, a menor pressão o faz se sentir sobrecarregado e ele grita e grita. Com a facilidade da raiva pode vir uma atitude suspeita, um tipo de suspeita e paranoia. A vítima começa a sentir que quase todo mundo quer acabar com ele. Ele se torna a 'casa cínica'. Qualquer coisa que seja sugerida é ruim ou mal falada. Um sinal que é difícil de detectar até que um olhar mais atento seja feito. Um número cada vez maior de horas físicas é gasto ali no tratamento, mas cada vez menos está sendo realizado. Ele parece apenas andar por aí e agir como se não tivesse para onde ir. Muitas vezes, infelizmente, ele realmente não tem outro lugar para ir, porque em seu pesado envolvimento no tratamento, ele quase perdeu a maioria de seus amigos”*<sup>36</sup>.

Assim, a síndrome que teve seus estudos iniciados há quase 50 anos continua sendo hoje caracterizada como um fenômeno relacionado ao trabalho, de esgotamento, exaustão emocional, cinismo e falta de eficácia profissional em que ocorre a perda progressiva do idealismo, das expectativas, da satisfação e do comprometimento com as atividades laborais em essência, capaz de desdobrar-se em atitudes sociais desfavoráveis<sup>37</sup>.

#### 1.4.4. Depressão versus *burnout* na visão dos estudos mais modernos

Por primeiro, há de se destacar que a própria depressão pode ser analisada cientificamente com vários espectros internos muito tênues de diferenciação. A *depressão* de forma geral pode ser considerada difusa e independente do contexto, enquanto que uma de suas vertentes, o *transtorno depressivo*, pode resultar de influências genéticas e ambientais, que geralmente estão interligadas. De qualquer forma, ao adotarmos a depressão sob o viés mais amplo possível podemos depreender que ao compará-la com a *burnout* ambas têm como características a falta de reciprocidade da parte com o todo, ou seja, do doente com seu grupo de iguais. A depressão, porém, via de regra, ocorre

<sup>34</sup>In [<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>]. Acessado em 24/06/20.

<sup>35</sup>O próprio Freudenberger se identificava com estas pessoas, através da representação dos sentimentos que ele próprio já havia sentido em condições de labor.

<sup>36</sup>FREUDENBERGER, Herbert J. *Staff Burnout*. *Journal of Social Issues*, v. 30, n. 1.1974.

<sup>37</sup>Intenção de abandonar o trabalho, absentéismo, reiteração de licenças médicas, baixo desempenho e má qualidade dos serviços em que se agregam os distúrbios individuais como depressão, queixas psicossomáticas, problemas de saúde e uso de drogas, ou substâncias entorpecentes.

em ambientes ocupacionais de menores inter-relações pessoais, enquanto a *burnout* somente se intensifica quando os relacionamentos passam a ser mais íntimos e pessoais, ainda que estudos mais recentes têm demonstrado que *burnout* pode ser considerada uma fase prodromica<sup>38</sup> no desenvolvimento de um transtorno depressivo maior<sup>39 40</sup>.

Dentre os tipos de depressão, há de se destacar a distímia, como uma de suas formas crônicas, mas menos graves e não incapacitantes, enquanto a ciclotímia destaca-se como uma depressão menor, mas alternada com manias e sintomas depressivos intensos e crônicos como alterações do sono (insônia ou hipersonia), diminuição de interesse ou prazer, perda ou ganho de peso, sentimento de inutilidade, fadiga, perda de energia, perda da libido, ideação de morte ou suicídio, agitação ou retardo psicomotor.

Na prática, a clínica médica entabula que para ser classificado como depressivo o paciente precisará apresentar-se por um período de pelo menos duas semanas com humor depressivo, ou perda de interesse/prazer em suas atividades, sejam elas físicas ou profissionais. A depressão incapacitante causará sofrimento, prejuízos no trabalho, prejuízos sociais, prejuízos familiares, além de elevados custos tanto para o empregado paciente como para o empregador.

Etiologicamente, a *burnout* pode ser considerada bastante complexa, variando com ambientes de trabalho, personalidades, motivação e atitudes pessoais, influenciando os mais variados graus em direção ao desenvolvimento de seus sintomas, sem prejuízo de outros influenciadores como condições pessoais, ocupacionais e socioeconômicas.

Por fim, não se pode confundir a *burnout* com o simples estresse, já que aquela resulta de um estresse constante e prolongado, enquanto este se manifesta pela necessidade de buscar conseguir controlar tudo o que faz. Relatos de pacientes estressados demonstram a sensação de que eles estariam *se afogando em responsabilidades*. A tabela abaixo apresenta, resumidamente, algumas diferenças entre estresse e *síndrome de burnout*.

<b>Estresse</b>	<b>Síndrome de <i>Burnout</i></b>
Excesso de engajamento	Falta de engajamento
Emoções exageradas	Emoções embotadas
Produz urgência e hiperatividade	Produz desamparo e desesperança
Perda de energia	Perda de motivação, ideais e esperança
Leva a transtornos de ansiedade	Leva ao desapego e depressão
Dano primário é físico	Dano primário é emocional
Pode matá-lo prematuramente	Pode fazer a vida parecer que não vale a pena viver

No Brasil também ainda há outras dúvidas sobre o enquadramento da *burnout* como distúrbio ou transtorno. É sabido, porém, que *distúrbios mentais*<sup>41</sup> formalizam um conjunto de problemas com sintomas diferentes, caracterizados pela produção de pensamentos anormais, emoções, comportamentos e relacionamentos tumultuados para com os outros indivíduos. Têm como exemplos, a esquizofrenia, as deficiências intelectuais, os distúrbios advindos do abuso de drogas, etc. sendo que em sua grande maioria são tratáveis. Especificamente, ainda podem ser subdivididos em *distúrbios de humor* e podem ser classificados como:

- i. *Transtorno afetivo bipolar*, que incluem episódios recorrentes maníaco-depressivos, separados por períodos de humor normal e episódios maníacos que envolvem humor elevado ou irritável, excesso de atividade, autoestima inflada e diminuição de sono;

<sup>38</sup>Relacionado aos pródromos, ao conjunto de sintomas que antecedem a manifestação ou o aparecimento de uma doença. Relativo ao que é anunciador, aos primeiros indícios de alguma coisa; inicial.

<sup>39</sup>CHIU, Lily Y. L. *The relationship between burnout and depressive symptoms in patients with depressive disorders*. *Journal of Affective Disorders*, v. 172. 2015.

<sup>40</sup>Apesar da semelhança entre *burnout* e depressão ambas ocorrem em contextos diferentes. Embora já seja aceito que a *burnout* compartilha características da depressão existe consenso acadêmico crescente que entende que ela é mero subtipo de depressão, mas que apresenta quadro clínico específico.

<sup>41</sup>In [[https://www.who.int/mental\\_health/management/en/](https://www.who.int/mental_health/management/en/)]. Acesso em 24/06/20.

- ii. *Transtorno afetivo unipolar*, claros episódios de depressão, que por sua vez ocorrerão quando a tristeza e o pesar do indivíduo durarem mais tempo que o habitual e causarem algum tipo de disfunção, por exemplo, tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa e baixa autoestima, sono ou apetite perturbado, cansaço e falta de concentração, além de queixas físicas sem causa definida.

Em meio a tantas possibilidades de enquadramento médico para a *burnout* formata-se o diagnóstico de seu portador, quando realizado clinicamente, pelo levantamento do histórico de vida e relacionamentos e seu envolvimento e realização profissional no presente e no passado, além de análises de respostas psicométricas que podem auxiliar no fechamento do diagnóstico.

Uma década depois das teorias de Freudenberger, a psicóloga social Christina Maslach da Universidade da Califórnia, Berkeley, desenvolveu um modelo ao estudá-las: *Inventário de Burnout de Maslach* (MBI)<sup>42</sup>, que modernamente funciona como a medida mais utilizada na tentativa de mensurar a *burnout*, independentemente das características ocupacionais e da origem do paciente. Neste sentido o MBI consiste em três escalas:

- i. Exaustão emocional;
- ii. Despersonalização;
- iii. Sentimento diminuído de realização pessoal<sup>43</sup>.

Além do MBI, existem mais dois modelos de questionários utilizados como medidas psicométricas:

- i. Escala *Staff Burnout for Health Professional* (SBS-HP) de Jones (1.980);
- ii. Medidas *Burnout* (BM) de Pines e Aronson (1.988).

Em ambos os modelos, fatores como a exaustão emocional (fadiga), realização pessoal (insatisfação do indivíduo com o seu desempenho no trabalho) e despersonalização (insensibilidade, indiferença, falta de preocupação, etc.) estabelecem princípios emergentes de definição operacional para a *burnout*.

Quanto ao tratamento de *burnout* poderá se incluir o uso de antidepressivos e psicoterapia<sup>44</sup>. Além disso, atividade física regular e exercícios de relaxamento também são altamente recomendados para ajudar a controlar seus sintomas. Há poucas evidências da forma de se lidar com a *burnout*, mas já se reconhece que a prevenção deve ocorrer nos níveis individual e organizacional. Em 2.018 educadores e especialistas em bem-estar publicaram uma *Carta de Recomendações* para a prevenção da *burnout*, cujos princípios se resumem a:

- i. Envolver e analisar a liderança. Liderança inadequada é danosa. Excesso de casos de *burnout* na mesma empregadora poderá ensejar a destituição do superior em prol dos trabalhadores;
- ii. Outra solução seria a qualificação dos supervisores/líderes dos envolvidos diretamente com o esgotamento, vez que o autocuidado entre funcionários deve começar de *cima para baixo*;
- iii. Escolha de sistemas de incentivos que não seja financeiro. Remuneração como forma de recompensa aos trabalhadores acometidos de sintomas da *burnout* não se mostrou um bom caminho, até porque remuneração baseada na produtividade geralmente leva a excesso de trabalho, incrementando os sintomas da síndrome.

## 2. BREVES APONTAMENTOS SOBRE A RESPONSABILIDADE SUBJETIVA NOS EVENTOS ACIDENTÁRIOS TRABALHISTAS

---

<sup>42</sup>MASLACH, Christina; JACKSON, Susan E. *The measurement of experienced burnout. Journal of organizational behavior*, v. 02, n. 2. 1981.

<sup>43</sup>Para cada uma dessas escalas ainda existem três subescalas para mensurar a extensão dos sintomas de cada indivíduo.

<sup>44</sup>A eficácia das terapias para o tratamento ainda é insuficientemente investigada. Somente para terapia cognitivo-comportamental (TCC) existe um número adequado de estudos que comprovam sua eficácia relativa. Faltam grandes estudos experimentais de longo prazo que comparem a eficácia das terapias isoladas e avaliem suas evidências. A recuperação natural sem quaisquer terapias e introdução medicamentosa precisa de mais pesquisas. Além disso, deve-se examinar em que medida as terapias e seus possíveis efeitos são frustrados pelas condições do local de trabalho e pelas condições de trabalho em si.

No que tange às doenças laborais, segundo a legislação brasileira, cumpre, além do Estado como fiscalizador, tanto ao empregado como ao empregador observar as normas de Saúde, Segurança e Medicina do Trabalho. Aliás, a própria CLT ressalta a importância de que sejam adotadas todas as medidas impostas pelo contratante e pelos órgãos fiscalizadores competentes, de modo que os empregados sejam instruídos e estejam devidamente equipados para o labor, além de plena ciência quanto às precauções a tomar e utilização dos equipamentos para proteção individual.

Ademais, essencial que os empregadores forneçam e controlem por meio de revalidação, troca, ou renovação todos os equipamentos de proteção individual e de proteção coletiva (ventiladores, exaustores, enclausuramentos, placas sinalizadoras, pisos antiderrapante, etc.) aos trabalhadores, de maneira a se evitar a ocorrência de acidentes ou doenças.

## 2.1. Nexo causal - ato ilícito, culpa e dano

Para que possamos ter uma breve ideia acerca das indenizações advindas das doenças laborais, essencial a retomada do estudo sobre a *responsabilidade civil*, ou seja, necessário analisar-se a teoria que toma por diretriz a máxima: somente existirá indenização como forma de reparação do dano quando presentes os pressupostos do ato ilícito e da prova de culpa, formalizando-se a cadeia de desdobramentos a que a doutrina denomina *nexo causal*.

Neste sentido, na seara laboral, a teoria da responsabilidade civil subjetiva é regra (ainda que não absoluta) que estabelece uma segunda máxima: ainda que ocorra o ato ilícito, inexistindo culpa *lato senso*, inexistente obrigação de reparar.

Além disso, uma vez estabelecidas as condições para que uma pessoa seja considerada responsável pelo dano compete ao Estado-Juiz determinar em que grau e medida ficará ela obrigada a repará-lo por meio da indenização pecuniária líquida, justa e razoável.

Porém, uma das grandes problemáticas deste sistema de apuração na prática trabalhista diz respeito à presunção legal da hipossuficiência do trabalhador. Este nem sempre consegue provar a culpa do empregador, seja por desigualdade econômica, seja por cautela excessiva na colheita de provas e como resultado muitas vezes o acidentado pode não ser indenizado, apesar de ter sido lesado. Tais condições, desde a Reforma Trabalhista de 2017 acentuaram-se, tendo em vista que também as perícias judiciais passaram a ser cobradas daqueles considerados sucumbentes no objeto da questão controvertida, podendo alcançar, inclusive, a própria pessoa do trabalhador<sup>45</sup>.

Esquemáticamente, os pressupostos para que ocorra o pagamento de indenização deverão observar a ocorrência de:

- a. **Ato ilícito** = conduta contrária ao ordenamento e consubstanciado por antijuridicidade (elemento objetivo) e imputabilidade (elemento subjetivo); o primeiro, como uma conduta comissiva ou omissiva, contrária ao direito e de ofensa à norma e o segundo, como capacidade de discernimento advinda da maturidade e sanidade do agente;
- b. **Culpa** = abrange a modalidade estrita de culpa (imprudência, imperícia e negligência) e a modalidade de dolo (conduta intencional, ou em que assume o risco pelo resultado, chamado dolo eventual);
- c. **Dano** = efetiva lesão ao bem jurídico tutelado, seja de forma diretamente valorável (patrimonial), seja de forma indiretamente valorável (extrapatrimonial, como dano moral, dano estético, etc.). O dano patrimonial diz respeito à lesão material, representada diretamente por um interesse econômico ou pecuniário e pode ser subdividido em duas facetas: a dos danos emergentes e a dos lucros cessantes. Os primeiros caracterizariam os prejuízos efetivamente sofridos pela vítima, já os segundos, representariam os valores que supostamente a vítima do dano deixaria de auferir. Já o dano extrapatrimonial diz respeito a uma lesão ao direito da personalidade humana e atinge a moral, liberdade, igualdade, etc. Tendo em vista que o dano moral somente poderá ser requerido quando a dignidade for atingida, diz-se que tem função

---

<sup>45</sup>Vide art. 790-B da CLT.

meramente satisfatória, enquanto o dano patrimonial tem função ressarcitória, pois busca recuperar a equivalência anteriormente perdida;

- d. **Nexo causal** = relação de causa e efeito entre a conduta do agente provocador e o dano causado ao trabalhador. Consideram-se excludentes do nexo causal o caso fortuito ou a força maior, além do fato ensejador exclusivo da vítima (culpa exclusiva da vítima) que impedem a indenização. **Acidente do trabalho por concausa**: causa que embora não tenha sido única, haja contribuído diretamente para a morte, redução ou perda da capacidade para o trabalho, ou ainda, que tenha produzido lesão que exija atenção médica para recuperação, decorrente de fato independente e estranho na produção do resultado, ou de causa não ligada à atividade laborativa. A doutrina assevera que estas causas concorrentes poderão se dar de forma preexistente (já existiam anteriormente ao dano), concomitante (ocorrem simultaneamente ao fato traumatizante danoso) ou superveniente (quando decorrem de causas posteriores ao acidente ou dano). Em termos de concessões por incapacidades acidentárias pelo INSS foram estabelecidos como moduladores os *nexos técnico-previdenciário* (NTP) <sup>46</sup> divididos em três subespécies:
- i. *Nexo técnico profissional ou do trabalho*, decorrente da constatação de tecnopatias ou mesopatias fundamentadas nas associações entre doenças e exposições constantes das listas “A” e “B” do anexo II do Decreto nº 3.048/99 (Regulamento da Previdência Social);
  - ii. *Nexo Técnico Individual*, decorrente de acidentes de trabalho típicos ou de trajeto, bem como de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele relacionado diretamente, nos termos do § 2º do art. 20 da Lei nº 8.213/91 (Lei de benefícios e beneficiários da Previdência Social);
  - iii. *Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário*<sup>47</sup>, aplicável quando houver significância estatística da associação entre o código da classificação internacional de doenças (CID) e o da classificação nacional de atividade econômica (CNAE) fundamentado na lista “C” do Anexo II do Decreto nº 3.048/1999.

## 2.2. Indenização

Por fim, há de se destacar que a reparação é gênero, que comporta dentro de si duas espécies: a *indenização* e a *compensação*. Etimologicamente *indenizar* é remunerar financeiramente pessoa ou instituição à qual se causou danos, ou cujos direitos foram violados e, *compensar* é equilibrar, igualar, corrigir, nivelar, ou seja, neutralizar os efeitos negativos com ação em sentido contrário.

Adaptando tais condições à justiça obreira, só haverá responsabilização jurídica do empregador se restarem verificados os requisitos essenciais analisados anteriormente: ato ou situação em desacordo com a norma, ou que se caracterize como violação a um direito da vítima (ato ilícito), o dano (doença laboral como gênero), o nexo causal (relação doença e ambiente de trabalho) e a culpa (do empregador ou seus prepostos pela situação que provocou a doença). Portanto, em relação aos efeitos do acidente no campo da responsabilidade subjetiva, deverão estar presentes os requisitos anteriores, sob pena de não se conseguir responsabilizar o empregador pelo dano acidentário. Não se olvide de que atuam como excludentes da responsabilidade indenizatória, a culpa exclusiva da vítima, o caso fortuito e força maior.

Uma vez formalizado o nexo causal, a responsabilidade civil do empregador pressupõe a existência de prejuízo material, ou sofrimento moral do trabalhador e mede-se pela extensão do dano, gravidade de sua culpa no surgimento da doença laboral, bem como a contabilização da culpa da

---

<sup>46</sup>Para maiores informações sobre “Nexo Técnico Previdenciário” vide o endereço eletrônico do INSS in [<https://www.inss.gov.br/orientacoes/nexos-tecnicos-previdenciarios/>].

vítima na ocorrência que resultou no dano, todos parâmetros sopesados no arbitramento do *quantum* na indenização pelo Estado-Juiz. Já a indenização por danos morais, em situações de perda de capacidade laborativa, deve permitir a melhor e mais justa compensação do dano ocorrido, pois impossível ressarcir-se de forma absoluta o mal já provocado.

Segundo o princípio da reparação, o empregador que não evitar a lesão ao empregado deverá reparar o dano eventualmente decorrente, cabendo ainda responder por ações propostas pelo INSS quando comprovada a não utilização dos equipamentos de proteção pelo empregado e, conseqüentemente, tenha ocorrido pagamento de benefícios por incapacidade ao trabalhador (ação regressiva). Assim dispõe o art. 120 da Lei nº 8.213/91 que dispõe:

*Em caso de acidente de trabalho causado por negligência do responsável pelo cumprimento das normas de segurança e saúde no trabalho indicadas para a proteção individual e coletiva dos segurados, a Previdência Social poderá ajuizar ação regressiva contra os responsáveis para se restituir dos valores gastos nos benefícios pagos por morte ou por incapacidade, permanente ou temporária.*

## **VI. CONCLUSÕES**

O presente artigo buscou demonstrar de forma breve que a evolução histórica sobre a tutela das doenças laborais contraídas pelo trabalhador durante suas atividades ocorreu basicamente a partir de 1.930, mas ganhou relativa efetividade através das mudanças nas relações sociais de trabalho incentivadas pela CF/88 viria a preocupar-se com o ambiente de trabalho equilibrado.

Objetivamente, em termos legais, a obstinação pelo lucro empresarial e o menoscabo com o descanso físico e mental do trabalhador sofreram grande influência da mão de obra europeia, por volta do ano de 1.900, o que viria a incentivar a produção de instrumentos que pudessem estabelecer parâmetros de labor saudável, exatamente com fez o Decreto 2.637/34 sobre os infortúnios laborais, o Decreto-Lei 7.036/44 ao estabelecer novos conceitos para o gênero acidente de trabalho e a Lei 5.316/67 ao entabular a teoria do risco social.

Desafortunadamente, somente a partir de meados do século XX com as leis 8.212/91, 8.213/91 e Decreto 3.048/99 (Regulamento da Previdência Social) é que novas diretrizes sobre doenças laborais e agentes patogênicos causadores de doenças passaram a ser estudados com maior efetividade e formas de tutela laboral puderam ser implementadas. Formular-se-ia a partir daí a ideia de que as doenças laborais devem ser analisadas como *gênero*, enquanto acidentes de trabalho, doenças profissionais e doenças ocupacionais suas respectivas espécies. Hodiernamente, a Lei 13.467/17 (Lei da Reforma Trabalhista) deitou vista sobre as indenizações pecuniárias (materiais e por danos extrapatrimoniais) aos trabalhadores lesados por doenças laborais, buscando solucionar a dificuldade de valoração.

A tutela constitucional da dignidade da pessoa humana e a questão da apartação laboral no atendimento aos grupos sociais acometidos de doenças laborais (físicas e mentais) têm influenciado debates sobre a responsabilidade indenizatória do empregador nas relações acidentárias, nexos de causalidade e culpa não presumida. Incrementa-se, com isso a análise das conceituações, características e diagnósticos médicos sobre a síndrome de *burnout*, caracterizando-se o caráter previdenciário da doença – auxílio-doença acidentária (B91) e a Resolução 128 do INSS (Manual de diretrizes de apoio à decisão médico-pericial em Psiquiatria).

A partir do ano 2.000, a síndrome de burnout ou de esgotamento por exaustão passa a ser analisada mais de perto no Brasil, tentando-se enquadrada como depressão advinda da atividade laboral, ao mesmo tempo em que se incentivam formas de atendimento dos trabalhadores lesados buscam-se formas de tratá-la como *doença crônica* (doença ocupacional) e de *atuação rápida* por meio do combate medicamentoso direto (acidente de trabalho). Acirram-se os debates quanto à questão da cumulatividade do dano moral e do dano existencial decorrentes de doenças mentais do trabalhador.

## **VII. BIBLIOGRAFIA**

BITENCOURT, Celso Lima; QUELHAS, Osvaldo Luís Gonçalves. **História da Evolução dos Conceitos de Segurança.** Congresso Nacional de Engenharia de Produção. Niterói: ENEGEP, 1998.

CHISHOLM, D. et al. **Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis.** *Lancet Psychiatry*, v. 3, n. 5, Ano de 2016.

CHIU, Lily Y. L. **The relationship between burnout and depressive symptoms in patients with depressive disorders.** *Journal of Affective Disorders*, v. 172. Ano de 2015.

COSTA, Belisa Souza; CINTRA, Cynthia Leonis Dias. **Os possíveis impactos da reforma da legislação trabalhista na saúde do trabalhador.** *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho.* Maranhão. 2018.

DA SILVA, José Afonso. *Direito Ambiental Constitucional.* 8ª edição. São Paulo: Malheiros, 2010.

FREUDENBERGER, Herbert J. **Staff Burnout.** *Journal of Social Issues*, v. 30, n. 1. Ano de 1974.

MASLACH, Christina; JACKSON, Susan E. **The measurement of experienced burnout.** *Journal of organizational behavior*, v. 02, n. 2. Ano de 1981.

ROCHA, Júlio Cesar de Sá da Rocha. **Direito Ambiental do Trabalho - Mudanças de Paradigma à Saúde do Trabalhador.** 2ª edição. São Paulo: Atlas, 2013.

RODRIGUES DE SOUZA, Gabriela Gomes. **A Indústria Têxtil na Crise do Império. O Caso da Companhia Têxtil Brasil Industrial.** Rio de Janeiro: Anais do XVII Congresso de História da ANPUH-Rio, 2016.