

Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho – obrigação legal de base técnica se transforma em imbróglio político-social: reflexões sobre possíveis saídas

List of Work Related Diseases – legal requirement turns into a social-political embroilment: thoughts about possible resolutions

Elizabeth Costa Dias¹, João Silvestre Silva-Junior², Karla Freire Baeta³, Marcia Bandini⁴

DOI: 10.1590/0103-1104202112914

Introdução – afinal, qual é a questão?

A publicação da atualização 2020 da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) do Ministério da Saúde do Brasil e sua imediata revogação, após quase três anos de trabalho, gerou indignação em muitos setores sociais envolvidos no movimento pela Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e da Reforma Sanitária. No vácuo legal, foi necessário ressuscitar a versão 1999 para que o País tivesse uma LDRT vigente.

Este imbróglio demonstrou que diversos atores sociais e governamentais desconhecem a atribuição do Ministério da Saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS) de atualização periódica da LDRT, previstas na Lei Orgânica da Saúde¹. Um dos aspectos positivos foi a inédita repercussão nas mídias no País e as reações das instituições públicas e da sociedade civil.

Elaborar uma LDRT é um processo complexo que incorpora o conhecimento técnico científico sobre as relações trabalho-saúde-doença, bem como reflete o movimento de contrapoderes entre forças sociais e os interesses econômicos envolvidos no reconhecimento da relação do adoecimento com o trabalho. O legado de Bernardino Ramazzini, médico italiano que se relacionou pela primeira vez em 1700, tem o propósito de facilitar o reconhecimento da relação entre adoecimento e trabalho, e assim orientar ações assistenciais, de vigilância da saúde e processos de reparação previdenciária. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) publicou sua primeira lista no início do século XX e foi seguida por diversos países². Conforme levantamento realizado em 2019 com dados da OIT, 99 países informaram LDRT como parte dos seus marcos legais em segurança e saúde no trabalho.

No Brasil, a primeira normativa sobre doenças relacionadas ao trabalho remonta à década de 1940, que obrigava a notificação de quadros relacionados a 14 exposições de risco no trabalho³. No início da década de 1990, houve a atualização da legislação previdenciária, que apresentou uma lista de 27 agentes patogênicos sem estabelecer identificação das doenças ou efeitos sobre a saúde decorrentes da exposição ocupacional^{4,5}. Eram frequentes as confusões e equívocos no reconhecimento das Doenças Relacionadas ao Trabalho (DRT), consideradas pela legislação previdenciária como uma extensão do conceito de acidente do trabalho. Portanto, nunca houve

¹Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

²Centro Universitário São Camilo (Cusc) – São Paulo (SP), Brasil.
joaossj@gmail.com

³Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.

⁴Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil.



uma definição rigorosa de DRT que atendesse aos objetivos e necessidade dos serviços de saúde para desenvolver a atenção integral à saúde dos trabalhadores.

Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde atribuiu ao SUS as ações de vigilância epidemiológica dos agravos relacionados ao trabalho e a revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho¹. Mas apenas no final dessa década, a Coordenação da Área Técnica de Saúde do Trabalhador (Cosat), vinculada à época à Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, implantou, dentre as iniciativas destinadas a qualificar a atenção à saúde dos trabalhadores, considerando sua inserção nos processos produtivos, a formulação da proposta de Política Nacional de Saúde do Trabalhador; o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na atenção primária; a ampliação dos processos de capacitação dos trabalhadores de saúde e do controle social; e a elaboração da lista de doenças profissionais ou do trabalho para orientar o diagnóstico das doenças e o estabelecimento da relação com o trabalho e ações de vigilância epidemiológica e dos ambientes e condições de trabalho no âmbito do SUS. À época, o Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Resolução nº 220/97, recomendou ao Ministério da Saúde a instituição da Lista de Doenças Ocupacionais no SUS e a obrigatoriedade de sua notificação.

Assim, em 1999, o Ministério da Saúde publicou a LDRT com o propósito de apoiar as atividades de promoção, proteção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores no SUS^{6,7}. A elaboração da Lista foi iniciada a partir dos 27 agentes patogênicos de risco reconhecidos pela previdência social e resultou na elaboração de duas listas: a Lista A – organizada a partir dos agentes e respectivas doenças e a Lista B – organizada a partir das doenças e respectivos agentes de risco. Foi utilizada a taxonomia da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10). O critério de Schilling^{8,9}, utilizado

internacionalmente, foi adotado como base conceitual, pois sistematiza o impacto do trabalho sobre a saúde em três categorias:

- GRUPO I: Doenças em que o Trabalho é causa necessária, tipificadas pelas ‘doenças profissionais’ clássicas e pelas intoxicações profissionais agudas;
- GRUPO II: Doenças em que o Trabalho pode ser um fator contributivo, mas não necessário, exemplificadas pelas doenças ‘comuns’ mais frequentes ou precoces em determinados grupos ocupacionais em que onexo causal é de natureza clínico-epidemiológica, como, por exemplo, hipertensão arterial e neoplasias malignas em determinadas ocupações;
- GRUPO III: Doenças em que o Trabalho desencadeia ou agrava um distúrbio latente ou doença pré-existente, ou seja, atua como concausa. Como exemplo, citam-se as doenças alérgicas de pele ou respiratória e distúrbios mentais em determinadas ocupações.

Ao final do processo, a LDRT de 1999 foi integralmente adotada pela previdência social com o objetivo de auxiliar os profissionais do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) no estabelecimento da espécie acidentária dos benefícios previdenciários⁵. Também se tornou referência para decisões do Judiciário e do Ministério Público em reclamações trabalhistas e ações civis públicas; tem sido usada para pautar organizações de trabalhadores e empregadores; e para nortear processos de formação, capacitação e educação continuada de profissionais do campo da saúde do trabalhador. Importante ressaltar que a LDRT não é exaustiva, ou seja, enfermidades que não estão nela incluídas podem ser reconhecidas como relacionadas ao trabalho se houver histórico de exposição ocupacional que justifique onexo de causa ou concausa.

Passados quase 20 anos de sua publicação, tornou-se imperativa sua revisão, dadas as

grandes transformações ocorridas nos processos produtivos, suas consequências para a saúde dos trabalhadores, os avanços do conhecimento técnico-científico e a experiência acumulada pelos serviços de saúde, em especial dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest). Assim, a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador, do Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (CGSAT/DSASTE/SVS/MS), cumprindo o dispositivo legal, constituiu um grupo de trabalho para apoiar o processo de atualização da LDRT de 1999. O processo contou com a contribuição de especialistas no tema indicados por: serviços de saúde da rede SUS; universidades e institutos de pesquisa, como a Fundacentro e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); representantes de sindicatos patronais e de trabalhadores; instituições governamentais, da Secretaria Especial do Trabalho e da Previdência Social; Instituto Nacional do Câncer (Inca); Serviço Social da Indústria (Sesi Nacional); Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); Associação Médica Brasileira, entre outras partes interessadas.

Ao longo do processo, o documento preliminar foi submetido à consulta pública por 60 dias e todas as sugestões foram tecnicamente analisadas para decisão sobre a incorporação. A versão publicada foi previamente aprovada pelas instâncias do Ministério da Saúde, dentre as quais obteve parecer favorável da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde, com a recomendação de que a LDRT seja atualizada periodicamente em um prazo máximo de cinco anos. Também foi apresentada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), espaço de governança e de pactuação da organização e funcionamento das ações da rede de atenção à saúde, antes da assinatura pelo Ministro da Portaria GM/MS nº 2.309, de 28 de agosto de 2020, publicada no Diário Oficial

da União (DOU) de 1º de setembro.

A atualização 2020 da LDRT também está organizada por dupla entrada: Lista A, contendo agentes ou fatores de risco com respectivas doenças relacionadas ao trabalho, e Lista B, contendo doenças relacionadas ao trabalho com respectivos agentes ou fatores de risco. Este referencial representa importante instrumento para a efetivação da Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras, pois orienta os profissionais de saúde da rede dos serviços do SUS a realizar diagnóstico clínico e epidemiológico de doenças potencialmente relacionadas ao trabalho. Orienta, também, o desenvolvimento das ações de vigilância epidemiológica, de ambientes e de processos de trabalho, visando à promoção, proteção, prevenção de riscos, agravos e doenças do trabalho.

As centenas de pessoas que participaram desse longo processo de revisão, legítimo e legalmente amparado, comemoraram a finalização do trabalho para a qualificação do diagnóstico das doenças relacionadas ao trabalho no SUS. Mas a celebração durou menos do que 24 horas, porque o então Ministro Interino da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 2.345, de 2 de setembro de 2020, revogando a atualização 2020 da LDRT, descumprindo e desrespeitando os ritos processuais exigidos pela revogação, dado que não repristinou a lista anterior.

A repristinação ocorre quando uma lei é revogada por outra e posteriormente a própria norma revogadora é revogada por uma terceira lei, que irá fazer com que a primeira tenha sua vigência reestabelecida, caso assim determine em seu texto legal. No caso da Portaria nº 2.345/2020, essa ação intempestiva também derrubou a LDRT de 1999, criando um clima de insegurança jurídica.

O Ministério da Saúde não emitiu nota esclarecedora quanto à decisão de revogar a Portaria nº 2.309/2020, mas notícias divulgadas na imprensa indicam que o principal motivo teria sido a inclusão da Covid-19 na LDRT atualizada. Entretanto, tal informação não foi confirmada, visto que o documento

foi apresentado em diversas instâncias, bem como aprovado juridicamente pelo próprio Ministério da Saúde. É possível que a Covid-19, doença infectocontagiosa reconhecida como relacionada ao trabalho em diversos países, esteja sendo usada como justificativa para impedir os avanços importantes que a lista atualizada trouxe, como a reestruturação da forma de apresentação dos aspectos de risco relacionados à biomecânica do trabalho e aos fatores organizacionais ou psicossociais.

A LDRT também apresenta uma revisão na nomenclatura de agentes de risco físico, químico, biológico, e introduz novos agentes. Além disso, o quantitativo de códigos diagnósticos por categoria, cujo modelo contém uma letra e dois números, passou de 182 para 347, envolvendo, principalmente, os transtornos mentais e comportamentais, e as neoplasias, ou seja, tumores, dado que são doenças com ampla discussão sobre a multifatorialidade etiológica, nas quais a participação do trabalho tem sido crescentemente reconhecida.

Diante do clima de insegurança jurídica criado com a revogação, instâncias dos poderes executivo, judiciário e legislativo fizeram manifestações imediatas. A Câmara Técnica de Saúde do Trabalhador do Conass e o Ministério Público do Trabalho protestaram contra a revogação da lista e propuseram sua retomada; e na Câmara dos Deputados foi proposto o Projeto de Decreto Legislativo (PDL) nº 388/2020. Após essas ações, e com atraso de uma semana, foi publicada uma terceira normativa, republicando a LDRT de 1999 pela Portaria nº 2.384, de 8 de setembro de 2020. Naturalmente, tal reviravolta causou perplexidade e indignação nos setores sociais envolvidos com a questão, uma vez que não houve uma justificativa plausível para tantos sobressaltos.

O CNS, por meio da Recomendação nº 058 e da Resolução nº 643, indicou a adoção da atualização 2020 da LDRT, publicada pela Portaria nº 2.309/2020, cumprindo seu papel de instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS, e exercendo sua missão de fiscalizar,

acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde nas suas mais diferentes áreas. Como se encarrega de levar as demandas da população ao poder público, é chamado de controle social na saúde. Também, o Conass publicou nota recomendando que a Portaria nº 2.309/2020 seja reestabelecida e que a LDRT versão 2020 seja adotada, em definitivo. No âmbito do Legislativo, além do já mencionado PDL nº 388/2020, apresentado na Câmara dos Deputados, o Senado Federal apresentou o PDL nº 396/2020, para recolocar a Covid-19 na LDRT.

A LDRT se tornou assunto nas mídias em todo o País. O acompanhamento das notícias e das redes sociais mostrou que, apesar de mais de duas décadas, ainda não havia clareza sobre o seu propósito. Várias declarações confundiram a finalidade de vigilância em saúde do trabalhador com a reparação pela previdência social. Com o passar dos dias, os discursos foram se modificando à medida que ficava evidente o equívoco de algumas declarações inconsistentes, confundindo a finalidade da LDRT-2020 elaborada para o setor saúde e que se ajustaram nos debates. Bom, mas insuficiente. Ainda há espaço para divulgar mais e esclarecer o uso da LDRT no SUS e, por que não, além do SUS? Certamente, sua implantação beneficia a todos, pois o objetivo final é eliminar riscos ocupacionais e doenças relacionadas ao trabalho, que são, em sua maioria, quadros preveníveis e, portanto, inaceitáveis.

Apesar das perdas e lamentações quanto aos possíveis retrocessos que essas medidas do Ministério da Saúde podem acarretar aos trabalhadores e à qualidade do trabalho no SUS, existe um saldo positivo desse processo que deve ser reconhecido, qual seja, a redescoberta da LDRT, a discussão do adoecimento relacionado ao trabalho e o posicionamento firme do CNS.

Como se vê, muito aconteceu em pouco tempo, levando a crer que outros desdobramentos ainda acontecerão. Sem querer incorrer em erros de um exercício de futurologia, podemos levantar algumas conclusões. A começar que é preciso falar muito sobre a LDRT, sua origem, sua finalidade, sua aplicação

e, até mesmo, suas limitações, porque, embora a lista contenha 347 doenças, é apropriado dizer que há outras não incluídas. Também, a presença de um código-diagnóstico na LDRT não significa o reconhecimento automático denexo ocupacional, sendo necessário fazer um adequado diagnóstico, que inclui diagnóstico diferencial e o necessário estudo da relação com o trabalho.

A elaboração de uma LDRT não é exclusiva de um grupo de especialistas e da participação social, em especial dos trabalhadores: é essencial para trazer os saberes da prática para a ciência. Finalmente, a LDRT não tem e não pode ter um ‘dono’. A LDRT é da sociedade brasileira, e, como patrimônio público, deve ser defendida e integrada às práticas de saúde do trabalhador como uma referência potente que auxilia os profissionais de saúde, os trabalhadores e os empregadores, ao mesmo tempo em que se apresenta como uma poderosa ferramenta de capacitação e formação no campo da saúde do trabalhador.

Se alguém entendeu que o embate e a correlação de forças acabaram em dois de setembro com a revogação da Portaria nº 2.309/2020, fica o alerta. Está apenas começando uma nova fase de retomada da consciência do direito fundamental e indisponível da saúde, em um período de crise sanitária decorrente da pandemia do novo coronavírus, que evidenciou também, a crise política, econômica e humanitária e os arranjos geopolíticos, pela submissão à agenda neoliberal e ao mercado, em contraposição à vida.

Colaboradores

Dias EC (0000-0003-1708-1014)*, Silva-Junior JS (0000-0001-7541-5946)*, Baeta KF (0000-0002-9981-8835)*, Bandini M (0000-0003-2899-090X)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. 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. Diário Oficial da União. 20 Set 1990. [acesso em 18 maio 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
2. International Labour Organization. List of occupational diseases (revised 2010). Identification and recognition of occupational diseases: Criteria for incorporating diseases in the ILO list of occupational diseases. Geneva: ILO; 2010.
3. Brasil. Decreto-Lei nº 4.449/1942. Torna obrigatória a notificação de doenças profissionais. Diário Oficial da União. 10 Jul 1942. [acesso em 18 maio 2021]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-4449-9-julho-1942-414640-publicacaooriginal-1-pe.html>.
4. Brasil. Decreto nº 2.172, de 5 de março de 1997. Aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social. Diário Oficial da União. 9 Abr 1997.
5. Brasil. Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 7 Maio 1999.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.339, de 18 de novembro de 1999. Dispõe sobre a lista de doenças relacionadas ao trabalho. Diário Oficial da União. 19 Nov 1999. [acesso em 18 maio 2021]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.339-de-19-de-maio-de-2020-257608309>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 29 Set 2017. [acesso em 18 maio 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html.
8. Schilling RSF. More effective prevention in occupational health practice?. *Occupational Medicine*. 1984; 34(3):71-79.
9. Dias EC. A investigação das relações saúde-trabalho, o estabelecimento do nexos causal da doença com o trabalho e as ações decorrentes. In: Brasil. Ministério da Saúde. Doenças Relacionadas ao Trabalho – Manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001.

Recebido em 04/10/2020
Aprovado em 18/02/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve