



Poder Judiciário
Justiça do Trabalho
Tribunal Superior do Trabalho

PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

CMB/cm/cmb

Embargante : **LEDIR DE SOUZA DA MOTTA**

Embargado : **MUNICÍPIO DE CRISSIUMAL**

Relator : **Ministro Breno Medeiros**

VOTO CONVERGENTE

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - ADICIONAL DE INSALUBRIDADE - PERÍODO POSTERIOR À LEI Nº 13.342/2016 - LAUDO PERICIAL - AUSÊNCIA DE CONDIÇÕES TÉCNICAS INSALUBRES - ANEXOS DA NR-15 DA PORTARIA Nº 3.214/78 DO MINISTÉRIO DO TRABALHO - EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 120 DE 2022

Discute-se, no caso, se a autora, no desempenho da função de agente comunitário de saúde, tem direito ao adicional de insalubridade.

Inicialmente, registro meu entendimento de que a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 7º, XXIII, prevê o adicional de insalubridade com claro objetivo de proteção à saúde e de melhoria das condições sociais dos trabalhadores, ainda que com viés compensatório, em atendimento aos fundamentos da dignidade da pessoa humana e da valorização social do trabalho e da própria vida humana, com vistas à efetivação da justiça social.

Em harmonia com as normas internacionais concernentes ao trabalho, o artigo 189 da CLT determina que sejam consideradas como atividades ou operações insalubres aquelas que, por sua natureza, condições ou métodos de trabalho, exponham os empregados a agentes nocivos à saúde, acima dos limites de tolerância fixados em face da natureza e da intensidade do agente e do tempo de exposição aos seus efeitos.

Desse modo, tendo em vista o comando do artigo 190 Consolidado, competiu ao Ministério do Trabalho aprovar o quadro das atividades e operações insalubres e adotar normas sobre os critérios de caracterização da insalubridade, os limites de tolerância aos agentes agressivos, os meios de proteção e o tempo máximo de exposição do empregado a esses agentes.

Referido órgão ministerial, por meio da Portaria nº 3.214 de 1978, editou a Norma Regulamentadora nº 15, que, em seu Anexo 14, definiu a relação das atividades que envolvem **agentes biológicos**, cuja insalubridade é caracterizada



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

pela **avaliação qualitativa das atividades tidas por insalubres**, com determinação dos limites de tolerância permitidos para exposição a cada agente morbígeno, nos graus alto e médio, e confere o direito à percepção de adicional de 40% e 20%, respectivamente, incidente sobre o salário mínimo da região. **Portanto, a natureza insalubre do labor não é determinada por fatores quantitativos, mas pela “intensidade” da presença dos fatores de risco no ambiente de trabalho.** Confira-se:

“NR 15 - ATIVIDADES E OPERAÇÕES INSALUBRES ANEXO N.º 14 (Aprovado pela Portaria SSST n.º 12, de 12 de novembro de 1979) AGENTES BIOLÓGICOS Relação das atividades que envolvem agentes biológicos, **cuja insalubridade é caracterizada pela avaliação qualitativa.**”

Assim, **sempre entendi que as atividades desenvolvidas por agentes comunitários de saúde ou agentes de combate às endemias com exposição às mais variadas formas de resíduos biológicos devem ser consideradas insalubres.** Os primeiros, em alguma medida, mantêm contato com pacientes e com agentes patológicos de diversas doenças. Os segundos, além de se exporem a agentes biológicos, manipulam produtos químicos para o controle de diversos vetores.

Todavia, a SBDI-1 desta Corte, na sessão do dia 18/02/2016, quando do julgamento do E-RR-207000-08.2009.5.04.0231 (Redator Designado: Ministro Aloysio Corrêa da Veiga, DEJT de 29/04/2016), firmou jurisprudência na linha de que as atividades desempenhadas pelos agentes comunitários de saúde, **por não estarem enquadradas no Anexo 14 da NR 15 da Portaria nº 3.214/78 do Ministério do Trabalho, não geram o direito ao adicional de insalubridade**, pois “não se pode estender o **conceito de residência ao do ambiente hospitalar**, nem há como definir o **contato social** como agente de exposição ao agente insalubre”. Eis a ementa do referido julgado:

“EMBARGOS. ADICIONAL DE INSALUBRIDADE. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE. ANEXO 14 DA NORMA REGULAMENTAR 15 DA PORTARIA 3.214/78 DO MTE. Nos termos do inciso I da Súmula 448 do c. TST, não basta a constatação da insalubridade por meio de laudo pericial para que o empregado tenha direito ao respectivo adicional, sendo necessária a classificação da atividade insalubre na relação oficial elaborada pelo Ministério do Trabalho. **O fato de o agente comunitário de saúde ter a incumbência de visitar mensalmente famílias cadastradas, com promoção e orientação de saúde, ou mesmo o acompanhamento do desenvolvimento de pessoas com doenças infecto-**



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

contagiosas, em domicílios, não é suficiente para enquadramento no quadro Anexo 14 da NR da Portaria 3124/78, eis que não se pode estender o conceito de residência ao do ambiente hospitalar, nem há como definir o contato social como agente de exposição ao agente insalubre. Recurso de embargos conhecido e desprovido.” (E-RR-207000-08.2009.5.04.0231, Redator Ministro: Aloysio Corrêa da Veiga, Subseção I Especializada em Dissídios Individuais, DEJT 29/04/2016).

A partir de então, repetiu-se nas diversas Turmas desta Corte e em precedentes outros desta Subseção o fundamento central adotado na referida decisão, no sentido de que o trabalho realizado nas residências por esses profissionais não se equipara ao labor realizado no âmbito dos estabelecimentos hospitalares, por não haver previsão específica no Anexo XIV da NR-15. Por conseguinte, o direito não lhes seria assegurado.

Contudo, apesar de haverem sido localizadas **44 decisões** proferidas por esta Subseção (todas listadas a seguir), **a quase totalidade delas se refere ao período anterior à alteração legislativa.** Algumas, porém, também analisaram agravos ou embargos em que se questionou o período posterior à modificação e contiveram peculiaridades, destacadas a seguir:

a) em uma, mencionou-se a mudança legislativa na ementa, mas se adotou como fundamento para manter a decisão da Turma o fato de haver sido baseada em laudo pericial que atestou não ser insalubre a atividade da reclamante:

"AGRAVO. EMBARGOS EM RECURSO DE REVISTA. INTERPOSIÇÃO NA VIGÊNCIA DA LEI Nº 13.467/2017. INADMISSIBILIDADE. ADICIONAL DE INSALUBRIDADE. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE. **PRESTAÇÃO DE SERVIÇO EM PERÍODO ANTERIOR E POSTERIOR À VIGÊNCIA DA LEI Nº 13.342/2016.** INCIDÊNCIA DO ÓBICE INSCRITO NO ARTIGO 894, § 2º, DA CLT. CONTRARIEDADE À SÚMULA Nº 126. NÃO CONFIGURAÇÃO. NÃO PROVIMENTO. 1. Segundo o entendimento jurisprudencial firmado no âmbito desta colenda Corte Superior, as atividades do agente comunitário de saúde, que consistem em visitas domiciliares e entrevistas dos moradores com o objetivo de promoção de saúde, não se equiparam ao trabalho realizado em hospitais e outros estabelecimentos destinados aos cuidados da saúde humana, a teor do disposto no Anexo 14 da NR-15 da Portaria nº 3214/78 do MTE, de modo que se mostra indevido o adicional de insalubridade, a despeito da existência de laudo pericial concluindo de modo diverso. Incidência da diretriz perfilhada no item I da Súmula nº 448. 2. Nesse sentido, precedentes desta egrégia Subseção. 3. É importante salientar, todavia, que a Lei nº 13.342/2016, cuja vigência ocorreu a partir de 04.10.2016, acrescentou o § 3º ao art. 9º-A da Lei nº 11.350/2006, segundo o qual o agente comunitário de saúde e de combate às endemias



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

tem direito ao recebimento do adicional de insalubridade, desde que seja comprovado o exercício de trabalho de forma habitual e permanente em condições insalubres, acima dos limites de tolerância estabelecidos pelo órgão competente do Poder Executivo federal. 4. Dessa forma, a análise de eventual concessão do adicional de insalubridade aos agentes comunitários de saúde exige a observância da duração do contrato de trabalho antes e após a vigência da Lei nº 13.342/2016. No que diz respeito ao período anterior, não é devido o adicional de insalubridade, conforme o entendimento jurisprudencial desta Corte Superior. Quanto ao período posterior, é necessário analisar se havia o labor de forma habitual e permanente em condições insalubres acima dos limites de tolerância estabelecidos pelo órgão competente do Poder Executivo federal. **5. No presente caso, o ora agravante exerce a função de agente comunitário de saúde e seu contrato de trabalho abrange período anterior e posterior à Lei nº 13.342/2016. Como a conclusão do laudo pericial foi no sentido de que o labor sequer era exercido em condições insalubres, a egrégia Sexta Turma desta Corte entendeu que ele não tem direito ao pagamento de adicional de insalubridade, independentemente do momento da alteração legislativa.** 6. Considerando, pois, que o v. acórdão turmário está em conformidade com a jurisprudência deste Tribunal Superior, o processamento do recurso de embargos encontra óbice no artigo 894, § 2º, da CLT. 7. No tocante aos arestos que tratam do artigo 896, § 1º-A, I, da CLT, constata-se que não retratam hipótese fática idêntica à dos autos, em que a parte transcreveu corretamente o trecho do v. acórdão quanto ao tema em questão para fins de prequestionamento. Diante, portanto, da inespecificidade dos julgados, aplica-se o óbice previsto no item I da Súmula nº 296. 8. Ressalte-se, ademais, que não há falar em contrariedade à Súmula nº 126, porquanto não houve reexame do conjunto fático-probatório, mas apenas conclusão jurídica diversa por parte da egrégia Sexta Turma desta Corte em relação ao mesmo quadro fático constante no v. acórdão regional, com respaldo, inclusive, no laudo pericial constante no processo. 9. Agravo a que se nega provimento" (Ag-E-ED-RR-20617-69.2017.5.04.0641, Subseção I Especializada em Dissídios Individuais, Relator Ministro Guilherme Augusto Caputo Bastos, DEJT 28/01/2022);

b) em mais uma, a alegação constou das razões de agravo, mas não foi objeto de exame pelo Ministro Relator:

"RECURSO DE EMBARGOS INTERPOSTO NA VIGÊNCIA DA LEI 13.015/2014. ADICIONAL DE INSALUBRIDADE. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE. ATIVIDADES EM ATENDIMENTO RESIDENCIAL. As atividades dos agentes comunitários de saúde - de prevenção de doenças e promoção da saúde, ou mesmo de acompanhamento do desenvolvimento de pessoas com doenças infectocontagiosas - mediante ações domiciliares ou comunitárias não se inserem no Anexo 14 da NR-15 da Portaria 3.214/72 do MTE, uma vez que não se equiparam ao trabalho realizado em ambiente hospitalar ou outros



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

estabelecimentos destinados aos cuidados da saúde humana, nem se pode definir o contato social como agente de exposição ao agente insalubre. Precedentes. Recurso de Embargos de que não se conhece" (E-ED-ED-RR-20566-53.2016.5.04.0751, Subseção I Especializada em Dissídios Individuais, Relator Ministro Joao Batista Brito Pereira, DEJT 29/01/2021);

c) em duas outras, apesar de a controvérsia se referir apenas ao período anterior à alteração legislativa, esta constou dos fundamentos externados pelo eminente Ministro Relator, Breno Medeiros, mas não foi incluído nas respectivas ementas, o que permite extrair a ilação de que não foi alvo de exame específico pela Subseção, em especial porque foram julgados nas sessões virtuais dos dias 25/10/2018 e 09/08/2018:

"RECURSO DE EMBARGOS. RECURSO DE EMBARGOS INTERPOSTO SOB A ÉGIDE DA LEI Nº 13.015/2014. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE. ADICIONAL DE INSALUBRIDADE. AUSÊNCIA DE PREVISÃO NO ANEXO 14 DA NR 15 DA PORTARIA 3.214/78 DO MTE. O artigo 894, II, da CLT, com redação dada pela Lei nº 13.015/2014, restringe o manejo do recurso de embargos à demonstração de divergência jurisprudencial entre as Turmas desta Corte e entre estas e a SBDI-1 do TST ou contrárias a súmula do TST ou a orientação jurisprudencial desta Subseção ou a súmula vinculante do STF. Os arestos paradigmas transcritos no recurso estão desacompanhados da fonte oficial de publicação ou repositório autorizado de publicação, bem como não consta certidão ou cópia autenticada dos modelos, sendo inservíveis, portanto, uma vez que não atendida a exigência contida na alínea 'a' do item I da Súmula 337 do TST. Não satisfaz a hipótese do item IV da Súmula 337, porque o endereço da URL indicado remete à página de movimentação processual do TST, e não ao inteiro teor do acórdão paradigma. Precedentes. A egrégia 4ª Turma do TST não conheceu do recurso de revista dos embargantes ao fundamento de que não houve, no acórdão regional, referência a contato permanente da Reclamante com pacientes, uma vez que preponderava a orientação comunitária preventiva na área de saúde, bem como o contato das Reclamantes com pacientes ocorria no interior das residências das famílias da comunidade, e não em 'hospitais, serviços de emergência, enfermarias, ambulatórios, postos de vacinação e outros estabelecimentos destinados aos cuidados da saúde humana', nos termos do Anexo 14 da NR-15. Invocou-se a jurisprudência da Subseção 1 de Dissídios Individuais no sentido de se afastar o direito ao adicional de insalubridade em face de ausência de previsão no Anexo 14 da NR-15 da Portaria nº 3.214/78 do Ministério do Trabalho e Emprego. Por esses fundamentos, não há falar em contrariedade à Súmula 47 do TST, porque não discutido o caráter intermitente ou não da exposição. Recurso de embargos não conhecido" (E-ED-RR-1011-94.2014.5.12.0008, Subseção I Especializada em Dissídios Individuais, Relator Ministro Breno Medeiros, DEJT 31/10/2018);



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

"AGRAVO REGIMENTAL EM EMBARGOS EM EMBARGOS DE DECLARAÇÃO EM RECURSO DE REVISTA. RECURSO DE EMBARGOS INTERPOSTO SOB A ÉGIDE DA LEI Nº 13.015/2014. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE. ADICIONAL DE INSALUBRIDADE. A egrégia 6ª Turma do TST não conheceu do recurso de revista da embargante por entender que a atividade de agente comunitário de saúde nas residências dos assistidos não se confunde com aquelas realizadas em estabelecimentos que possuem finalidade específica de cuidado da saúde humana, uma vez que não possui concentração de variabilidade de agentes biológicos num ambiente sob isolamento controlado, de forma que apesar de realizar visitas domiciliares e de eventualmente entrar em contato com pacientes com doenças infectocontagiosas, a atividade não se enquadra no Anexo 14 da NR-15 do Ministério do Trabalho. Resta pacificado por esta Subseção Especializada, notadamente após o julgamento do E-RR-2070008.2009.5.04.0231, de que as atividades dos agentes comunitários de saúde, ao realizarem visitas a pessoas eventualmente portadoras de doenças infectocontagiosas, em domicílios, não se encontram inseridas no Anexo 14 da NR-15 da Portaria 3.214/72 do Ministério do Trabalho e, portanto, não rendem ensejo ao pagamento do adicional de insalubridade. Ali se definiu que a existência de laudo pericial atestando a insalubridade das atividades do reclamante não é suficiente para afastar a conclusão de que a atividade de agente comunitário de saúde não consta da relação oficial de atividades insalubres elaborada pelo Ministério do Trabalho, não se podendo, mesmo por analogia, equiparar visitas domiciliares com o ambiente hospitalar. É inviável o conhecimento de recurso de embargos, nos termos do artigo 894, § 2º, da CLT, segundo o qual a divergência apta a ensejar os embargos deve ser atual, não se considerando tal a ultrapassada por súmula do Tribunal Superior do Trabalho ou do Supremo Tribunal Federal, ou superada por iterativa e notória jurisprudência do Tribunal Superior do Trabalho. Agravo regimental conhecido e não provido." (AgR-E-ED-RR-772-88.2014.5.12.0041, Subseção I Especializada em Dissídios Individuais, Relator Ministro Breno Medeiros, DEJT 17/08/2018);

d) em outra, também sem referência na ementa, foi rejeitado pelo Ministro Relator pedido de manifestação sobre a mudança na legislação, por não haver sequer constado ao agravo e por não alterar o resultado do julgado, diante da jurisprudência pacificada na SDI:

"AGRAVO REGIMENTAL EM EMBARGOS DA RECLAMANTE - ADICIONAL DE INSALUBRIDADE - AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - ATENDIMENTO DOMICILIAR - ATIVIDADE SEM PREVISÃO NO ANEXO 14 DA NR-15 DO MTE - AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE DESACERTO DO DESPACHO AGRAVADO. 1. A decisão agravada denegou seguimento aos embargos da Reclamante, que versavam sobre pagamento de adicional de insalubridade ao agente



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

comunitário de saúde que realiza suas atividades por meio de atendimento domiciliar, em face do óbice do art. 894, § 2º, da CLT, por entender que a decisão embargada havia sido proferida em plena sintonia com a jurisprudência atual e notória da SBDI-1 desta Corte, mormente aquela proferida no processo TST-E-RR-207000-08.2009.5.04.0231. 2. O agravo regimental não trouxe nenhum argumento capaz de infirmar a conclusão a que se chegou no despacho hostilizado, razão pela qual merece ser mantido. Agravo regimental desprovido" (AgR-E-RR-2024-29.2014.5.12.0041, Subseção I Especializada em Dissídios Individuais, Relator Ministro Ives Gandra Martins Filho, DEJT 18/05/2018);

e) em mais uma, com referência na ementa, foi rejeitado pelo Ministro Relator pedido de manifestação sobre a mudança na legislação, por não haver constado dos embargos e, por isso, não houve prequestionamento:

"EMBARGOS. ADICIONAL DE INSALUBRIDADE. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE. LAUDO PERICIAL. A atividade do Agente Comunitário de Saúde de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, nos termos do art. 3º da Lei nº 11.350/2006, não se insere na NR-15, Anexo XIV, do Ministério do Trabalho e Emprego, que reconhece a insalubridade se o contato permanente com agentes infectocontagiosos dá-se em hospitais, serviços de emergência, enfermarias, ambulatórios, postos de vacinação e outros estabelecimentos 'AGRAVO REGIMENTAL EM EMBARGOS REGIDOS PELA LEI Nº 13.015/2014. ADICIONAL DE INSALUBRIDADE. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE. ARESTOS INOVATÓRIOS TRAZIDOS NO AGRAVO. Na hipótese, a Turma julgou improcedente a pretensão autoral de percepção do adicional de insalubridade, com fundamento na Súmula nº 448, item I, desta Corte. A agravante entende que a matéria não está pacificada no Tribunal Superior do Trabalho e colaciona arestos divergentes. Todavia, os arestos colacionados no agravo são inovatórios, porquanto não foram transcritos no recurso de embargos, razão pela qual são inservíveis ao confronto de teses. Por outro lado, a parte não renova o julgado trazido no recurso de embargos, pelo que também esse se revela inservível, ante a preclusão consumativa operada. **Salienta-se, ainda, que também padece de inovação recursal a alegação de que a Lei nº 13.342/16 alterou o texto da Lei nº 11.350/06, que regula a profissão de agente comunitário de saúde, para acrescentar o § 3º ao artigo 9º-A, assegurando a percepção do adicional de insalubridade a esses profissionais. Essa alegação nem ao menos constou das razões de embargos, motivo pelo qual não houve o prequestionamento.** Revela-se, assim, a má-fé da reclamante, a justificar a sua condenação ao pagamento de multa de 2% sobre o valor corrigido da causa, nos termos do artigo 81, caput, do CPC/2015, tendo em vista a sua litigância de má-fé. Agravo regimental desprovido' (AgR-E-RR-2026-96.2014.5.12.0041, Subseção I Especializada em Dissídios Individuais, Relator Ministro Jose Roberto Freire Pimenta, DEJT



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

01/09/2017).destinados aos cuidados da saúde humana, de forma que não tem direito ao adicional de insalubridade. Incidência da Súmula 448, I, do TST. Jurisprudência iterativa, notória e atual do TST que atrai o óbice do art. 894, § 2º, da CLT. Embargos de que não se conhece" (E-RR-741-68.2014.5.12.0041, Subseção I Especializada em Dissídios Individuais, Relator Ministro Marcio Eurico Vitral Amaro, DEJT 10/11/2017);

f) em mais três, igualmente sem menção na ementa, foi adotado fundamento idêntico – no sentido de não constar das razões de embargos:

"EMBARGOS. ADICIONAL DE INSALUBRIDADE. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE. LAUDO PERICIAL. A atividade do Agente Comunitário de Saúde de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, nos termos do art. 3º da Lei nº 11.350/2006, não se insere na NR-15, Anexo XIV, do Ministério do Trabalho e Emprego, que reconhece a insalubridade se o contato permanente com agentes infectocontagiosos dá-se em hospitais, serviços de emergência, enfermarias, ambulatórios, postos de vacinação e outros estabelecimentos destinados aos cuidados da saúde humana, de forma que não tem direito ao adicional de insalubridade. Incidência da Súmula 448, I, do TST. Jurisprudência iterativa, notória e atual do TST que atrai o óbice do art. 894, § 2º, da CLT. Embargos de que não se conhece" (E-RR-741-68.2014.5.12.0041, Subseção I Especializada em Dissídios Individuais, Relator Ministro Marcio Eurico Vitral Amaro, DEJT 10/11/2017);

"AGRAVO REGIMENTAL. EMBARGOS EM RECURSO DE REVISTA. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE. TRABALHO REALIZADO EM RESIDÊNCIAS. ADICIONAL DE INSALUBRIDADE. DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL. INCIDÊNCIA DO ARTIGO 894, § 2º, DA CLT. A controvérsia acerca do adicional de insalubridade para agentes comunitários de saúde que se dedicam a visitas domiciliares está pacificada no TST no sentido de ser indevido o aludido adicional, pois a atividade não está classificada como insalubre na relação oficial elaborada pelo Ministério do Trabalho (Anexo 14 da NR 15 da Portaria nº 3.214/78 do MTE), conforme exige o art. 192 da CLT e reforça a Súmula nº 448, I, do TST. Nesse quadro, como o acórdão da Turma está em consonância com a iterativa e notória jurisprudência do TST, o recurso de embargos não alcança conhecimento, impondo-se o óbice do § 2º do artigo 894 da CLT. Agravo regimental conhecido 'AGRAVO REGIMENTAL. EMBARGOS EM RECURSO DE REVISTA. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE. TRABALHO REALIZADO EM RESIDÊNCIAS. ADICIONAL DE INSALUBRIDADE. DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL. INCIDÊNCIA DO ARTIGO 894, § 2º, DA CLT. A controvérsia acerca do adicional de insalubridade para agentes comunitários de saúde que se dedicam a visitas domiciliares está pacificada no TST no sentido de ser indevido o aludido adicional, pois a atividade não está classificada como insalubre na relação oficial elaborada pelo Ministério do Trabalho (Anexo 14



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

da NR 15, da Portaria nº 3.214/78 do MTE), conforme exige o art. 192 da CLT e reforça a Súmula nº 448, I, do TST. Nesse quadro, como o acórdão da Turma está em consonância com a iterativa e notória jurisprudência do TST, o recurso de embargos não alcança conhecimento, impondo-se o óbice do § 2º do artigo 894 da CLT. Agravo regimental conhecido e desprovido' (AgR-E-RR-1120-09.2014.5.12.0041, Subseção I Especializada em Dissídios Individuais, Relator Ministro Alexandre de Souza Agra Belmonte, DEJT 16/06/2017).e desprovido" (AgR-E-RR-2019-15.2014.5.12.0006, Subseção I Especializada em Dissídios Individuais, Relator Ministro Alexandre de Souza Agra Belmonte, DEJT 28/07/2017);

"AGRAVO REGIMENTAL. EMBARGOS EM RECURSO DE REVISTA. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE. TRABALHO REALIZADO EM RESIDÊNCIAS. ADICIONAL DE INSALUBRIDADE. DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL. INCIDÊNCIA DO ARTIGO 894, § 2º, DA CLT. A controvérsia acerca do adicional de insalubridade para agentes comunitários de saúde que se dedicam a visitas domiciliares está pacificada no TST no sentido de ser indevido o aludido adicional, pois a atividade não está classificada como insalubre na relação oficial elaborada pelo Ministério do Trabalho (Anexo 14 da NR 15, da Portaria nº 3.214/78 do MTE), conforme exige o art. 192 da CLT e reforça a Súmula nº 448, I, do TST. Nesse quadro, como o acórdão da Turma está em consonância com a iterativa e notória jurisprudência do TST, o recurso de embargos não alcança conhecimento, impondo-se o óbice do § 2º do artigo 894 da CLT. Agravo regimental conhecido e desprovido" (AgR-E-RR-1120-09.2014.5.12.0041, Subseção I Especializada em Dissídios Individuais, Relator Ministro Alexandre de Souza Agra Belmonte, DEJT 16/06/2017);

g) em mais uma, com tema mencionado na ementa, a abordagem foi considerada inovadora e, portanto, não foi apreciada:

"AGRAVO REGIMENTAL EM EMBARGOS REGIDOS PELA LEI Nº 13.015/2014. ADICIONAL DE INSALUBRIDADE. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE. ARESTOS INOVATÓRIOS TRAZIDOS NO AGRAVO. Na hipótese, a Turma julgou improcedente a pretensão autoral de percepção do adicional de insalubridade, com fundamento na Súmula nº 448, item I, desta Corte. A agravante entende que a matéria não está pacificada no Tribunal Superior do Trabalho e colaciona arestos divergentes. Todavia, os arestos colacionados no agravo são inovatórios, porquanto não foram transcritos no recurso de embargos, razão pela qual são inservíveis ao confronto de teses. Por outro lado, a parte não renova o julgado trazido no recurso de embargos, pelo que também esse se revela inservível, ante a preclusão consumativa operada. Salienta-se, ainda, que também padece de inovação recursal a alegação de que a Lei nº 13.342/16 alterou o texto da Lei nº 11.350/06, que regula a profissão de agente comunitário de saúde, para acrescentar o § 3º ao artigo 9º-A, assegurando a percepção do adicional de insalubridade a esses profissionais.



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

Essa alegação nem ao menos constou das razões de embargos, motivo pelo qual não houve o prequestionamento. Revela-se, assim, a má-fé da reclamante, a justificar a sua condenação ao pagamento de multa de 2% sobre o valor corrigido da causa, nos termos do artigo 81, caput, do CPC/2015, tendo em vista a sua litigância de má-fé. Agravo regimental desprovido " (AgR-E-RR-2026-96.2014.5.12.0041, Subseção I Especializada em Dissídios Individuais, Relator Ministro Jose Roberto Freire Pimenta, DEJT 01/09/2017).

Segue a relação de todas as decisões proferidas pela SDI-1 sobre o tema, entre 29/04/2016 (data da fixação do precedente já mencionado) e 30/10/2022:

PROCESSO	REL.	DATA	PERÍODOS	FUNDAMENTO
1.Ag-E-ED-Ag-RR-20612-47.2017.5.04.0641	CMB	10/06/2022	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
2.Ag-E-ED-RR-20617-69.2017.5.04.0641	CB	28/01/2022	ANTERIOR POSTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI LAUDO PERICIAL CONTRÁRIO
3.E-ED-ED-RR-20566-53.2016.5.04.0751	BP	29/01/2021	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
4.E-RR-2022-59.2014.5.12.0041	JRP	07/06/2019	ANTERIOR	CONTRATO RESCINDIDO EM 2012 (ANTES DA ALTERAÇÃO LEGISLATIVA)
5.E-ED-RR-1011-94.2014.5.12.0008	BM	31/10/2018	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI E NECESSIDADE DE REGULAMENTAÇÃO PELO MT
6.AgR-E-ED-RR-772-88.2014.5.12.0041	BM	17/08/2018	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI E NECESSIDADE DE REGULAMENTAÇÃO PELO MT
7.E-RR-760-74.2014.5.12.0041	ALB	10/08/2018	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
8.AgR-E-RR-2032-06.2014.5.12.0041	IGM	18/05/2018	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
9.AgR-E-RR-2024-29.2014.5.12.0041	IGM	18/05/2018	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
10.AgR-E-RR-743-38.2014.5.12.0041	IGM	20/04/2018	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
11.AgR-E-RR-282-18.2014.5.12.0057	HCS	09/03/2018	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
12.E-RR-2048-65.2014.5.12.0006	MEA	10/11/2017	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI E AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO QUANTO À ALTERAÇÃO NA LEI
13.E-RR-741-68.2014.5.12.0041	MEA	10/11/2017	ANTERIOR	AUSÊNCIA DE PREVISÃO NA NR-15
14.ED-AgR-E-RR-776.36.2014.5.12.0006	JRP	22/09/2017		AUSÊNCIA DE OMISSÃO
15.AgR-E-RR-2026-96.2014.5.12.0041	JRP	01/09/2017	ANTERIOR	ARESTOS INOVATÓRIOS NO AGRAVO
16.AgR-E-RR-745-16.2014.5.12.0006	CB	25/08/2017	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
17.AgR-E-RR-713-64.2014.5.15.0026	MEA	18/08/2017	ANTERIOR	AUSÊNCIA DE PREVISÃO NA NR-15
18.AgR-E-RR-776-36.2014.5.12.0006	JRP	18/08/2017	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
19.AgR-E-RR-2019-15.2014.5.12.0006	AAB	28/07/2017	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
20.AgR-E-RR-2023-52.2014.5.12.0006	ACC	30/06/2017	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
21.AgR-E-RR-1120-09.2014.5.12.0041	AAB	16/06/2017	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
22.E-Ag-RR-2306-60.2014.5.12.0011	MEA	09/06/2017	ANTERIOR	AUSÊNCIA DE PREVISÃO NA NR-15
23.AgR-E-RR-3953-89.2013.5.12.0055	JOD	12/05/2017	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
24.AgR-E-RR-2021-82.2014.5.12.0006	HCS	28/04/2017	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
25.E-ED-RR-721-77.2014.5.12.0041	BP	11/04/2017	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
26.AgR-E-RR-718-33.2014.5.12.0006	CB	11/04/2017	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
27.E-RR-1496-90.2013.5.12.0053	ACC	31/03/2017	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

28.AgR-E-RR-2016-60.2014.5.12.0006	JRP	24/03/2017	ANTERIOR	ARESTO NÃO RENOVADO
29.AgR-E-ED-RR-764-14.2014.5.12.0041	JOD	03/03/2017	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
30.AgR-E-RR-709-63.2014.5.12.0041	CB	09/01/2017	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
31.AgR-E-ED-RR-711-41.2014.5.12.0006	CB	09/01/2017	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
32.AgR-E-ED-RR-773-81.2014.5.12.0006	CB	09/01/2017	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
33.AgR-E-ED-RR-2028-74.2014.5.12.0006	ACC	19/12/2016	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
34.E-RR-910-48.2013.5.04.0741	WOC	09/12/2016	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
35.E-RR-1468-78.2013.5.12.0003	WOC	09/12/2016	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
36.AgR-E-RR-1471-71.2013.5.12.0055	CMB	25/11/2016	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
37.E-Ag-RR-744-31.2014.5.12.0006	CMB	18/11/2016	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
38.AgR-E-RR-767-74.2014.5.12.0006	HCS	04/11/2016	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
39.E-RR-384-09.2013.5.04.0571	CMB	07/10/2016	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
40.E-RR-257-71.2013.5.04.0571	CMB	07/10/2016	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
41.E-RR-260-26.2013.5.04.0571	CMB	07/10/2016	ANTERIOR	MATÉRIA PACIFICADA NA SDI
42.E-RR-261-11.2013.5.04.0571	MEA	12/08/2016	ANTERIOR	AUSÊNCIA DE PREVISÃO NA NR-15
43.AgR-E-RR-5626-68.2013.5.12.0039	JRP	01/07/2016	ANTERIOR	AUSÊNCIA DE TESE DE MÉRITO
44.E-RR-263-78.2013.5.04.0571	MEA	22/04/2016	ANTERIOR	AUSÊNCIA DE PREVISÃO NA NR-15

Justifico a elaboração de todo esse detalhado levantamento para demonstrar que, apesar do número expressivo de decisões, **esta Subseção ainda não se pronunciou especificamente sobre a questão jurídica ora em debate**, a envolver a **alteração promovida pela Lei nº 13.342, de 3 de outubro de 2016**, que acresceu ao artigo 9º-A da Lei nº 11.350/2016 o § 3º, abaixo transcrito, destinado a assegurar o direito ao adicional de insalubridade a essa categoria profissional:

“§ 3º O exercício de trabalho de forma habitual e permanente em condições insalubres, acima dos limites de tolerância estabelecidos pelo órgão competente do Poder Executivo federal, assegura aos agentes de que trata esta Lei a percepção de adicional de insalubridade, calculado sobre o seu vencimento ou salário-base:

I - nos termos do disposto no art. 192 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, quando submetidos a esse regime;

II - nos termos da legislação específica, quando submetidos a vínculos de outra natureza.”

Começo por fazer uma pequena retrospectiva histórica para destacar que a decisão anterior desta Subseção baseou-se em fundamentos relacionados à **proteção ao agente comunitário de saúde, que dependia, estritamente, de sua inserção nos parâmetros de Norma Regulamentadora pensada e aprovada em contexto no qual sequer existia tal função**. Ao descrever as condições em que a exposição a agentes biológicos e doenças infectocontagiosas ensejaria o direito ao pagamento do adicional de insalubridade, o órgão incumbido de



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

detalhar a aplicação do artigo 192 da CLT **valeu-se de realidade já ultrapassada, em que os serviços profissionais de cuidados médicos eram prestados apenas em clínicas e hospitais.**

Com o tempo, impôs-se nova forma de cuidados preventivos ou regenerativos prestados às comunidades em geral e, especialmente, à população mais carente, com menos acesso a higiene, saneamento básico e ambiente hospitalar. Criou-se, então, a profissão de Agente Comunitário de Saúde, pessoa especialmente treinada para atendimento em domicílio, com vistas a orientar, aferir dados e promover o combate a doenças e epidemias.

Para melhor compreender as atividades por ele exercidas, convém esclarecer que se situam no contexto de política pública desenvolvida pelo Ministério da Saúde como parte integrante da **Estratégia Saúde da Família – ESF** (originariamente Programa Agente Comunitário de Saúde – PACS, criado em 1987, posteriormente alterado para Programa Saúde da Família – PSF), “estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados”, como definido em publicação elaborada pelo Ministério da Saúde (*Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. p. 8).

Trata-se de **estratégia de reorientação do modelo assistencial** que se operacionaliza mediante a implantação de **grupos multiprofissionais** em Unidades Básicas de Saúde e resulta da “finalidade de combater os efeitos da pobreza sobre as condições de vida e saúde das comunidades em diversos países”, diretamente relacionada à Declaração do Milênio das Nações Unidas (2000), documento histórico criado por dirigentes de 189 países, com o objetivo de “reduzir para metade o percentual de pessoas que vivem na pobreza extrema, fornecer água potável e educação a todos e inverter a tendência de propagação do HIV / AIDS1” (FRACOLLI, Lislaine Aparecida; GOMES, Maria Fernanda Pereira; PINHEIRO, Denise Gonçalves Moura; CASTRO, Danielle Freitas Alvim de. Avaliação das ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, 2013, 37(4), p. 411-418).

Entre as características de atuação dessa Estratégia, encontra-se a “**atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população** que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde” e deve ser



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

compreendido **“como modelo substitutivo da rede básica tradicional”** (publicação mencionada, p. 8-9) e **busca atingir objetivos variados**, com destaque para:

“Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, **assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;**

Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;” (publicação mencionada, p. 10, com destaques).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) insere-se nesse Programa como **componente de cada equipe da unidade de Saúde da Família, equipe multiprofissional**, formada “por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e **agentes comunitários de saúde**, entre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população” (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 19-20).

É responsável – cada equipe – “por uma área onde residam de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes”, critério que “pode ser flexibilizado em razão da diversidade sociopolítica e econômica das regiões, levando-se em conta fatores como densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros considerados como de relevância local” (publicação mencionada, p. 12-13), assim como pelo acompanhamento de número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Atua com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, na referida publicação, as bases da atuação de cada equipe incluem as atividades de **visita domiciliar**, com a finalidade de **monitorar a situação de saúde das famílias**, por meio de **visitas programadas** ou **voltadas ao atendimento de demandas espontâneas**, segundo **critérios epidemiológicos e de identificação de situações de risco** e, nesse contexto, a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde “representa um componente facilitador para a **identificação das necessidades e racionalização do emprego dessa modalidade de atenção**”; e **internamento domiciliar**, utilizado com o “intuito de humanizar e garantir maior qualidade e conforto ao paciente”, quando as



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

condições clínicas e familiares do paciente a permitirem (publicação mencionada, p. 14). Portanto, **a finalidade do Programa Saúde na Família foi evitar, quando possível, que o paciente tivesse que se deslocar aos hospitais, ou seja, há verdadeira mudança de paradigmas** e, muitas vezes, **não é o paciente que comparece à unidade de saúde, mas sim o profissional que vai ao domicílio do paciente.**

Essa diretriz encontra-se presente, desde então, e se mantém inalterada até os dias atuais, com todos os problemas enfrentados pela rede de atendimento. Assim o diz o Ministério da Saúde ao traçar os princípios e diretriz da atenção básica, parte integrante da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, ao mencionar que ela:

“É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral” (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 19-20).

O referido Programa, **executado com a participação dos agentes comunitários de saúde**, repita-se, também inclui ações da Educação Permanente das Equipes de Atenção Básica, cujo **processo de trabalho inclui a realização de atividades em Unidades Básicas de Saúde – UBS, no domicílio**, em locais do território (**salões comunitários, escolas, creches, praças** etc.) e em **outros espaços** que comportem a ação planejada, assim como “controle social; e **atenção domiciliar** destinada a **usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde**, e realizar o **cuidado compartilhado** com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos”, assim afirma o Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Ministério da



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 41; 42).

Mencionem-se, de igual modo, **as ações realizadas pelas Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas** por meio de “Consultório da Rua”; “Atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense”, por meio das “Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR)” e “Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF)”; “Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)” e “Programa Saúde na Escola - PSE” (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. p. 62; 64; 69; 75).

Em todo esse amplo e variado contexto de programas e iniciativas específicos voltados à implementação e execução da Política Nacional de Atenção Básica à saúde está incluído o Agente Comunitário de Saúde e, na citada publicação, **são detalhadas as atividades por ele realizadas:**

I - Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

II - Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

III - Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IV - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

V - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. **As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;**

VI - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

VII - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de **prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose**, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

VIII - **Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde,** bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.

É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima" (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 48-50).

Aspecto peculiar ao trabalho é a **exigência de residir na comunidade**, de modo a levar consigo "o conhecimento sobre a realidade local, modo de vida dos indivíduos e proporcionando relação de proximidade entre usuários e serviço (CARLI et al., 2014)". Por isso, ele **é considerado pelo Ministério da Saúde como "uma extensão dos serviços de saúde junto à população**. Por ser um profissional que reside na comunidade onde atua, ele vivencia os problemas que afetam a região, e suas ações podem favorecer a transformação de situações que comprometem a qualidade de vida das famílias, como aquelas relativas ao saneamento básico, condições precárias de higiene e moradia, desemprego, exclusão social, uso de drogas e violência familiar" (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2009).

Destaco, no seu labor, o acompanhamento das famílias sob sua responsabilidade e o desenvolvimento de ações básicas de saúde nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças.

Em todo esse rico e variado conjunto de atividades **permanece exposto a toda sorte de agentes agressivos à saúde**, caracterizadores de inúmeros riscos. Ainda que não seja atribuição sua tratar de pessoas portadoras de doenças infectocontagiosas, **nem sempre ele - ou o próprio paciente - sabe da existência da enfermidade**. Ao se dirigir a uma residência para promover as visitas de orientação e acompanhamento, **esse profissional não tem condições de antever se nelas há pessoas com, por exemplo, tuberculose, sarampo, varíola, e, mais recentemente,**



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

a trágica COVID-19, entre outras doenças de fácil contágio. E, ao manter contato com essas pessoas, ele, inegavelmente, se expõe ao risco.

Quero enfatizar mais um aspecto relacionado à **identificação e controle de enfermidades de interesse da Vigilância Epidemiológica**, no que se refere ao **monitoramento e diagnóstico precoce de “doenças infecciosas e parasitárias que se apresentam como de maior relevância para a população brasileira”**. De acordo com a publicação intitulada “Doenças Infecciosas e Parasitárias - Guia de Bolso”, elaborada, em 2010, pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 8ª. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010), **algumas enfermidades, em função de sua magnitude ou gravidade com que acometem a população brasileira, apresentam potencial para, além de danos à saúde dos indivíduos, tornarem-se importante problema de saúde pública**, registra a publicação, em especial pelo **potencial de transmissibilidade**, reunidas em três grupos prioritários distintos:

a) **doenças transmissíveis com tendência declinante:** Sarampo, Tétano Neonatal, Raiva humana, Difteria, Coqueluche e o Tétano Acidental, todas imunopreveníveis; Doença de Chagas, Febre Tifóide, Oncocercose, Filariose e Peste;

b) **doenças transmissíveis com quadro de persistência:** hepatites virais (especialmente as “A” e “B”), Tuberculose, Leptospirose, meningites (com destaque para as infecções causadas pelos meningococos “B” e “C”), leishmanioses (visceral e tegumentar), Esquistossomose, Malária, Febre Amarela silvestre;

c) **doenças transmissíveis emergentes e reemergentes:** AIDS, Cólera, Dengue, Hantavíruses, Influenza A (H1N1).

É numerosa a **lista das “Doenças infecciosas de interesse para a saúde pública”**, de acordo com o mencionado Guia, cuja identificação e monitoramento incumbem ao ACS, e **algumas delas com elevado potencial de transmissibilidade:** AIDS, Amebíase, Ancilostomíase, Ascaridíase, Botulismo, Brucelose, Cancro Mole, Candidíase, Coccidioidomicose, Cólera, Coqueluche Criptococose, Criptosporidíase, Dengue, Difteria, Doença de Chagas, Doença de Lyme, Doenças Diarreicas Agudas, Doença Meningocócica, Donovanose, Enterobíase, Escabiose, Esquistossomose Mansônica, Estrongiloidíase, Febre Amarela, Febre Maculosa



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

Brasileira, Febre Purpúrica Brasileira, Febre Tifóide, Filaríase por *Wuchereria bancrofti*, Giardíase, Gonorreia, Hanseníase, Hantavirose, Hepatite A, Hepatite B, Hepatite C, Hepatite D, Hepatite E, Herpes Simples, Histoplasmose, Infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), Influenza, Leishmaniose Tegumentar Americana, Leishmaniose Visceral, Leptospirose, Linfocitose Venérea, Malária, Meningite por *Haemophilus Influenzae*, Meningite Tuberculosa, Meningites Virais, Mononucleose Infecciosa, Oncocercose, Paracoccidioidomicose, Parotidite Infecciosa, Peste, Poliomielite, Psitacose, Raiva, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita, Sarampo, Shigelose, Sífilis Adquirida e Congênita, Teníase / Cisticercose, Tétano Acidental, Tétano Neonatal, Toxoplasmose, Tracoma, Tuberculose e Varicela / Herpes Zoster.

É interessante ressaltar que **cabe ao ACS, dentro do contexto das ações a cargo da Vigilância Epidemiológica, promover a denominada “busca ativa de casos”, “Procedimento realizado com vistas ao conhecimento da magnitude de ocorrência do evento, quando se suspeita que casos possam estar ocorrendo sem registro nos serviços de saúde. É mais restrita (domicílio, rua ou bairro) ou ampliada (cidade, municípios, acompanhando correntes migratórias, etc.), seguindo-se a área geográfica de abrangência da fonte de contágio”** (Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 8ª. ed. rev. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. p. 49).

Em relação à Tuberculose, por exemplo, a vigilância em saúde compreende diversas ações a serem por ele realizadas com a finalidade de identificar, orientar e conduzir o tratamento da pessoa, cujo detalhamento consta dos manuais de orientação a eles disponibilizados, de que é exemplo o Manual do Agente Comunitário de Saúde da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte – Diretrizes Técnicas para o Trabalho - item 6.8 (Prefeitura de Belo Horizonte. SUS-BH. *Manual do Agente Comunitário de Saúde da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte – Diretrizes Técnicas para o Trabalho*. Belo Horizonte: 2019. p. 38):

“6.8 Vigilância em saúde relacionada à tuberculose

A tuberculose é uma doença infecto contagiosa causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, acometendo principalmente os pulmões, mas pode afetar qualquer parte do corpo.

A doença pode acometer qualquer indivíduo, contudo sua transmissão é favorecida em situações de maior vulnerabilidade social e na vigência de outras condições de saúde, tais como: desnutrição, alcoolismo, tabagismo,



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

uso de drogas ilícitas, doenças psiquiátricas, diabetes, HIV/AIDS, doenças renais crônicas, câncer e outras.

A tosse é uma das principais manifestações da doença, podendo ser acompanhada por febre baixa, sudorese noturna, emagrecimento, fraqueza e redução do apetite.

Ações para o ACS em vigilância à tuberculose:

- **Identificar os sintomáticos respiratórios na comunidade** (pessoas com tosse por duas semanas ou mais) e encaminhar ao CS para avaliação.

- Levar para discussão na reunião de equipe e supervisão do enfermeiro o nome e quantidade dos sintomáticos respiratórios identificado no território.

- **Acompanhar os pacientes em tratamento.**

- **Identificar os contatos domiciliares e orientá-los a procurar o CS.**

- **Realizar a busca ativa de faltosos e de abandono do tratamento.**

- **Acompanhar a tomada da medicação durante o Tratamento Diretamente Observado (TDO) no domicílio do doente ou outro local combinado previamente.**

- Orientar quanto à importância da coleta de escarro, quando solicitado pela equipe.

- Sensibilizar os familiares e usuário quanto ao tratamento.”

Para exemplificar a realidade **da presença desse e de inúmeros outros riscos no trabalho do Agente Comunitário de Saúde** (assim como do Agente de Combate a Endemias e outros profissionais incluídos na rede de atenção à saúde), a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, por intermédio da Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador (Divast/Cesat), Diretoria de Vigilância Epidemiológica (Divep), Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental (Divisa), Diretoria de Atenção Básica (DAB), Laboratório Central de Saúde Pública Prof. Gonçalo Moniz (Lacen) e Centro de Informações Antiveneno da Bahia (Ciave), elaborou manual de Orientações Técnicas para Proteção da Saúde dos Agentes de Saúde, destinado a orientar os gestores municipais e estaduais do SUS, bem como os profissionais inseridos nos diversos pontos da rede de atenção à saúde, no que se refere à proteção da saúde desses trabalhadores, no qual **são detalhados os inúmeros riscos a que estão sujeitos, na execução de suas atividades** (Secretaria da Saúde do Estado, Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Orientações Técnicas para Proteção da Saúde dos Agentes de Saúde/Organizadores: Letícia Coelho da Costa Nobre *et al* - Salvador: CESAT/DIVISA/DIVEP/DAB/SAIS/CIAVE. 2012).



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

A título de introdução, indicam-se as **dificuldades normalmente enfrentadas por esses profissionais**, ao entrarem em contato com a comunidade, das quais destaco:

“situações de violência, principalmente nos grandes centros;
mesmo residindo na área de abrangência do trabalho, muitas vezes necessitam se deslocar por grandes distâncias a pé;

(...)

quando residem em local distante da área de trabalho, podem encontrar resistência no acesso às moradias por serem desconhecidos da comunidade local;

(...)

recusa do usuário em permitir o acesso do agente ao domicílio ou em parte dele;

dificuldade de acesso a determinadas áreas, devido a situações tais como: violência e tráfico de drogas;

desconhecimento dos riscos decorrentes das suas atividades laborais;

necessidade de improvisar equipamentos para desenvolver a atividade (ex: escada);

falta de fornecimento regular de equipamento de proteção individual (EPI): luvas, fardamento adequado, óculos etc.;

(...)

pressão por parte de políticos para que os agentes de saúde atuem como cabos eleitorais durante períodos de eleição;

pressão da comunidade para que o agente de saúde solucione as questões relacionadas à atenção à saúde quando esta avalia que os serviços de saúde não atendem às suas necessidades, como por exemplo, a dificuldade em marcar consulta, falta de visita domiciliar a acamados por parte dos outros profissionais que compõem a equipe, entre outros fatores;

falta de entendimento da população quanto ao trabalho dos ACS e, por esta razão, a comunidade espera dele mais do que aquilo que está habilitado a oferecer.”

Especificamente **em relação aos riscos, foram catalogados os diversos fatores a que estão expostos**, ora resumidos em transcrição da referida publicação:

a) **fatores de riscos ergonômicos**: elevação dos membros superiores acima dos ombros; trabalho em pé com deslocamento de peso; flexão e extensão dos membros superiores e de tronco; agachamentos; esforço físico; sobrecarga de trabalho e pressão da chefia no cumprimento das tarefas. Em



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

decorrência deste último, os agentes de saúde podem apresentar desgaste nas estruturas osteoarticulares e músculo-tendinosas causado pelo peso da balança, entre outros, ocasionando agravos tais como hérnia de disco, lombalgias, tendinites;

b) **fatores de risco sociais:** precariedade dos vínculos empregatícios, consumo de drogas (álcool e outras drogas), assédio moral, isolamento e sobrecarga de jornada, durante as atividades laborais, além de situações de violência urbana e rural;

c) **fatores de risco físicos:** radiações Não-Ionizantes (RNI), calor e umidade. Vale ressaltar alguns aspectos dos efeitos provocados por esses agentes, muitos deles não perceptíveis por quem não atua na área de saúde:

“Radiações Não-Ionizantes (RNI)

Os efeitos bastante conhecidos são os da **radiação ultravioleta (UV)** que, em geral, só se manifestam com o passar do tempo, pois vão se acumulando no organismo.

As **lesões na pele** começam a aparecer na maioria das vezes, por volta dos 40 anos de idade com o aparecimento de manchas que podem evoluir para câncer.

O **cristalino do olho** apresenta característica que o torna especialmente **sensível às radiações eletromagnéticas e UV**, devido ao fato de que a sua baixa vascularização dificulta a dispersão do calor, originando a **catarata**.

Todos os trabalhadores envolvidos nas atividades de campo estão submetidos a longos períodos de **exposição à radiação solar** podendo **causar os efeitos nocivos à saúde, a médio e longo prazo**.

(...)

Calor

Os trabalhadores, em seu ambiente laboral, podem estar sujeitos às principais fontes de calor: **temperatura do ar, vento, umidade, radiação solar e trabalho com esforço físico** com aumento da sudorese.

Umidade

A umidade é mais um fator de risco de adoecimento, existente no ambiente natural. Em certas regiões, no inverno, a **umidade relativa do ar é bem baixa** e o **ar seco** pode causar ou contribuir para ocorrência de **doenças respiratórias e dificuldades de respirar**. Já no verão, a umidade do ar é mais alta, fazendo com que o organismo libere líquido por meio do suor, regulando assim sua temperatura”;

d) **fatores de risco biológicos:** os microrganismos, geneticamente modificados ou não, as culturas de células, os parasitas, as toxinas, os príons, os protozoários, os vírus, entre outros, que, ao interagirem com o organismo



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

humano, podem resultar em doenças. Também aqui, destaco transcrição elucidativa sobre as consequências ocasionadas:

“Embora pouco registrado como tal, um problema de saúde muito comum entre os ACS e ACE são as **doenças respiratórias causadas por ácaros, pólen, detritos de origem animal, bactérias e fungos**. Além dessas, os trabalhadores, a partir do contato diário com a população ou com os vetores e reservatórios, podem adquirir **doenças, transmissíveis ou não transmissíveis, endêmicas ou não**, destacando-se a **dengue, febre amarela, raiva, tuberculose, chagas e leishmaniose**. Algumas das **fontes de contaminação** a que os agentes de saúde estão expostos são as **águas contaminadas existentes nas comunidades visitadas**, devido a problemas de saneamento ambiental”;

e) **fatores de risco de acidentes**: quedas de diferentes alturas, choque contra obstáculo, projeção de partículas, perfurações, cortes, contusões, ferimentos, ataques de cães, picadas de animais peçonhentos e de insetos, principalmente com ofídios, aracnídeos e escorpiões, podendo acontecer também com abelhas, vespas (maribondos), entre outros como as mariposas. Mencionam-se, também agressões interpessoais e os acidentes de trajeto (atropelos, colisões e incêndio e assalto).

Esses aspectos foram expressamente destacados quando da tramitação do Projeto de Lei nº 1.628/2015, que veio a ser convertido na lei analisada, no Parecer do Relator, Deputado Pedro Chaves:

“O rol de atividades do agente comunitário de saúde está previsto no art. 3º da Lei nº 11.350/2006, incluindo-se entre elas o registro de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, além da realização de visitas domiciliares para monitoramento de situações de risco à família. O agente de combate a endemias tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e de promoção da saúde, conforme o art. 4º da mesma Lei.

A **visitação domiciliar**, seja para **coleta de dados ou para monitoramento de situações de risco à família**, é a ferramenta permanente de trabalho dos agentes comunitários de saúde e de combate às endemias. **Ao adentrar as residências da comunidade em que atua, que é a sua atividade cotidiana, os agentes têm contato direto e próximo com pessoas doentes, inclusive acometidas de patologias infectocontagiosas graves. Sua rotina de trabalho os expõe, portanto, ao risco que deriva desse contato.**



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

Esse risco se acentua nas regiões endêmicas e em ocasiões de surtos de doenças que incidem sobre as comunidades de sua área de atuação, em especial porque o combate à doença é o foco de seu trabalho.” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, Parecer do Relator, Deputado Pedro Chaves, ao Projeto de Lei nº 1.628/2015. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1415301&filename=SBT+2+PL162815+%3D%3E+PL+1628/2015>. Acesso em: 5 out. 2021 (com destaques).

Outras justificativas importantes adotadas pelo legislador para a criação do direito se relacionam às próprias condições de trabalho, diante da necessidade de deslocamento frequente em condições que submetem esses trabalhadores a intempéries e variações climáticas, as quais servem como agravo à sua própria saúde, e à impossibilidade de eliminação do fator de risco por meio da utilização de equipamentos de proteção individual, pois “a visitação domiciliar cotidiana os expõe a agentes biológicos nocivos”. Confira-se:

“Além disso, estão expostos às intempéries e variações climáticas que agravam o risco à sua integridade física e saúde.

Nesse quadro, em que se destaca a importância da atuação dos agentes para a saúde da população brasileira, também se revela que sua própria saúde exige maior cuidado, pois a visitação domiciliar cotidiana os expõe a agentes biológicos nocivos, cujo risco não pode ser eliminado pelo uso de equipamentos de proteção individual.

Resta claro, portanto, que suas atividades laborais podem ser enquadradas como insalubres. Nada mais justo, então, que assegurar em lei seu direito à percepção do adicional de insalubridade.”

A vontade do legislador foi, como dito, **resgatar a dívida histórica havida com esse segmento de empregados que atuam em condições extremamente precárias no que diz respeito ao meio ambiente de trabalho**, projetado, como é, para as residências das famílias, entre outros locais.

Por outro lado, o Anexo 14 da NR-15, com a devida vênia, não torna exclusivo o direito à percepção do adicional aos empregados que laborem nos serviços de emergência, enfermarias ou ambulatórios. Para além desses estabelecimentos, inclui os postos de vacinação e **“outros estabelecimentos destinados aos cuidados da saúde humana”**, o que pode abranger os lares onde se encontram esses pacientes, tendo em vista **a necessidade de contato e eventual**



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

manuseio de objetos de uso pessoal, na forma nele prevista. Transcrevo para relembrar:

“NR 15 - ANEXO Nº 14 - AGENTES BIOLÓGICOS

Relação das atividades que envolvem agentes biológicos, cuja insalubridade é caracterizada pela avaliação qualitativa.

Insalubridade de grau máximo

Trabalho ou operações, em contato permanente com:

- **pacientes em isolamento por doenças infecto-contagiosas**, bem como **objetos de seu uso, não previamente esterilizados**;

- carnes, glândulas, vísceras, sangue, ossos, couros, pêlos e dejeções de animais portadores de doenças infectocontagiosas (carbunculose, brucelose, tuberculose);

- esgotos (galerias e tanques); e

- lixo urbano (coleta e industrialização)

Insalubridade de grau médio

Trabalhos e operações em contato permanente com pacientes, animais ou com material infectocontagante, em:

. hospitais, serviços de emergência, enfermarias, ambulatórios, **postos de vacinação e outros estabelecimentos destinados aos cuidados da saúde humana** (aplica-se unicamente ao **pessoal que tenha contato com os pacientes**, bem como aos **que manuseiam objetos de uso desses pacientes**, não previamente esterilizados)”.

A discussão, no caso, envolve o adicional em **grau médio** e o direito é assegurado desde que presentes duas circunstâncias alternativas ou simultâneas: **contato com pacientes e/ou manuseio de objetos de uso deles**, diferentemente do que se verifica com o **grau máximo** em que a doença infecto-contagiosa se faz necessária.

A doutrina ampara essa assertiva. Confira-se:

“No grupo de **insalubridade de grau médio**, a norma inscreve o **contato com paciente, animais ou material infectocontagante, sem condicionar a insalubridade a pacientes portadores de doenças infectocontagiosas**. Assim sendo, quem procura um médico ou dentista, por exemplo, é um paciente que pode ou não ser portador de doença infectocontagiosa.

(...)

O anexo 14 menciona expressamente hospitais, enfermarias, ambulatórios e outros estabelecimentos destinados aos cuidados da saúde humana.

(...)



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

Cabe destacar que, de acordo com a Portaria n. 12, de 12.11.1979, o **contato permanente com pacientes, animais ou material infectocontagante é a prestação de serviço contínuo, decorrente do próprio contrato de trabalho, com exposição permanente aos agentes insalubres**. O contato intermitente equivale ao permanente para efeitos de caracterização da insalubridade, conforme entendimento da Súmula n. 47 do TST" (SALIBA, Tuffi Messias; CORRÊA, Márcia Angelim Chaves. *Insalubridade e Periculosidade: aspectos técnicos e práticos*. 17. ed. São Paulo: LTr, 2019, p. 143-145).

Relembro que, **no caso do agente biológico, o fator de risco é determinado pela presença do respectivo agente no local de trabalho. Basta que esteja presente um vírus, haja o contato com material contagiado e existe a possibilidade de adquirir a enfermidade**. A doutrina afirma de maneira categórica:

"A análise da insalubridade por agentes biológicos é feita de maneira qualitativa, isto é, não há limites de tolerância fixados, o que torna a análise mais difícil e complexa.

(...) a insalubridade por agentes biológicos é inerente à atividade, isto é, não há eliminação com medidas aplicadas ao ambiente nem neutralização com o uso de EPIs. A adoção de sistema de ventilação e o uso de luvas, máscaras e outros equipamentos que evitem o contato com agentes biológicos podem apenas minimizar o risco" (SALIBA, Tuffi Messias; CORRÊA, Márcia Angelim Chaves. *Insalubridade e Periculosidade: aspectos técnicos e práticos*. 17. ed. São Paulo: LTr, 2019, p. 140;146).

Destaco do texto transcrito que não há limites de tolerância para os agentes agressivos e, mesmo com o uso de EPIs adequados, não há a eliminação do risco. Apenas minimiza-se a probabilidade de contágio.

Veja-se, mais, **que não se restringe ao ambiente hospitalar**. É suficiente que esteja em **qualquer estabelecimento destinado aos cuidados da saúde humana**. O fato de o ACS estar no ambiente familiar não representa qualquer forma de preconceito às famílias nele residentes ou mesmo de aporofobia. Ao contrário, apenas revela a **possibilidade de ser muito maior a presença dos fatores de risco**, notadamente pela ausência de condições ambientais previamente preparadas para minimização do risco, como ocorre com os hospitais em geral. **O ACS correria muito menos riscos se atuasse em ambiente hospitalar**. Ele age nas camadas mais pobres da população, em ambientes extremamente hostis, do ponto de vista de



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

proteção à saúde, encarregado que é de levar um pouco de dignidade a quem busca o apoio dos serviços públicos nessa área.

A norma, acertadamente, deixa em aberto a possibilidade de ser incluído no conceito qualquer local em que ocorram cuidados com a saúde humana, como se viu no período da pandemia da COVID-19, independentemente de perícia médica, nem sempre – ou quase nunca – capaz de reproduzir as condições pretéritas em que o trabalho foi efetivamente realizado.

Aliás, no contexto da referida pandemia, o trabalho dos ACS foi vital para as ações realizadas, pois era ele quem ia até os ambientes familiares, inclusive para **orientação e detecção dos casos**. Entre as suas atribuições, estava incluída a **busca ativa de casos**, em especial dos grupos de risco; auxílio no tratamento dos pacientes, organizar o fluxo de acolhimento das pessoas, apenas como exemplo. Tais atribuições constam das “Recomendações para Adequação das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde Frente à Atual Situação Epidemiológica Referente ao COVID-19”, elaboradas pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde, em março de 2020, que transcrevo no que interessa (p. 3, com destaques):

“COMPETÊNCIAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

- Orientar a população sobre a doença, medidas de prevenção e sinais e sintomas.
- **Auxiliar a equipe na identificação de casos suspeitos.**
 - Orientar durante as visitas domiciliares que crianças menores de 5 anos com sinais e sintomas respiratórios devem procurar a unidade de saúde. Caso o município e/ou a unidade apresentem fluxo próprios, os mesmo devem ser seguidos.
 - Orientar durante as visitas domiciliares que pessoas com 60 anos ou mais com sinais e sintomas respiratórios devem entrar em contato com a unidade de saúde. Caso o município e/ou a unidade apresentem fluxo próprios, os mesmo devem ser seguidos.
- **Auxiliar no atendimento através do FAST-TRACK COVID-19 (anexo 01 e 02) na identificação de pacientes sintomáticos, tomando os devidos cuidados de proteção e isolamento.**
- **Auxiliar a equipe no monitoramento dos casos suspeitos e confirmados.**
- **Realizar busca ativa de novos casos suspeitos de síndrome gripal na comunidade.**
- **Realizar busca ativa quando solicitado. Principalmente em casos de pacientes que se enquadram no grupo de risco (gestante, pessoas com doenças crônicas, puérperas e idosos) e não compareceram a unidade de saúde para a realizar a vacina contra influenza.**



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

- **Organizar o fluxo de acolhimento de modo a evitar aglomeração de grupos com mais de 10 pessoas e, preferencialmente em ambientes arejados.**
- **Auxiliar as atividades de campanha de vacinação de modo a preservar o trânsito entre pacientes que estejam na unidade por conta de complicações relacionadas ao covid-19, priorizar os idosos.**
- Realizar atividades educativas na unidade enquanto os pacientes aguardam atendimento”.

Não é por outra razão que esses profissionais se encontram entre os mais atingidos por essa enfermidade no setor de saúde. Dados analisados em estudo elaborado por Suzana Mendes Almeida, Cátia Andrade Silva de Andrade, Jesuina do Socorro Mendes Castro, Carla Silva Almeida e Adryanna Cardim de Almeida, relativamente aos dados de contaminação de trabalhadores notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sina), criado pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, até setembro de 2020, revelam que “O setor de saúde (37,1%) foi o mais afetado, destacando-se técnicos e auxiliares de enfermagem (25,7%), enfermeiros (13,3%), médicos (6,3%) e **Agentes Comunitários de Saúde (4,9%)**. Trabalhadores celetistas foram maioria (39,7%)” (Perfil Epidemiológico dos Casos de COVID-19 Relacionados ao Trabalho no Estado da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 45, N Especial, jan/mar 2021, p. 93).

O reconhecimento da importância do labor por eles realizado resultou na sua inclusão como “profissionais ou trabalhadores da saúde” no artigo 1º, parágrafo único, “c”, da Lei nº 14.128, de 26 de março de 2021, ao lado de médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais e profissionais que trabalham com testagem nos laboratórios de análises clínicas, e lhes destinar indenização em caso de se tornarem permanentemente incapacitados para o trabalho, ou ao seu cônjuge ou companheiro, aos seus dependentes e aos seus herdeiros necessários, em caso de óbito:

“Art. 1º Esta Lei dispõe sobre compensação financeira a ser paga pela União aos profissionais e trabalhadores de saúde que, durante o período de emergência de saúde pública de importância nacional decorrente da disseminação do novo coronavírus (SARS-CoV-2), por terem trabalhado no atendimento direto a pacientes acometidos pela Covid-19, **ou realizado visitas domiciliares em determinado período de tempo, no caso de agentes comunitários de saúde** ou de combate a endemias, tornarem-se permanentemente incapacitados para o trabalho, ou ao seu cônjuge ou



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

companheiro, aos seus dependentes e aos seus herdeiros necessários, em caso de óbito.

Parágrafo único. **Para os fins desta Lei, considera-se:**

I - **profissional ou trabalhador de saúde:**

(...)

c) **os agentes comunitários de saúde** e de combate a endemias;”

A compensação é devida pelo simples fato de haver realizado visitas domiciliares no período. Assim reforça o artigo 2º:

“Art. 2º A compensação financeira de que trata esta Lei será concedida:

(...)

II - **ao agente comunitário de saúde** e de combate a endemias **que ficar incapacitado permanentemente para o trabalho em decorrência da Covid-19, por ter realizado visitas domiciliares em razão de suas atribuições durante o Espin-Covid-19.”**

É o claro reconhecimento pelo legislador da presença de circunstâncias adversas no local de trabalho desses profissionais que, diferentemente das camadas mais privilegiadas da sociedade brasileira, sequer tiveram a oportunidade de cumprir as medidas de isolamento social, qualificados como executores de serviços públicos e atividades tidos como essenciais e inseridos entre “aqueles indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, assim considerados aqueles que, se não atendidos, colocam em perigo a sobrevivência, a saúde ou a segurança da população” (Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, posteriormente alterado pelos Decretos nºs 10.292, 10.329, 10.342 e 10.344, de 25 de março de 2020, 28 de abril, 7 de maio e 11 de maio de 2020, respectivamente, todos eles revogados pelo Decreto nº 11.077, de 20 de maio de 2022):

“Art. 3º As medidas previstas na Lei nº 13.979, de 2020, deverão resguardar o exercício e o funcionamento dos serviços públicos e atividades essenciais a que se refere o § 1º.

§ 1º **São serviços públicos e atividades essenciais aqueles indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, assim considerados aqueles que, se não atendidos, colocam em perigo a sobrevivência, a saúde ou a segurança da população,** tais como:

I - assistência à saúde, incluídos os serviços médicos e hospitalares;

II - assistência social e atendimento à população em estado de vulnerabilidade;”



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

Posteriormente, em 8 de julho de 2020, por meio da Lei nº 14.023, que promoveu alteração na Lei nº 13.979 do mesmo ano, **foram incluídos entre os profissionais tidos igualmente como essenciais ao controle de doenças e manutenção da ordem pública:**

“Art. 3º-J Durante a emergência de saúde pública decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, o poder público e os empregadores ou contratantes adotarão, imediatamente, medidas para preservar a saúde e a vida de todos os profissionais considerados essenciais ao controle de doenças e à manutenção da ordem pública.

§ 1º Para efeitos do disposto no *caput* deste artigo, **são considerados profissionais essenciais ao controle de doenças** e à manutenção da ordem pública:

(...)

XII - agentes comunitários de saúde;”

A alteração provocada nos programas voltados a assegurar saúde a essas pessoas mudou a estratégia até então existente no sistema de saúde brasileiro, repito mais uma vez: **ao invés de levar o paciente à unidade de atendimento, o ACS promove os cuidados na própria residência e não existe a menor condição de saber se naquele local há alguém que esteja doente ou os objetos por ele manuseados ou que possa ter contato estejam devidamente esterilizados.** Ele não atua nos bairros nobres, não atua no Plano Piloto desta Capital. Está nas regiões onde reside a população mais carente.

Esse aspecto é particularmente importante ao se compreender, **entre os objetivos da Estratégia de Saúde da Família**, o que se pode denominar de “**promoção ativa da saúde**”, em cujas atividades se insere o **trabalho de visita domiciliar realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde e transforma a residência da família visitada em “ambiente de cuidado à saúde**”, que não se resume às unidades hospitalares.

Em Dissertação de Mestrado apresentada na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, na qual analisa **a presença dos agentes de risco biológico entre esses profissionais**, Fabiana Ribeiro de Rezende apresenta estudos reveladores da **presença de risco biológico decorrente da exposição a material biológico também nas atividades de assistência domiciliar** e menciona **haverem sido identificados 60 tipos de agentes infecciosos associados à**



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

exposição “a fluidos corporais: 26 vírus, 18 bactérias/rickettsias, 13 parasitas e três leveduras. Dentre esses, o vírus da imunodeficiência humana - HIV, da hepatite B - HBV e hepatite C - HCV são responsáveis pela maioria dos casos” (esclareço que as abreviaturas RB, MB e TAS correspondem a risco biológico, material biológico e trabalhadores de assistência à saúde):

“Nos ambientes de cuidado à saúde, há grande quantidade e variedade de agentes patogênicos, e a probabilidade de contato direto ou indireto com tais micro-organismos eleva o risco biológico à posição de destaque dentre os outros riscos ocupacionais (SANTOS et al., 2012).

Apesar de grande parte dos registros se referir ao RB e ao acidente com MB em unidades hospitalares, a exposição pode ocorrer em qualquer local onde são realizados cuidados à saúde. Estudos acerca dos riscos ocupacionais dos TAS em UBS e assistência domiciliar evidenciaram que, nesses locais, o trabalhador pode se expor a MB de formas semelhantes ao ambiente hospitalar (CARDOSO; FIGUEIREDO, 2010; FIGUEIREDO; MAROLDI, 2012). Da mesma forma, há registros de acidentes em UBS, ambulatórios, consultórios odontológicos, domicílio e abrigo de idosos (DIAS; MACHADO; SANTOS, 2012). Sendo assim, os TAS e os profissionais dos serviços de apoio têm **risco de adquirir micro-organismos infecciosos em seus locais de trabalhos e consequentemente, adoecer. Sessenta tipos de agentes infecciosos foram associados a exposições a fluidos corporais: 26 vírus, 18 bactérias/rickettsias, 13 parasitas e três leveduras. Dentre esses, o vírus da imunodeficiência humana - HIV, da hepatite B - HBV e hepatite C - HCV são responsáveis pela maioria dos casos** (TARANTOLA; ABITEBOUL; RACHLINE, 2006)” (REZENDE, Fabiana Ribeiro de Rezende. *Risco biológico entre agentes comunitários de saúde*. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, 2016, p. 26).

No mesmo trabalho e em passagens que dele extraio (p. 26 até 52), a referida autora detalha **as fontes de contágio, rotineiramente presentes no labor**, inclusive resultantes de **exposições acidentais:**

a) **risco de transmissão de vírus da hepatite B – HBV, vírus da hepatite C – HCV e vírus da imunodeficiência humana – HIV:** exposição por via percutânea (capaz de atravessar a pele), “quando as lesões são provocadas por objetos perfurantes, cortantes ou escarificantes; cutânea, quando há contato com pele não íntegra; mucosa, quando mucosa oral, nasal ou ocular é atingida; ou por mordedura humana quando há presença de sangue (*Centers for Disease Control and Prevention - CDC, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010*)”;



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

b) **acidentes ocupacionais com objetos perfurocortantes e presença de sangue:** são os mais frequentes e oferecem maior risco de infecção em casos como de transmissão do HIV, HCV e HBV;

c) **risco aumentado de adquirir infecção tuberculosa em relação à população em geral:** doença infecciosa causada por um bacilo denominado *Mycobacterium tuberculosis*, a sua transmissão ocorre por meio de aerossóis e os Agentes Comunitários de Saúde “integram o Programa de Controle da Tuberculose (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), do Ministério da Saúde, e uma de suas atribuições é **identificar sintomáticos respiratórios na comunidade**. Como inerente de sua profissão, realizam visitas domiciliares, diariamente, adentrando residências muitas vezes insalubres e com pouca ventilação onde podem entrar em contato com portadores de TB ainda não diagnosticada ou tratada (SILVA; NAVARRO, 2013; SCATOLIN et al., 2014)”;

d) **risco de transmissão de diversas enfermidades por meio da saliva:** em virtude da possibilidade de “conter micro-organismos com potencial de infecção e constituir um meio de propagação de doenças (SLOTS; SLOTS, 2011)”, a saliva não é considerada espécie de fluido inofensivo, por não ser constituída puramente por secreções das glândulas salivares. A ela se agregam “fluido gengival, secreções de vias respiratórias, plasma e sangue quando há feridas na cavidade oral ou problemas periodontais”, aos quais se somam micro-organismos existentes no trato respiratório, secreções respiratórias aptas a provocarem infecções agudas das vias aéreas superiores, inclusive a “*Mycobacterium tuberculosis*”, já referida, particularmente pelo fato de os Agentes ingressarem em ambientes fechados e entrarem em contato com indivíduos portadores dessa enfermidade “antes do diagnóstico da doença sem utilizar as precauções respiratórias recomendadas”.

São também mencionados pela autora estudos que identificam a presença de **diversos outros vírus na saliva ou transmitidos por aerossóis**, tais como herpesvírus, vírus Epstein-Barr, causador da mononucleose infecciosa, citomegalovírus, herpesvírus tipo 6 e tipo 7, herpes simples tipo 1 e tipo 2 e vírus Varicela-Zoster, hepatite A e E, na fase aguda, Ebola; doenças como varicela, difteria, sarampo, rubéola, caxumba, coqueluche, influenza e doença meningocócica;

e) **risco de transmissão de doenças resultantes de contato com material biológico (sangue, urina, fezes, escarro e vômito):** o sangue é considerado o principal material biológico envolvido em acidentes ocupacionais e o que oferece maior risco de infecção, especialmente ao considerar a prevalência de



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

exposições percutâneas. Os demais materiais biológicos citados são fontes de transmissão de agentes infecciosos como os vírus da hepatite A e E e bacilo da tuberculose, entre outros.

Ao final, conclui a autora que a “atuação desses trabalhadores em realidades adversas torna-os susceptíveis à exposição a agentes biológicos importantes (...) e a desenvolver doenças (...)”.

Some-se ao contexto de risco a **exigência de o ocupante do cargo residir na comunidade**, já mencionada e justificada pela introdução de um **novo modelo de saúde** em que ele exerce o papel de elo com a comunidade e ser o precursor da viabilização desse novo modelo também marcado por “uma nova maneira de cuidar da comunidade e pensar a saúde como uma forma mais abrangente **diferente de somente tratar do indivíduo nas unidades de saúde; representava o prover a assistência no coletivo, deslocando o cuidado para o território onde se inseria a população adscrita**” (BARROS, Camila Pereira. *Os riscos ocupacionais do agente comunitário de saúde: uma revisão bibliográfica integrativa*. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, 2016, p. 21 – com destaques).

Torna-se, assim, destinatário das mais variadas reivindicações pela comunidade, inclusive costuma ser procurado em sua própria residência em qualquer necessidade, como ressalta a referida autora (obra e páginas citadas).

Por sua vez, a **NR-32 - SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE** fixa algumas definições importantes, cabíveis ao caso em tela. Ao definir o seu objetivo e campo de aplicação, revela ser destinada à proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde e dos que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral (item 32.1.1) e, pois, alcança os ACS:

“32.1 Do objetivo e campo de aplicação

32.1.1 Esta Norma Regulamentadora - NR tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.”

Importante lembrar, aqui, que o fundamento do direito ao adicional de insalubridade é a **maior probabilidade de contágio, e não o**



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

adocimento em si. Compensa-se o risco em potencial de adquirir a enfermidade, e não o efetivo dano provocado pelo adocimento.

Essa afirmação encontra plena aderência à citada NR-32 que, ao **definir risco biológico**, menciona ser “a probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos” e estes, por sua vez, são definidos como “os microrganismos, geneticamente modificados ou não; as culturas de células; os parasitas; as toxinas e os príons” (itens 32.1.1 e 32.1.1), os quais constam de extensa relação contida no Anexo I da NR:

“32.2 Dos Riscos Biológicos

32.2.1 Para fins de aplicação desta NR, considera-se Risco Biológico a **probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos.**

32.2.1.1 Consideram-se Agentes Biológicos os microrganismos, geneticamente modificados ou não; as culturas de células; os parasitas; as toxinas e os príons.”

Não se pode deixar de reconhecer a **intenção protetiva do legislador**, ao prever, expressamente, a inserção do ACS no rol dos profissionais que fazem jus ao pagamento da aludida parcela mediante a alteração legislativa, que veio corrigir a injustiça de norma já ultrapassada pelos fatos. Essa ideia de correção de injustiças históricas em virtude do relevante trabalho realizado por essa categoria profissional fez parte da justificativa do projeto de lei:

“Os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias representam uma das principais categorias de trabalhadores da saúde no Brasil. Cabe prioritariamente a eles, em primeira pessoa, estabelecer um elo efetivo entre a população e o sistema de saúde.

Estão presentes na maior parte, senão em todos os municípios brasileiros.

Toda a estratégia de saúde da família vem sendo desenvolvida, desde seu início, tendo como pilares esses trabalhadores. Sua atuação tem sido decisiva na redução da morbimortalidade, em especial nas comunidades mais carentes. Pode-se afirmar corretamente serem eles os maiores responsáveis pela importante melhoria dos indicadores de saúde de nossa população.

No entanto, sua relevância dentro da lógica do Sistema Único de Saúde – SUS vem sendo reconhecida apenas aos poucos. Foi somente à custa de grandes batalhas que a categoria logrou ser reconhecida em sua relevância.

Esta Comissão Especial representa mais um passo nessa longa e árdua luta. O Projeto de Lei no 1.628, de 2015, ora em pauta, reúne reivindicações antigas da categoria, ainda não contempladas, porém corretas em sua natureza. Reitere-se que os debates promovidos no âmbito da Comissão



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

Especial demonstraram concordância de todos os setores envolvidos quanto à sua justiça e oportunidade.”

Se antes da previsão explícita da Lei nº 13.342/2016 poderia não haver suporte jurídico para reconhecer o direito à compensação resultante da forma acentuada de sujeição a riscos biológicos no trabalho de visita domiciliar, é certo que essa realidade mudou a partir de então, e, por isso, deve-se assumir que **esse profissional tem, a seu favor, a presunção de “labor habitual e permanente em condições insalubres acima dos limites de tolerância estabelecidos pelo órgão competente do Poder Executivo federal”**, desde que desempenhe o trabalho de visitação à população (o que também se presume, haja vista ser atividade primordial na função). **Ficam fora de tal presunção apenas os agentes que desempenhem atividades administrativas.**

Habitual e permanente, portanto, **dizem respeito às condições de trabalho rotineiras, que integram o cotidiano do trabalhador**, tal como já afirmou este Tribunal nos casos em que analisou conceitos semelhantes nas controvérsias que envolvem o adicional de periculosidade no trabalho com energia elétrica e abastecimento de empilhadeiras. Reconhece-se o direito em situações nas quais o labor nesse ambiente seja habitual ou intermitente e somente é afastado nas circunstâncias caracterizadoras de típica eventualidade, como exemplificam os julgados abaixo:

"AGRAVO INTERPOSTO CONTRA DECISÃO DENEGATÓRIA DE SEGUIMENTO DE EMBARGOS PROFERIDA POR MINISTRO PRESIDENTE DE TURMA SOB A ÉGIDE DA LEI 13.015/2014. ADICIONAL DE PERICULOSIDADE. ABASTECIMENTO DE EMPILHADEIRA. EXPOSIÇÃO À SUBSTÂNCIA INFLAMÁVEL - GLP. HABITUALIDADE. TEMPO DE EXPOSIÇÃO. ART. 894, §2º, DA CLT. Esta Corte Superior tem entendido que a exposição do trabalhador à situação de risco por alguns minutos, desde que habitual, não caracteriza tempo extremamente reduzido de que trata a Súmula nº 364 do TST. Assim, tem-se que a Terceira Turma - ao concluir que o abastecimento de empilhadeiras pelo período de tempo consignado no acórdão regional (cerca de 3 minutos, uma ou duas vezes por turno de trabalho) configura exposição intermitente ao agente perigoso, fazendo jus o trabalhador ao respectivo adicional -, aplicou corretamente o entendimento consubstanciado na Súmula 364 do TST. Nesse contexto, proferido o acórdão em consonância com a iterativa e notória jurisprudência desta Corte sobre a matéria, inviável o processamento dos embargos, ante o óbice previsto no § 2º do artigo 894 da CLT. Agravo conhecido e desprovido" (Ag-E-ED-RR-85500-50.2009.5.15.0010, Subseção I



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

Especializada em Dissídios Individuais, Relator Ministro Alexandre Luiz Ramos, DEJT 29/11/2019);

“RECURSO DE EMBARGOS. REGÊNCIA DA LEI Nº 13.015/2014. PILOTO DE HELICÓPTERO. ADICIONAL DE PERICULOSIDADE. INFLAMÁVEIS. TEMPO DE EXPOSIÇÃO. CONTATO INTERMITENTE. 1. A eg. Segunda Turma proferiu acórdão em harmonia com a jurisprudência deste Tribunal Superior, ao condenar a reclamada ao pagamento do adicional de periculosidade, por se tratar de piloto de helicóptero que acompanhava o abastecimento da aeronave, até oito vezes por semana, por quatro minutos, configurando o contato intermitente com o agente de risco à integridade física do empregado. 2. Nesse contexto, os embargos se afiguram incabíveis, nos termos do art. 894, § 2º, da CLT, considerada a redação dada pela Lei nº 13.015/2014. Recurso de embargos de que não se conhece” (E-ED-RR-1763-44.2012.5.02.0031, Subseção I Especializada em Dissídios Individuais, Relator Ministro Walmir Oliveira da Costa, DEJT 31/08/2018);

“RECURSO DE EMBARGOS REGIDO PELA LEI 13.015/2014. ADICIONAL DE PERICULOSIDADE. ABASTECIMENTO DE VEÍCULO. Discute-se no recurso de embargos a condenação ao pagamento do adicional de periculosidade, especialmente em razão do tempo de exposição do reclamante ao agente de risco (inflamáveis). Na esteira da jurisprudência desta Subseção, a exposição do trabalhador a condições de risco habitual, ainda que por poucos minutos (no caso, em média de 3 a 4 minutos por dia), autoriza o pagamento de adicional de periculosidade, por não ser este tempo extremamente reduzido a ponto de minimizar de forma substancial o risco. Assim, encontrando-se o acórdão recorrido em consonância com a jurisprudência da Corte, inviável o recurso de embargos, nos termos do art. 894, § 2º, da CLT, incluído pela Lei 13.015/2014, sendo certo que a função uniformizadora deste Colegiado já foi cumprida. Recurso de embargos não conhecido” (E-ED-RR-10492-02.2013.5.03.0062, Relator Ministro Augusto César Leite de Carvalho, Subseção I Especializada em Dissídios Individuais, DEJT 11/04/2017);

“EMBARGOS REGIDOS PELA LEI Nº 11.496/2007. ADICIONAL DE PERICULOSIDADE. ABASTECIMENTO DE EMPILHADEIRA. CONTATO HABITUAL COM AGENTE INFLAMÁVEL. TEMPO DE EXPOSIÇÃO DE APROXIMADAMENTE CINCO MINUTOS DIÁRIOS. ADICIONAL DEVIDO. Discute-se, neste caso, se a exposição do empregado a condições de risco por cinco minutos diários autoriza o pagamento do adicional de periculosidade ou configura tempo extremamente reduzido. Partindo-se da exegese da norma inserta no artigo 193 da CLT e do disposto na Súmula nº 364 do Tribunal Superior do Trabalho, firmou-se nesta Corte o entendimento de que a operação de abastecimento, ainda que por tempo reduzido, traduz exposição intermitente, que justifica a concessão do direito ao adicional de periculosidade em face do risco potencial de dano efetivo. No caso, incontestado o fato de que o reclamante, estava diariamente em contato com inflamáveis pelo período médio de cinco



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

minutos, procedendo à troca do gás (GLP) durante o abastecimento de empilhadeira, o que demonstra a habitualidade tratada na Súmula nº 364 do TST, pois o contato com os produtos inflamáveis não era fortuito e casual, mas decorria das próprias atividades desenvolvidas pelo reclamante. Ademais, os cinco minutos durante os quais o reclamante ficava exposto ao risco são suficientes para configurar o potencial lesivo, especialmente considerando o alto grau de periculosidade nas operações de abastecimento, motivo pelo qual esses cinco minutos não configuram tempo extremamente reduzido, ainda mais quando o próprio autor realizava o abastecimento das empilhadeiras. Correto, por conseguinte, o deferimento do pagamento do adicional de periculosidade, nos termos em que preconiza a Súmula nº 364 do Tribunal Superior do Trabalho, não havendo falar em divergência jurisprudencial, nos termos do artigo 894, inciso II, da CLT. Embargos não conhecidos." (TST-E-ED-RR-116900-82.2009.5.15.0010, Relator Ministro José Roberto Freire Pimenta, Subseção I Especializada em Dissídios Individuais, DEJT 24/03/2017).

Vê-se, assim, que **o reconhecimento do direito ocorre a partir da presença habitual do fator de risco**. Guardadas as devidas diferenças, é certo que o risco de explosão (adicional de periculosidade) e o risco de contágio por agente biológico (adicional de insalubridade) seguem a mesma lógica: não é preciso que a exposição ocorra por tempo prolongado, pois o dano que se almeja evitar pode se concretizar em poucos segundos. Assim, se exposição for rotineira, o trabalhador deve ser compensado.

Essa compreensão também é extraída da regulamentação do conceito de "trabalho permanente" contido no *caput* do artigo 65 do Decreto nº 3.048/1999, que aprova o Regulamento da Previdência Social, ao mencionar ser "aquele que é exercido de **forma não ocasional nem intermitente**, no qual a **exposição do empregado**, do trabalhador avulso ou do cooperado ao **agente nocivo seja indissociável** da produção do bem ou **da prestação do serviço**" – com destaques.

Em relação à exigência do **contato permanente**, a própria Portaria nº 12, de 12 de novembro de 1979, da Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho do Ministério do Trabalho, que aprovou o mencionado Anexo XIV da NR-15, define no parágrafo único do artigo 1º o que seja **contato permanente** e o faz para dizer que "Contato permanente com pacientes, animais ou material infecto-contagante é o **trabalho resultante da prestação de serviço contínuo e obrigatório**, decorrente de exigência firmada no próprio contrato de trabalho, **com exposição permanente aos agentes insalubres**" (destaques acrescidos).



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

Não há dúvida quanto à presença de tais requisitos no labor do Agente Comunitário de Saúde, pois o trabalho ocorre de maneira não ocasional, no curso do qual se encontra de exposto, de forma indissociável e permanente, a diversos agentes nocivos à saúde.

Some-se a tudo isso um argumento mais do que relevante e que fortalece, ainda mais, a necessidade de reconhecimento imediato do direito: **a aprovação da Emenda Constitucional nº 120, de 5 de maio de 2022**, que, entre outras modificações à Constituição, acrescentou o § 10 ao artigo 198 no qual confere, de maneira inequívoca, **o direito ao adicional de insalubridade a essa categoria de trabalhadores (juntamente com o agente de combate às endemias) e o faz sem qualquer condicionante**. Transcrevo, para relembrar o teor do dispositivo:

“§ 10. Os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias terão também, em razão dos riscos inerentes às funções desempenhadas, aposentadoria especial e, somado aos seus vencimentos, adicional de insalubridade”.

Observe-se que o constituinte reformador reconheceu as agruras pelas quais passa essa categoria de trabalhadores e, de maneira expressa, referiu-se ao adoecimento que lhes é comum, inclusive com elevada gravidade, como elucida passagem da justificativa apresentada em que há referência às aposentadorias precoces em virtude de **graves problemas de saúde resultantes do contato permanente com portadores de doenças infectocontagiosas como tuberculose, hanseníase, hepatite**, dentre outras, valendo salientar que a Proposta de Emenda tramita desde o ano de 2011:

“Sobre o estabelecimento em definitivo do direito ao adicional de insalubridade e à aposentadoria especial dos ACS e ACE, lembram os Autores da PEC nº 22, de 2011, que o trabalho desses profissionais envolve o contato permanente com portadores de doenças infectocontagiosas como tuberculose, hanseníase, hepatite etc., em meio a todo tipo de intempérie natural. Não é outro o motivo por que agentes em atividade há mais de dez anos apresentam graves problemas de saúde, contraídos no exercício de seu dever funcional” (com grifos).

Diante de tal cenário normativo, não parece crível negar-se vigência a norma constitucional de tamanha relevância sob o argumento de não ter havido regulamentação. Destaco que a norma constitucional, no caso, tem aplicação



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

direta e imediata e não carece de qualquer complementação para que possa incidir. O citado dispositivo constitucional não tem a sua vigência ou eficácia condicionada à edição de qualquer outra norma e o mencionado Anexo 14 da NR-15 fornece os elementos necessários para sua quantificação, com o destaque de **serem elas as únicas categorias de trabalhadores que possuem o citado adicional conferido a partir do próprio texto constitucional.**

Dois argumentos finais, a título de reforço. **Sequer é possível a realização da prova pericial, como ocorre nos casos que envolvem o direito ao mesmo adicional na atividade de limpeza de banheiro de grande circulação, repita-se.** Isso porque **jamais o perito conseguirá restabelecer as condições presentes em cada uma das visitas realizadas** (recorde-se que a área de atuação pode alcançar 4.500 famílias por cada agente), diferentemente do que ocorre em ambiente único, como o ambiente hospitalar. Ele teria que percorrer cada uma das residências visitadas ao longo do período de trabalho do ACS, encontrar as mesmas pessoas, com as mesmas doenças, presentes os mesmos objetos e condições de higiene e salubridade, **o que se mostra impossível**, sobretudo porque a perícia ocorreria no âmbito do processo judicial, ajuizado, não raras vezes alguns anos depois da ocorrência do fato. **É mera utopia condicionar o direito à efetiva realização da prova técnica.**

Repito que não constitui novidade essa afirmação. Precedentes aos milhares deste Tribunal reconhecem o direito ao **adicional de insalubridade em grau máximo**, friso, em caso de limpeza de banheiros de uso público ou de grande circulação. A simples prova do fato ampara o reconhecimento do direito. Nesses casos, previstos no item II da Súmula 448, **promoveu-se a equiparação da atividade** (limpeza de banheiro nessas condições) **à coleta e industrialização de lixo urbano**, com fundamento na exposição do trabalhador a agentes biológicos de alta nocividade, **muito embora não esteja ela catalogada no Anexo XIV da NR-15.** Cito precedente desta Subseção:

"RECURSO DE EMBARGOS DA RECLAMANTE REGIDO PELA LEI 11.496/2007. DIFERENÇAS DE ADICIONAL DE INSALUBRIDADE DO GRAU MÉDIO PARA GRAU MÁXIMO. LIMPEZA DE BANHEIRO E COLETA DE LIXO. **As atividades de limpeza de banheiros de uso público ou acessíveis a um grande número de usuários ensejam a percepção do adicional de insalubridade em grau máximo.** Aplicável, em tais casos, a regra do Anexo 14 da NR-15 da Portaria MTE 3.214/78, o qual prevê para a configuração do adicional de insalubridade o trabalho permanente com esgotos (galerias e



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

tanques) e lixo urbano (coleta e industrialização), porquanto **o trabalhador fica exposto a agentes biológicos de alta nocividade à saúde**. Nessas hipóteses, incide o item II da Súmula 448 do TST (objeto de conversão da Orientação Jurisprudencial 4 da SBDI-1 do TST), o qual contempla o direito para os casos de limpeza de banheiros onde há grande circulação de pessoas. No caso, **a autora executava atividades rotineiras, como faxineira, de limpeza e higienização de banheiros, de segundas às sextas-feiras no "Posto da Justiça do Trabalho em Nova Prata", sendo inconteste a frequência de um grande número de usuários**. Nesse contexto, entende-se demonstrada a contrariedade ao item II da Orientação Jurisprudencial 4 da SBDI-1, por má aplicação (convertido na Súmula 448 do TST, a qual conferiu nova redação ao item II da OJ 4 da SBDI-1, vigente à época da interposição do recurso). Recurso de embargos conhecido e provido. (...)" (E-ED-RR-1576-65.2010.5.04.0511, Subseção I Especializada em Dissídios Individuais, Relator Ministro Augusto Cesar Leite de Carvalho, DEJT 30/04/2021);

Outro exemplo no mesmo contexto é a **presunção de que, a depender da natureza do estabelecimento, consideram-se presentes as condições para o deferimento do adicional, a exemplo de escola**. Cito:

"RECURSO DE EMBARGOS. ACÓRDÃO PUBLICADO NA VIGÊNCIA DAS LEIS NºS 13.015/2014 E 13.467/2017 - ADICIONAL DE INSALUBRIDADE. CARACTERIZAÇÃO. LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO DE SANITÁRIOS E COLETA DE LIXO EM BANHEIROS DE USO COLETIVO. SÚMULA 448, II, DO TST. Cinge-se a controvérsia a definir se a limpeza de banheiros de escola pré-vestibular se enquadra no conceito de banheiros de grande circulação a que alude a Súmula 448, II, do TST. A jurisprudência desta Subseção firma-se no sentido de conceder o adicional de insalubridade quando se constata a limpeza e a higienização de banheiros públicos situados em local de grande circulação, como na hipótese de higienização de banheiros em escolas, **sendo certo que a análise da controvérsia pelo prisma da natureza do estabelecimento já traz intrínseca a noção da quantidade expressiva de usuários das instalações sanitárias. Tratando-se, pois, de limpeza de banheiros de escola, incide a jurisprudência desta Subseção**, atraindo o óbice do art. 894, § 2º, da CLT. Recurso de embargos não conhecido" (E-RR-10504-67.2017.5.03.0032, Subseção I Especializada em Dissídios Individuais, Relator Ministro Breno Medeiros, DEJT 04/12/2020).

Mais um exemplo catalogado se refere a **banheiros situados em postos públicos de saúde**:

"RECURSO DE EMBARGOS INTERPOSTO SOB A ÉGIDE DA LEI Nº 11.496/2007. ADICIONAL DE INSALUBRIDADE. LIMPEZA DE BANHEIROS E INSTALAÇÕES DE



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

POSTOS PÚBLICOS DE SAÚDE. Súmula n.º 448, item II, do TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO. 1. 'A higienização de instalações sanitárias de uso público ou coletivo de grande circulação, e a respectiva coleta de lixo, por não se equiparar à limpeza em residências e escritórios, enseja o pagamento de adicional de insalubridade em grau máximo, incidindo o disposto no Anexo 14 da NR-15 da Portaria do MTE nº 3.214/78 quanto à coleta e industrialização de lixo urbano.' - Súmula n.º 448, item II, desta Corte superior. **2. Uma vez assentada, no acórdão prolatado pela Corte regional, devidamente reproduzido no acórdão embargado, a premissa fática de que a reclamante realizava serviços de limpeza e higienização, inclusive de banheiros, em postos de saúde, de pública e notória circulação de grande número de pessoas, resulta devida a condenação ao pagamento do adicional de insalubridade.** 3. Num tal contexto, não merece reparos o acórdão embargado, mediante o qual não se conheceu do Recurso de Revista interposto pelo reclamado, ao entendimento de que não se equipara a hipótese vertente dos autos à limpeza em residências e escritórios e à respectiva coleta de lixo. 4. Recurso de Embargos de que não se conhece, nos termos do artigo 894, II, da CLT, com a redação conferida pela Lei n.º 11.496/2007" (E-ED-RR-42900-30.2008.5.04.0018, Subseção I Especializada em Dissídios Individuais, Relator Ministro Lelio Bentes Correa, DEJT 06/11/2020).

O direito é outorgado sem que haja expressa menção de inclusão da atividade no citado Anexo XIV, muito embora nele exista a referência a lixo urbano. O mesmo ocorre com a expressão "outros estabelecimentos destinados aos cuidados da saúde humana", que não deve interpretado apenas e tão somente como hospitais, postos de saúde, enfermarias, etc., mas também **deve alcançar as residências porque é nelas que estarão presentes os agentes biológicos que podem causar danos – até irreparáveis – à saúde dos ACS.**

Poder-se-ia indagar se haveria o reconhecimento do direito de forma incondicionada, ou seja, pelo simples fato de se tratar de ACS. Contudo, a resposta é negativa, pois há a possibilidade de ele desempenhar funções meramente administrativas, sem atuar no campo, matéria que deve ser objeto da defesa e, uma vez comprovado o fato impeditivo, nada lhe seria devido.

No caso dos autos, nas atribuições da reclamante havia o contato com um número expressivo de pessoas, sujeita, portanto, a doenças infectocontagiosas. E, em que pese não realizar procedimentos de saúde, "o laudo é claro no sentido de que no desenvolvimento de suas atividades, há contato com 'portadores de doenças diversas, inclusive infecto contagiosas, como catapora, sarampo, viroses, além de portadores do vírus 'HIV', gripe 'H1N1', portadores do 'Mal de Hansen'" (fl. 217).



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

A Corte Regional expressou compreensão semelhante, em passagem que repito:

“Em audiência, as partes adotaram como prova empestada o laudo a ser produzido nos autos do processo de nº 0020651-44.2017.5.04.0641, bem como as manifestações lá apresentadas.

O laudo pericial (id 6860400 - Pág. 4/5) consignou que a reclamante do processo de nº 0020651-44.2017.5.04.0641, na função de agente comunitário de saúde, realizava as seguintes atividades:

‘A Demandante é responsável pelo atendimento domiciliar de 124 (cento e vinte e quatro) famílias, compostas por um sem número de pessoas visitadas mensalmente. (...) Nestas referidas visitas, a Demandante entrevista os moradores com o objetivo de promoção da saúde; preenche os respectivos cadastros individuais (cartão do ‘SUS’); faz questionamentos, se estão doentes e/ou se estão tomando corretamente seus medicamentos; quando necessário, pode encaminhar para atendimento médico e odontológico, sempre sob avaliação da profissional ‘Enfermeira’; verifica os medicamentos e os prazos de validade dos mesmos, não realizando transporte e entrega dos mesmos; orienta nos cuidados com crianças e com idosos; transita em distintos locais, prestando orientações de limpeza e higiene; e, quando necessário, informa da necessidade do agendamento de consultas domiciliares.

A Requerente trabalha com diversos grupos de pessoas: hipertensos, diabéticos e gestantes. Presta noções de higiene, de ‘como viver bem’, para manter qualidade de vida; de como se alimentar adequadamente; mas não faz orientações nutricionais; nem faz procedimentos de saúde (não executa curativos, por exemplo); não verifica a pressão arterial, nem temperatura; em 02 (duas) ocasiões anuais, faz pesagem de crianças com até 02 (dois) anos de idade; e não acompanha deslocamentos de pacientes quando em ambulâncias.

(...) A Reclamante realiza anotações das visitas efetuadas, em respectivas fichas individuais, que permanecem junto do ‘Posto de Saúde’; controla os usuários do sistema para comparecerem nas consultas previamente agendadas; verifica as cadernetas de vacinação das crianças e dos idosos, se estão seguindo as orientações; quando necessário, pode chamar ambulância ou profissionais ‘Médicos’ e/ou ‘Enfermeiros’, para efetuarem consultas domiciliares; e comunica os munícipes quando da chegada de medicamentos no ‘posto de saúde’. A Demandante divulga e estimula os munícipes na participação em campanhas de vacinação.

A Autora visualmente verifica e também toca as pessoas, ocorrendo de receber abraços dos munícipes, em demonstrações de apreço; e participa em campanhas de combate à doenças. Também pode ocorrer de visitar e prestar orientações para munícipes portadores



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

de doenças diversas, inclusive infecto contagiosas, como catapora, sarampo, viroses, além de portadores do vírus 'HIV', gripe 'H1N1', portadores do 'Mal de Hansen', etc. Sendo necessária a execução de procedimentos, a Demandante encaminha os munícipes para a 'Unidade de Saúde'

Desde há algum tempo a Requerente também atua na função de 'Agente de Combate a Endemias', especialmente no combate ao mosquito da 'dengue'. A Demandante faz visitas domiciliares, vistoriando terrenos cemitérios e galpões; faz levantamento de focos das larvas de mosquitos transmissores da 'dengue': vasculha em latas vazias, pneus, embalagens diversas, vasos de flores e demais recipientes vazios, na procura de água limpa que pode ficar depositada.

Caso encontre água acumulada, orienta os munícipes para evitar tal situação.

A Autora não recebe e não faz uso de nenhum tipo de equipamento de proteção individual, somente veste camiseta de identificação.'

Diante disso, o perito concluiu que (id 6860400 - Pág. 7): 'a Reclamante não trabalha em condições técnicas de insalubridade, de acordo com as redações de todos os Anexos da NR - 15, da Portaria Nº 3.214/78'.

A reclamante daquele processo apresentou impugnação ao laudo (id 6860400 - Pág. 16).

Entende-se que a função de agente comunitário de saúde, em que pese tenha caráter eminentemente preventivo, expõe os trabalhadores ao contato com pessoas potencialmente portadoras de doenças infectocontagiosas. É inquestionável que, no contato com um número expressivo de pessoas, a reclamante fique sujeita à exposição a doenças de tal tipo, sendo, assim, devido o adicional postulado. Em que pese a reclamante não realizar procedimentos de saúde, o laudo é claro no sentido de que no desenvolvimento de suas atividades, há contato com 'portadores de doenças diversas, inclusive infecto contagiosas, como catapora, sarampo, viroses, além de portadores do vírus 'HIV', gripe 'H1N1', portadores do 'Mal de Hansen', etc

[...]

Dessa forma, concorda-se com a sentença que considerou que as funções da reclamante estão enquadradas no Anexo 14 da NR-15 da Portaria Ministerial 3.214/78, fazendo jus ao adicional de insalubridade em grau médio." (fls. 216/219)

Na situação analisada, **é incontroverso que a autora desempenhava a atividade de visitas domiciliares - fato que também encontra respaldo no acórdão recorrido** e, por isso, considero fazer jus ao adicional de insalubridade, tal como decidiu a Corte Regional.

Assim, **conheço** do recurso de embargos, por contrariedade à Súmula nº 448, I, desta Corte, e, no mérito, **dou-lhe provimento parcial** para



PROCESSO Nº TST-E-ED-RR-20631-53.2017.5.04.0641

restabelecer o acórdão regional quanto ao deferimento do adicional de insalubridade a partir de 03/10/2016, observando-se a base de cálculo ali definida.

É como voto.

Brasília, 29 de agosto de 2024.

CLÁUDIO BRANDÃO
Ministro