

APORTES DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA EM SAÚDE PARA O COMBATE AO TRABALHO ESCRAVO

Luís Henrique da Costa Leão¹

Resumo: O artigo apresenta alguns aspectos históricos, princípios doutrinários/teóricos e organizativos da legislação básica em saúde pública no Brasil com o intuito de destacar conceitos, dispositivos e elementos-chave capazes de oferecer mais bases para a ampliação e o fortalecimento das práticas de combate ao trabalho escravo. Trata-se de um estudo qualitativo constituído de análise conceitual da noção de saúde como questão de direitos humanos e de análise de conteúdo das principais normativas reguladoras do Sistema Único de Saúde no Brasil, com foco nas relações saúde-trabalho. Os resultados apresentam a noção ampliada de saúde e os conceitos de universalidade, equidade, integralidade, intersetorialidade e controle social enquanto sólidos fundamentos para ampliação do combate ao trabalho escravo no Brasil, considerando a prevenção, promoção, vigilância e cuidado em saúde dessa classe de trabalhadores.

Palavras-Chave: Legislação Sanitária. SUS. Direito à Saúde. Trabalho Escravo Contemporâneo.

¹ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense. Doutor em Ciências na área de Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública. Professor Associado II da Universidade Federal Fluminense, docente permanente no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso e do PPG Saúde Coletiva da UFF. Visiting professor na Universidade de Padova, Italia (2019) e Universidade de Nottingham, Inglaterra (2019). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde do Trabalhador, atuando principalmente nos seguintes temas: teorias críticas e as relações saúde, trabalho e ambiente, trabalho escravo contemporâneo, vigilância em saúde do trabalhador, cadeias produtivas e saúde mental relacionada ao trabalho.

E-mail: luisleao@id.uff.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5888247708760453>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0166-5066>

CONTRIBUTIONS FROM BRAZILIAN PUBLIC HEALTH LAW TO COMBAT SLAVE LABOR

Abstract: The paper presents some historical aspects, doctrinal/theoretical and organizational principles of basic legislation in public health in Brazil aiming to highlight concepts, devices, and key elements capable of offering more bases for expanding and strengthening antislavery practices. This is a qualitative research of a conceptual analysis of the notion of health as a human rights issue and a content analysis of the main regulatory regulations of the Unified Health System in Brazil, focusing on health-work relations. The results demonstrate the expanded notion of health and the concepts of universality, equity, comprehensiveness, intersectoriality and social control stand out as solid foundations for expanding the fight against slave labor in Brazil, considering prevention, promotion, surveillance and health care for this class of workers.

Keywords: Health Legislation. SUS. Right to Health. Contemporary Slave Labor.

Introdução

As relações entre o direito e a saúde constituem um amplo campo interdisciplinar de pesquisas científicas e práticas institucionais e profissionais. Do ponto de vista científico, uma variedade de temáticas vêm sendo abordadas nessa interface entre ciências jurídicas e ciências da saúde. Pesquisas sobre os processos de judicialização da saúde e sobre a construção histórica do direito à saúde no trabalho são exemplos disso (VASCONCELLOS; OLIVEIRA, 2011). Do ponto de vista das práticas, as instituições de saúde pública e do judiciário, cada uma em sua esfera de competência, buscam promover,

resguardar e garantir o Direito à Saúde das populações e se interpe-lam nesses processos².

O trabalho escravo contemporâneo (TEC), como problema social complexo, exige um olhar integrador, pois envolve sempre situações de negligência em relação aos direitos dos trabalhadores e exposição a condições de trabalho gravosas e riscos de variadas gradações à saúde, podendo levar a desgastes e a adoecimentos agudos e crônicos. Ocorre que, no Brasil, percebe-se muito mais envolvimento das ciências jurídicas do que das ciências da saúde para compreender e agir frente a essa problemática.

Apesar de existir boa produção de literatura sobre a saúde de escravizado(a)s no período colonial nas Américas e, particularmente no Brasil, no campo da história das profissões e das práticas de saúde (LEÃO; ZANIN, 2022), a contemporaneidade da escravidão continua às margens da produção de conhecimento e ação institucional nas relações saúde-trabalho, enquanto área da Saúde Coletiva e no Sistema Único de Saúde (LEÃO, 2016). Não obstante, o campo da saúde tem muito a contribuir no desenvolvimento de pesquisas, reflexões e práticas intersetoriais relacionadas à vigilância e à atenção às necessidades desses trabalhadores e à construção de ambientes de trabalho e territórios saudáveis e sustentáveis.

Por isso, esse artigo se situa no cenário de reflexão sobre as potencialidades do campo da Saúde Coletiva para o pensar e o agir frente à escravização contemporânea visando à ampliação das formas

² Exemplo disso pode ser inclusive citado a atuação do Conselho Nacional de Justiça com as suas recomendações sobre a assistência à saúde e o monitoramento das reivindicações nesse campo – Recomendação nº 31 de março de 2010 e nº 107 de abril de 2010).

de prevenção, à proteção e à promoção da vida desse grupo específico de trabalhadores frente aos determinantes socioambientais da escravização. Especificamente, busca-se aqui apresentar elementos legais, seus fundamentos teóricos e reponsabilidades institucionais como subsídios para pesquisas e intervenções no trabalho escravo contemporâneo, sob o horizonte da garantia do direito à saúde dos trabalhadores em situação de escravidão.

O objetivo do artigo é, portanto, prover uma visão geral dos fundamentos teóricos, princípios doutrinários e organizativos da legislação básica em saúde pública no Brasil, com o intuito de destacar conceitos, dispositivos e elementos-chave capazes de oferecer bases mais sólidas para ampliação e fortalecimento das práticas de combate ao TEC por parte de agentes do Judiciário, do Executivo e também dos movimentos sociais comprometidos com essa pauta.

A intenção do artigo não está em abordar a perspectiva das relações entre o Poder Executivo (no caso, sistema de Saúde Pública) e do Judiciário; nem se pretende discutir a judicialização da saúde. O interesse também não é abordar a questão filosófica das relações entre o direito, a justiça e a saúde, embora seja um importante campo de investigação como demonstram as obras de Norman Daniels que faz interessante leitura de John Rawls para o campo da saúde a exemplo de *Just Health; Justice e Health, and Healthcare (DANIELS, 2007)*. Trata-se de pensar elementos que contribuam para a reflexão crítica sobre a garantia do direito fundamental à saúde dos trabalhadores de modo ampliado e não apenas como caminhos para assegurar acesso a tratamentos e medicamentos específicos – embora isso seja fundamental.

Esse artigo é uma pesquisa qualitativa constituída de uma

análise conceitual dos marcos teóricos da Medicina Social, particularmente a Medicina Social Latino-Americana e da Saúde Coletiva, que impulsionaram a formação de novos conceitos, regras e práticas de saúde. De modo específico, busca-se analisar e discutir a noção ampliada de saúde no marco dos direitos humanos e analisar as principais normativas reguladoras do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. O foco da leitura e interpretação dessas normativas se deu quanto às relações saúde-trabalho, explicitamente tratadas nessas legislações, particularmente na Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), na Portaria nº 3.120/1998 de Vigilância em Saúde do Trabalhador e nas Portarias nº 1.823 de 2012 e nº 2.311, de 2014, que respectivamente tratam da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, das Florestas e das Águas.

Desenvolvimento

No enfrentamento ao trabalho escravo contemporâneo no Brasil, as instituições mais envolvidas são o Ministério Público do Trabalho, o Ministério do Trabalho e Emprego, a Justiça do Trabalho e a Justiça Federal; que agem geralmente com base nas implicações do TEC nas esferas administrativas, criminais, civis e trabalhistas. Com frequência, as instituições de saúde pouco são envolvidas nas ações de enfrentamento e as legislações em saúde são negligenciadas no combate ao TEC. Quando muito, o setor saúde é lembrado como aquele responsável por atuar após os casos de escravização, quase exclusivamente na recuperação das vítimas.

Essa noção reflete um quadro restrito de pensar o setor saúde como aquele limitado ao cenário de hospitais, atendimentos médi-

cos, postos de saúde, voltados para o tratamento de doenças mentais e físicas, tecnologias terapêuticas etc. Nesse quadro, a saúde é pensada como “locais de atendimento” à doença e à busca da cura. Nessa representação fica claro que existe o predomínio do paradigma clínico e do complexo médico-hospitalar-industrial, que não reflete os fundamentos legais, teóricos e práticos do Sistema Único de Saúde no Brasil. Esse sistema foi formado em uma perspectiva que rompe com o paradigma *hospitalocêntrico*, limitado ao *atendimento às doenças individuais* e condições emergenciais nos cuidados médicos e psicossociais. Ele é herdeiro do pensamento e das práticas críticas em saúde, oriundo de longa tradição da Medicina Social europeia do século XIX, que trouxe ao centro do debate a relação entre saúde e sociedade na compreensão das condições de vida das populações.

As medicinas sociais emergiram em contextos de crítica às novas realidades sociais oriundas da urbanização e industrialização europeia e sob o impacto da questão social – devastação da classe trabalhadora submetidas a condições de trabalho inumanas e surgimento de novas formas de pobreza associadas – nas quais se levantava a necessidade política de publicizar a realidade da injustiça para ampliar a consciência sobre a inabilitação de uma resposta médica puramente voltada ao interior do organismo humano frente à degradação da saúde populacional (RENAULT, 2008). A saúde da população fora então alçada ao patamar sociopolítico e diversos sanitaristas, como Guerin e Virchow, passaram a defender que “a medicina social era concebida como uma ciência social, como um diagnóstico que teria a ver com patologias sociais, e uma reflexão sobre *terapias sociais*” (RENAULT, 2008, p.109). Com isso, se pretendia destacar que as condições sociais levariam à produção de doenças em nível populacional.

Da mesma forma, na América Latina, em meados do século XX, outra forma de pensar a relação saúde e sociedade emergiu, particularmente dando especial atenção ao lugar da exploração capitalista na determinação do modo de vida, trabalho e saúde dos povos latino americanos. Esse novo olhar levou a considerar que a saúde – modos de vida e trabalho – nas Américas não pode ser compreendida corretamente se fosse ignorado seu lugar na divisão internacional do trabalho, a expropriação de seus territórios, a degradação ambiental e a exploração de sua força de trabalho. Isso porque, são esses contornos sociais, econômicos e culturais os polos centrais que modelam as características de adoecimento e determinam os padrões de mortalidade vigentes no continente. Pensadores como Asa Cristina Laurel, Mariano Noriega, Jaime Breilh, Cecília Donnangelo, entre tantos outro(as) foram nomes importantes que influenciaram esse pensamento crítico em saúde, trazendo ao centro do debate a noção de processo saúde-doença como um processo social.

No Brasil, particularmente, no final da década de 1960 e início dos anos 1970, nasce o campo da Saúde Coletiva enquanto esfera de produção de conhecimentos e saberes acadêmicos e, ao mesmo tempo, campo de políticas e práticas – esfera de ações e serviços no Sistema Único de Saúde (SUS) – na década seguinte – e também um movimento sociopolítico.

Desde a década de 1970 um forte movimento acadêmico, social e político conhecido como Reforma Sanitária luta em favor de uma saúde que atenda às necessidades e demandas da população do Brasil considerando suas desigualdades e injustiças sociais. Esse movimento contrahegemônico buscou uma profunda mudança cultural, política e institucional para viabilizar a saúde como um direito

e foi norteado por quatro princípios: ético-normativo, que insere a saúde como parte dos direitos humanos; científico, que compreende a determinação social do processo saúde-doença; político, que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática; sanitário, que entende a proteção à saúde de uma forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação (FLEURY, 2009).

Esse campo do conhecimento e das práticas considera o processo saúde-doença levando em conta elementos sociais, ambientais, culturais, produtivos, reunindo instrumentos científicos e tecnológicos para a compreensão sócio-histórica da determinação da saúde da população (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998; BREILH, 2003). É um projeto crítico frente ao modelo científico naturalista-universalista dos saberes biomédicos e às práticas de medicalização que desconsideram particularidades e historicidades dos contextos das condições de vida. Ele representa um novo olhar sobre a saúde, diferente daquele preconizado pela saúde pública tradicional reunindo conjunto amplo de saberes e práticas multidisciplinares, interprofissionais, intersetoriais, etc. (BIRMAN, 2005).

Esse campo incorporou discussões renovadas sobre a relação saúde, trabalho e ambiente, que ao longo das últimas décadas receberam contornos mais definidos, especialmente depois da incorporação das ciências sociais no campo da saúde (TAMBELLINI, 2002). Segundo Porto e Martinez-Alier (2007) a relação saúde-ambiente tem sido descrita na saúde pública brasileira segundo três paradigmas. O primeiro é o biomédico, baseado na microbiologia clássica que aborda a relação agente-hospedeiro; o segundo está relacionado ao saneamento, voltado para a engenharia ambiental. Atualmente, há

um terceiro paradigma em desenvolvimento, oriundo dos movimentos ambientalistas e da medicina social, que marcam o surgimento da saúde coletiva.

A ênfase desse novo paradigma encontra-se na ampliação do olhar sobre a relação saúde-ambiente a partir dos processos sociais e econômicos de desenvolvimento. Com isso, a saúde pública passa a incorporar, além da biomédica restrita, dimensões políticas, econômicas, culturais e ecológicas na compreensão dos problemas de saúde das populações, vistos cada vez mais como fenômenos complexos e multidimensionais, exigindo novas estratégias de intervenção (PORTO; MARTINEZ-ALIER, 2007, p. 504).

A Saúde Coletiva possibilitou a criação de um espaço para o desenvolvimento de conhecimentos sobre a relação saúde e trabalho - a saúde do trabalhador - que englobaria e iria além das consagradas áreas de saúde ocupacional e medicina do trabalho. É justamente a partir do desenvolvimento da Saúde do Trabalhador que as relações entre a saúde e questões ambientais ficaram mais patentes e paulatinamente foram sendo incorporadas ao campo da saúde (PORTO; MARTINEZ-ALIER, 2007). E ainda:

A reincorporação de uma “nova Saúde Ambiental”, como elemento integrante do campo da Saúde Coletiva, torna-se possível a partir do momento em que, já estabelecida como disciplina constituinte deste campo, a Saúde do Trabalhador aponta e se declara peça de uma relação mais ampla que abrange a produção, o ambiente e a saúde (TAMBELLINI E CÂMARA, 1998, p. 50).

Levando em consideração que o processo saúde-doença é determinado socialmente, e que o trabalho é um fator importante nesse processo, o ‘desenvolvimento’ tem sido apontado como um dos principais determinantes da degradação ambiental e da mudança dos perfis

da saúde da população humana (MINAYO E MIRANDA, 2002). A complexa relação saúde, trabalho e ambiente não se constitui como uma disciplina específica do conhecimento científico e está situada no plano da interdisciplinaridade, cara ao campo da saúde coletiva.

Produção/Saúde/Ambiente é uma questão contemporânea que encontrou expressão no seio da chamada Saúde Coletiva dos países latino-americanos e que se aglutinou em torno de relações moduladas por objetos e margens de várias disciplinas e técnicas baseadas no conhecimento científico, aliadas a necessidades concretas de pensar e agir, tendo em vista a saúde das populações e de grupos sociais determinados no interior das sociedades (TAMBELLINI, 2002, p. 22).

Destaca-se que o campo da Saúde Coletiva, considerando a estratificação social brasileira, compreende que as formas de adoecer e morrer de coletivos são também circunscritas pela inserção cada grupo populacional a determinadas condições de vida e trabalho. O conceito de saúde aqui vai além das dimensões biológicas, orgânicas, fisiológicas do corpo humano, supostamente históricas e universais. Não se trata de saúde de organismos individuais, mas das condições das coletividades.

Por isso, pode-se dizer que os trabalhadores em situação de escravização contemporânea compõem um coletivo com processo de determinação particular, de necessidades e de condições de saúde específicas e, portanto, demandam atenção dos profissionais e serviços de saúde de forma singular. Eles são submetidos a características comuns capazes de determinar seu grau de saúde e de doença de modo específico e diferenciado em relação a outras populações. Aliás, destaca-se que esse campo do saber pode, de modo *stricto*, por exemplo, avançar nos estudos de caracterização

dos impactos da jornada exaustiva e das condições degradantes na saúde para oferecer mais elementos para auditores fiscais do Ministério do Trabalho, para Juízes, Procuradores e demais atores institucionais em suas atuações de combate ao TEC. Ao mesmo tempo, os serviços de saúde podem gerar informações e práticas de prevenção, promoção cuidado e vigilância, a partir de perícias de saúde da população egressa e também vulnerável às condições de escravidão, de análises de situação de saúde individual e comunitárias e da participação em ações de fiscalização de ambientes e processos de trabalho.

Isso é possível e necessário porque, com esse aporte histórico-teórico, o direito à saúde no Brasil, foi – e continua sendo – importante luta social que o elevou ao patamar de direito humano e direito de cidadania a ser garantido pelo Estado sem qualquer discriminação de raça, gênero, nacionalidade, etc. A saúde é compreendida, portanto, como direito à liberdade e à dignidade.

Destaca-se, portanto, que as principais legislações em saúde no Brasil oferecem aportes fundamentais para o enfrentamento do TEC. Em primeiro lugar, a própria Constituição Federal de 1988, carta magna da República Federativa do Brasil, no título VIII, Capítulo II, Seção II, trata da saúde referenciando-a como direito de cidadania e responsabilidade do Estado e institui o Sistema Único de Saúde - SUS, com seus princípios doutrinários e organizativos.

O art. 196, afirma que o Estado deve garantir a saúde por meio de “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Neste artigo, estão os princípios regentes da ação do Estado na área da saúde, como a universalidade, equidade e integralidade da atenção, além da noção de que a saúde da população possui íntima relação com as condições sociais e econômicas do país. A Constituição Federal de 1988 representa assim, um marco para a área da saúde e quando preconiza, por exemplo, o atendimento integral com prioridade para as ações preventivas põe em evidência a trajetória política que buscou resgatar a dívida do setor saúde no Brasil diante da prevenção das doenças da população brasileira (CAMPOS, 2003). Isso porque, o Brasil se organizava dividindo as ações assistenciais das preventivas, oferecidas de maneira desigual. Com o nascimento do SUS buscou-se a atenção integral, superando o modelo anterior.

É possível perceber um avanço conceitual sobre saúde, fruto do movimento de reforma sanitária brasileira e dos movimentos mundiais de discussão da promoção da saúde que defendiam, dentre outras coisas, a determinação da saúde por fatores socioculturais. Por exemplo, a Carta de Otawa, um dos documentos mais importantes do movimento de promoção da saúde no mundo, foi publicada no ano de 1986, justamente no período da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, evento fundamental para a transformação das políticas de saúde no Brasil e para a formulação do SUS (CAMPOS, 2003). No que tange à vigilância, o artigo 200, nos incisos II e VIII, afirma que são competências do SUS, “executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador” e “colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho” (BRASIL, 1988).

A vigilância e a proteção de questões relativas à interface saúde, trabalho e ambiente, portanto, são preconizadas na Constituição

Federal de 1988, na medida em que ela identifica as ações de saúde do trabalhador com as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, e prevê a proteção ao meio ambiente incluindo o ambiente de trabalho. Esse artigo absorve e mantém as duas vertentes históricas de vigilância constituídas no Brasil. De um lado as ações de controle de doenças infecciosas e de outro a inspeção sanitária, categorizadas como vigilância epidemiológica e sanitária, respectivamente.

A Lei nº 8.080/90 demonstra claramente que a saúde não está tutelada pelo contrato de trabalho, mas é um direito humano fundamental e universal. Dois anos depois da promulgação da Constituição Federal de 1988, são publicadas as Leis nº 8.080 e nº 8.142, Lei Orgânica da Saúde (LOS), que ordenam a organização e o funcionamento do SUS. No que tange à nº Lei 8.080 de 1990, destaca-se, em primeiro lugar, o parágrafo 1º do Art. 2º, que enfatiza o ideal da Constituição Federal de 1988,

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Nesse parágrafo é notória a conexão entre dever do Estado na garantia de saúde da população e as políticas econômicas e sociais, convocando o Estado a programar políticas de desenvolvimento econômico e social que favoreçam a vida e a saúde. Isso é uma demonstração da noção preventiva da missão do SUS, principalmente se for observada a expressão “que visem à redução de riscos de doenças”.

É possível perceber, deste modo, um conceito amplo de saúde presente na lei. Por exemplo, o art. 3º inclui como determinantes

da saúde vários fatores, e entre eles, o transporte, a alimentação, o trabalho e o meio ambiente. Tal conceito ampliado de saúde é expresso muito bem na seguinte frase do mesmo artigo: “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.” Esta concepção de que saúde está relacionada a fatores sociais e econômicos permite perceber o conceito ampliado de saúde, uma vez que não se trata de mero oposto da doença. Esta conceitualização traz consequências para a configuração das ações e serviços de vigilância em saúde em todo o território brasileiro, isso porque as ações de vigilância deveriam vincular-se à *saúde* e não à *doença*, como historicamente se deu, sobretudo, no surgimento e desenvolvimento da vigilância epidemiológica.

O art. 6º cita que estão incluídas no campo de atuação do SUS a execução das ações de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de saúde do trabalhador e de assistência terapêutica integral, no mesmo inciso. Na LOS é possível perceber ainda a forte ligação entre as ações de saúde do trabalhador e as de vigilância sanitária e epidemiológica. O parágrafo 3º, por exemplo, assim define a saúde do trabalhador:

Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...] (BRASIL, 1990).

A legislação estabelece a Saúde do Trabalhador como área intersetorial e participativa, ou seja, que envolve a articulação entre os setores do Estado entre si e em diálogo com a sociedade civil e as

classes trabalhadoras organizadas. O princípio da intersetorialidade conclama a uma maior cooperação com outros órgãos para agir sobre problemas complexos, como é o caso da escravização contemporânea. Por esse princípio fica evidente a necessidade de envolvimento de todos os setores estatais para compreensão e intervenção no problema do TEC, o que implica diretamente o SUS em todas as ações de combate em todos os níveis de atuação (municipal, estadual e federal). Para isso, se faz necessário superar a atuação fragmentária do Estado brasileiro no que tange à saúde dos trabalhadores³.

No caso do princípio do controle social, o que está em questão é participação ativa de movimentos sociais e instituições seja nos Conselhos de Saúde e a possibilidade de abordagem do tema nas Conferências de Saúde – *da mesma forma nas atuações das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador – além de fundamentar*

³ Por exemplo, a partir de 1930, a responsabilidade sobre os aspectos sociais relativos à saúde de trabalhadores – ambientes de trabalho, regulação da nutrição, fiscalização da moradia, etc. – passou a ser patrimônio quase exclusivo de outros poderes da federação, levando a ações segmentadas e fracionadas do Estado brasileiro. Essa fragmentação do Estado se demonstra uma fragilização diante da reprodução social do trabalho escravo diminuindo o poder de uma intervenção mais orgânica e integral. Apenas para exemplificar, historicamente houve uma cisão entre ações de saúde pública e ações de proteção ao trabalho. Antes da criação da OIT (1919) e a Criação do Ministério de Trabalho e Emprego no Brasil (1930), por exemplo, o Regulamento dos Serviços Sanitários, sob responsabilidade da União (Decreto nº 5.156, de 8 de março de 1904) o código sanitário nacional colocava no setor saúde também a responsabilidade para fiscalizar ambientes de trabalho como se pode ver em seu Art. 124. “Com relação às fabricas, officinas e estabelecimentos congêneres, o inspector sanitario verificará si são insalubres por suas condições materiaes de installação, perigosos á saude dos moradores visinhos ou simplesmente incomodos. [...] § 5º Quando em qualquer fabrica ou officina a autoridade sanitaria verificar que os processos industriaes empregados não são os mais convenientes para a saude dos operarios, ordenará os que devam ser adoptados, marcando prazo razoavel para sua substituição”

a participação de profissionais e entidades do SUS em outros locais de controle social, como as Comissões Estaduais de Erradicação do Trabalho Escravo e a Comissão Nacional de Erradicação do Trabalho Escravo. Não é por acaso que nas Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador e nas Conferências Nacionais de Saúde, por exemplo, a preocupação com a escravidão também está sempre presente mediando as discussões.

Do ponto de vista da operacionalização das ações de vigilância é importante discutir a Portaria nº 3.120 de 1998, onde estão estabelecidos os conceitos, princípios, objetivos, estratégias e metodologia de ação para a vigilância da relação saúde-trabalho. Esta instrução normativa visou oferecer subsídios para o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde do trabalhador (VISAT) no SUS, buscando fazer uma aproximação com as estruturas da saúde do trabalhador nas secretarias de saúde e demais componentes do SUS, em especial as vigilâncias sanitária e epidemiológica, visando superar ações dicotômicas e independentes, ao passo que estabelece a VISAT como ação intersetorial e com controle social (BRASIL, 1998). Essa portaria demonstra a importância da análise da relação saúde, trabalho, ambiente e consumo como determinante dos perfis de morbimortalidade da população, preconizando ações integradas sobre os processos produtivos: “nas ações de vigilância e fiscalização sanitária, propriamente ditas, implica se transpor o objeto usual – o produto/consumidor – de forma a considerar, igualmente, como objeto, o processo/trabalhador/ambiente” (BRASIL, 1998, p. 2).

A conceituação de VISAT abrange o conjunto de ações contínuas e sistemáticas, articuladas intersetorialmente, no sentido de detectar e analisar fatores determinantes e condicionantes dos agra-

vos à saúde do trabalhador em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, a fim de intervir na realidade visando transformar os processos de trabalho e melhorar as condições de vida e saúde da população (BRASIL, 1998).

A portaria defende a ideia de que a VISAT não é independente de outras vigilâncias do SUS e de outros setores como o Ministério do Trabalho e Emprego, por exemplo, ao contrário, é tida sempre em consonância com os Sistemas Nacionais de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, em articulação com a assistência e com outros setores fiscalizadores de processos de trabalho e ambientes. Ao tratar das estratégias, no item 5.1, ela assim se expressa:

Promover e/ou aprofundar a relação institucional com as estruturas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Fiscalização Sanitária, buscando a superação da dicotomia existente em suas práticas, em que o objeto de ação da vigilância, em geral, não contempla o processo de produção e sua relação com a saúde dos trabalhadores (BRASIL, 1998. p. 6).

Considerando a abrangência e as dificuldades operacionais, a portaria recomenda adoção de critérios de ação de VISAT a partir de quatro esferas: base sindical, território, epidemiológica e ramo produtivo, onde cada uma dessas possibilidades seriam estratégicas para ampliação do potencial de detecção e transformação das situações de escravidão contemporânea no Brasil.

Além dessas legislações, a Portaria nº 1.823/2012 institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). O texto expressa claramente que o objetivo dessa política é “II - promover a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis, o que pressupõe: [...] f) contribuição na identificação e erradicação de situações análogas ao trabalho escravo”. Considerando

os riscos à saúde de trabalhadores em situação de escravização e a vulnerabilização de suas existências, pode-se citar ainda o art. 7 da portaria que afirma que a PNSTT:

deverá contemplar todos os trabalhadores *priorizando, entretanto, pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade*, como aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção (BRASIL, 2012, p. 46) (grifo não pertencente ao original)

Da mesma forma, a Política das populações do campo, florestas e águas enfatiza a importância e dever da saúde intervir na escravidão contemporânea e nas populações mais vulneráveis. Ela considera a importância de reduzir acidentes e doenças relacionados ao processo de trabalho no campo e na floresta, considerando inclusive o trabalho escravo como “exploração e apropriação do trabalho humano pela força e privação da liberdade” (BRASIL, 2011, *online*) e a violência no campo e na floresta que podem gerar agravos, lesões e privações de liberdade, cultura, acesso à terra e a direitos.

Percebe-se, portanto, que a legislação brasileira em saúde é ampla e merece aprofundamentos para além desse texto que se limita a apontar que ela ampara a participação do SUS na vigilância dos processos de trabalho, bem como na recuperação da saúde dos trabalhadores em situação de escravização. Ao mesmo tempo, a análise da legislação em saúde no Brasil permite afirmar que seus fundamentos teóricos são oriundos da saúde coletiva, particularmente, e da medicina social latino-americana, que evidenciam o processo histórico de exploração dos trabalhadores como elemento

fundamental para compreensão da determinação social de suas formas de adoecer e morrer.

Assim, destaca-se que uma das principais contribuições para pensar o combate a escravidão contemporânea no Brasil está exatamente no “conceito ampliado de saúde” que toda a legislação em saúde brasileira oferece. Ficou claro que em toda a legislação brasileira de saúde pública, o termo saúde é compreendido enquanto um direito humano fundamental, que deve ser garantido por políticas sociais e econômicas que reduzam as possibilidades de riscos de doenças nas populações. Esse conceito traz como central os determinantes da saúde dos trabalhadores. Seus elementos constituintes são renda, trabalho, lazer, moradia, transporte, acesso aos serviços de saúde, alimentação etc. Ou seja, saúde é ter a capacidade de trabalhar em condições dignas, moradia digna para restabelecer suas forças, opções de lazer, poder se alimentar adequadamente, ter condições de ir e vir em segurança, poder acessar espaços de cuidado quando deles necessitar, dentre outros fatores. O ponto central é que os casos de escravidão contemporânea significam a negação desses elementos. Em outras palavras, os condicionantes da saúde desses trabalhadores expressam um quadro de destruição dos seus potenciais de vida - más condições de trabalho; pouco acesso a lazer; transporte inadequado; migração forçada que retira o trabalhador nas possibilidades de conviver com sua família de modo seguro; alimentação em péssimas condições. Os elementos que constituem a saúde são todos precarizados ou negados no contexto da escravidão contemporânea. Isso, por si só, já detona o grave problema de saúde pública que tais relações de trabalho caracterizam. Fica claro aqui que a concepção de saúde que é cristalizada na legislação brasileira, se vincula aos di-

reitos humanos porque, seja na Constituição Federal de 1988, seja na Lei Orgânica de Saúde de 1990, seus textos afirmam que saúde é um direito universal. Negar boas condições de vida aos trabalhadores mais pobres da sociedade é negar um direito fundamental - o direito à saúde. A escravização é a negação do direito à saúde.

Os princípios de equidade, integralidade, universalidade – que por razões de espaço não serão trabalhados aqui nesse texto e precisam ser explorados em outros textos – são fundamentais para a integração da população de trabalhadores escravizados como sujeitos importantes da atenção e da vigilância em saúde, de modo que sua exclusão de todo o ciclo de proteção da saúde significa uma negligência brutal. Operadores do direito não deveriam, portanto, negligenciar todo esse arcabouço doutrinário, contribuindo para a manter as/os trabalhadores em escravização fora do alcance de seu direito à saúde por não se observar detidamente o lugar das leis relativas à saúde no contexto da luta contra o trabalho escravo no Brasil.

Da mesma forma, os princípios organizadores das ações e serviços em saúde no SUS – a regionalização e hierarquização – orientam que as práticas de saúde ocorram de modo coordenado entre todos os entes federados e se deem o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham. Assim, a legislação preconiza serviços específicos de saúde do trabalhador que articulem ações em sua área de abrangência e tais serviços de saúde têm responsabilidades legais que exigem sua participação no combate ao TEC no Brasil. Ou seja, toda a rede de saúde tem a responsabilidade legal de prevenir a saúde de pessoas em situação de escravização, proteger, recuperar, vigiar e promover melhores condições de vida, em todos os serviços de seus territórios.

Exemplo disso é a criação, na esfera do SUS, desde 2002, de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Eles fazem parte da estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Entretanto, essa rede vem enfrentando inúmeros desafios no cenário nacional, já que existe o predomínio da lógica assistencial em detrimento da vigilância na atenção à saúde dos trabalhadores e, além disso, Vasconcellos (2018) observa que mesmo depois da implementação da RENAST em 2002, persistem fragilidades no que diz respeito à tomada de posição efetiva da VISAT.

A presença de CERESTs regionais impõe o debate na agenda dos municípios acerca da saúde do trabalhador, força os processos de hierarquização e de regionalização e isso se deve aos recursos a serem repassados para tais entes a partir das ações em saúde do trabalhador de devem executar. Para isso devem planejar, apresentarem pauta com tais temas nos Conselhos de Saúde, criarem uma Comissão Intersetorial de Saúde do trabalhador (CIST), entre outras (MACHADO; SANTOS, 2011). Além disso, assinala-se que muitos CERESTs estão localizados próximos de locais com incidência de trabalho escravo e, portanto, tem o dever de implementar a PNSTT, observando que uma de suas estratégias é contribuir na identificação e erradicação do trabalho escravo contemporâneo. A partir do potencial e capilaridade dessa rede estratégica, se faz necessário criar uma agenda de pesquisa-formação-informação-ação em cada região onde se encontram os CEREST, para instaurar um processo deflagrador de ações de atenção integral à saúde de trabalhadores em contextos de escravização.

Sabe-se que existem muitas doenças e agravos que acometem trabalhadores escravizados que são situações de notificação compulsória na rede de saúde. Ou seja, todo serviço ou profissional da rede

SUS são obrigados a registrar/notificar os casos de trabalho escravo e de tráfico de pessoas, assim como são obrigados a notificar doenças relacionadas ao trabalho.

Importante citar ainda que, recentemente, foi publicado a Portaria nº 3.484, de 6 de outubro de 2021, sobre o “Fluxo nacional de atendimento às vítimas do trabalho escravo no Brasil”. Essa portaria traz vícios históricos sobre saúde, pois ignora princípios e diretrizes do SUS, trazendo conotações limitadas à lógica de atendimentos médicos e psicológicos que não incorpora a amplitude do SUS na efetividade produção do cuidado fundamentado na equidade, integralidade e participação frente ao TEC.

Importante situar que, a despeito de suas fragilidades, o SUS já tem atuado na identificação de novos casos de TEC, a partir das unidades de saúde de urgência e emergência e na atenção básica. Tem também articulado ações de vigilância sanitária e epidemiológica nas redes de cuidados médicos e hospitalares, agindo da mesma forma na vigilância das Violências - produção de informação por meio das fichas de notificação de casos de TEC, assim como tem participado de ações de formação, na promoção da saúde e prevenção de doenças relacionadas ao trabalho escravo e com ações em comunidades vulneráveis e palestras junto a resgatados sobre HIV, dentre outros temas. Isso além do cuidado das vítimas em toda a rede hospitalar. Da mesma forma, muitos auditores fiscais se articulam com os CERESTs e unidades de saúde para ampliar o acesso de escravizados aos serviços de saúde, bem como na Comunicação de Acidentes de Trabalho e notificações no SINAN.

Por fim, é importante destacar que toda a legislação sobre saúde no Brasil, garante a existência de um Sistema Universal de

Saúde, e isso, em si mesmo, é um fator digno de destaque porque, em alguns lugares do mundo, a inexistência de um modelo similar gratuito e acessível a todas as pessoas, pode até induzir escravidão por dívida. A precariedade do sistema de saúde também pode abrir margem para isso. *Famílias se endividam para custear tratamentos de saúde muito caros para familiares (OOSTERHOFF, 2001; LEBARON, et al, 2018). Ou seja, a própria existência do SUS no Brasil, pode ser considerado uma condição fundamental para evitar esse tipo específico de escravização por dívidas financeiras.*

Ao mesmo tempo, muitos esforços ainda se fazem necessários para que problemas importantes seja superados, como a própria precarização das condições de trabalho no setor da saúde, as lógicas neoliberais de gestão do trabalho, as apropriações político-partidárias dos serviços e as vulnerabilidades nas instituições dos serviços de saúde em suas estruturas.

Mas, à despeito dessas fragilidades, é preciso mais uma vez ressaltar que a legislação sobre saúde no Brasil está vinculada ao preceito constitucional da dignidade humana; adota uma noção ampliada de saúde, capaz de demonstrar que o trabalho escravo se caracteriza como negação dos elementos que determinam e condicionam a saúde – como alimentação, renda, acesso a serviços e alojamentos; evidencia conceitos de universalidade, equidade e integralidade como princípios ético-políticos que incluem todas as frações da classe trabalhadora, aí incluindo aqueles vulneráveis e os resgatados da escravização. Por outro lado, traz princípios organizativos como intersetorialidade, controle social e a regionalização dos serviços de saúde enquanto elementos centrais para a identificação, a prevenção, a fiscalização e a recuperação das condições de saúde de pessoas em contextos de escravização.

Considerações finais

Conclui-se que todo esse arcabouço jurídico, político, técnico e ético da legislação em saúde pública, de um lado, oferece alternativas para composição de denúncias, autos de infração, sentenças, no que tangere à violação do direito à saúde nos casos de trabalho escravo, por parte de juízes, membros do Ministério Público, auditores fiscais do trabalho, profissionais de saúde, agentes de movimentos sociais e demais envolvidos na temática e, de outro lado, evidencia as responsabilidades do SUS em colaborar nas práticas de combate ao trabalho escravo em qualquer parte de sua atuação (básica, média e alta complexidade) ou do ciclo de escravização, seja na prevenção, na promoção de territórios saudáveis, na fiscalização de processos de trabalho ou na recuperação das vítimas.

Referências

BIRMAN, J. **A Physis da saúde coletiva**. Physis, v.15, suppl., pp. 11-16, 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 de set. 1990.

BRASIL. **Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 jul. 1998. Seção I, p. 60.

BRASIL. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção I, p. 46.

BRASIL. **Portaria 2.311, de 23 de outubro de 2014.** Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIP-CF). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311_23_10_2014.html

BREILH, J. **De la vigilancia convencional al monitoreo participativo.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v.8, n. 4, p. 937-951, 2003.

CAMPOS, C.E.A. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família.** *Ciênc. saúde coletiva*; v.8, n. 2, p. 569-584, 2003.

DANIELS, N. **Just Health: Meeting Health Needs Fairly.** Cambridge University Press. 2007.

FLEURY, S. **Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído.** *Ciênc. saúde coletiva*, v.14, n.3, pp. 743-752, 2009.

LEÃO, L.H.C. **Trabalho escravo contemporâneo como um problema de saúde pública.** *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 21, n.12, p. 3927-3936, 2016.

LEÃO, L. H. C.; ZANIN, V. **Saúde, trabalho e escravidão: tipologia da produção acadêmica internacional e problematizações para novas pesquisas.** In: *Escravidão Ilegal - migração, gênero e novas tecnologias em debate*. 1ed. Rio de Janeiro: Mauad, 2022, v. 1, p. 383-403.

LEBARON, G.; HOWARD, N.; THIBOS, C.; KYRITSIS, P. **Confronting root causes: forced labour in global supply chains**. University of Sheffield/Open Democracy, 2018.

MACHADO, J.M.H; SANTOS, A.P.L. O Financiamento na indução das ações de saúde do trabalhador no Brasil: O caso da Renast. In: MELAMED, C.; PIOLA, S.F. (Orgs.) **Políticas Públicas e Financiamento Federal SUS**. Brasília: Ipea,. 356 p. 2011.

MINAYO, M.C.C; MIRANDA, A.C. (org). **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. pp. 313-329. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

OOSTERHOFF, P. **Tackling health loans and modern slavery as a community**. In Bihar, India. 1 August 2017. Institute of development studies. Disponível em: <https://www.ids.ac.uk/opinions/tackling-health-loans-and-modern-slavery-as-a-community-in-bihar-india/>

PAIM, J.S; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?** Revista de Saúde Pública, v.32, n.4, pp. 299-316, 1998.

PORTO, M.F.S; MARTINEZ-ALIER, J. **Ecologia política, economia ecológica e saúde coletiva: interfaces para a sustentabilidade do desenvolvimento e para a promoção da saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23 Sup 4, 2007.

RENAULT, E. Souffrance Sociales. **Philosophie, psychologie et politique**. Paris: Editions la Découverte, 2008.

TAMBELLINI, A.T; CAMARA, V.M. **A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos**. Ciência e Saúde Coletiva, v.3, n.2, pp. 47-59, 1998.

TAMBELLINI, A.T. Desafios teóricos na relação produção, ambiente e saúde. In: PORTO, M.P.S; FREITAS, C.M (orgs). **Problemas ambientais e vulnerabilidade**: abordagens integradoras para o campo da saúde pública. p.22-39. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

VASCONCELLOS, L.C.F; OLIVEIRA. (Org.). **Saúde, Trabalho e Direito**: Uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. 1ed.Rio de Janeiro: Editora Cândido Mendes, 2011.