

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR MINISTRO-RELATOR DO TRIBUNAL
SUPERIOR DO TRABALHO, SR. CLÁUDIO MASCARENHAS BRANDÃO**

Referência: **Incidente de Recursos Repetitivos n. 0010322-36.2024.5.03.0097**

**CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES NA
SAÚDE – CNTS**, entidade sindical de grau superior, inscrita no CNPJ sob o n. 67.139.485/0001-70 e endereçada no Setor Comercial Sul, Quadra 01, Bloco G, Ed. Bacarat, Sala 1605, Brasília/DF, CEP: 70.309-900 vem respeitosamente à presença de Vossa Excelência, por meio de suas advogadas que esta subscreve, com fundamento no artigo 138 do Código de Processo Civil e artigo 7º, §2º da Lei n. 9.868/1999, requerer seu ingresso na condição de

AMICUS CURIAE

em atenção ao Edital publicado pelo Excelentíssimo Senhor Ministro-Relator nos autos do Incidente de Recursos Repetitivos ora epigrafado, no qual se discute a questão jurídica abaixo colacionada, pelas razões e fundamentos jurídicos a seguir expostos.

I. DA QUESTÃO JURÍDICA DEBATIDA E DA POSSIBILIDADE JURÍDICA DA INTERVENÇÃO PROCESSUAL

Trata-se o feito de Incidente de Recursos Repetitivos no qual se discute a seguinte questão jurídica:

“O empregado que desempenha, em ambiente hospitalar, funções não relacionadas diretamente com a área da saúde, tem direito à percepção do adicional de insalubridade ainda que a exposição a agentes infectocontagiosos ocorra de forma habitual e intermitente?”

O Tribunal Pleno do TST afetou a controvérsia ao rito dos repetitivos para pacificar a tese sobre o adicional de insalubridade devido a empregados que, embora não executem atividades diretamente assistenciais, laboram em ambiente hospitalar com exposição habitual e intermitente a agentes infectocontagiosos.

Logo, a *relevância da controvérsia* ultrapassa a esfera de interesses individuais, uma vez que a exposição a agentes biológicos em hospitais é difusa e atinge não apenas médicos e enfermeiros, mas todo o corpo de trabalhadores de apoio.

No que tange à *representatividade adequada*, a CNTS tem como finalidade institucional a defesa dos direitos e interesses dos trabalhadores, atuando ativamente em questões que envolvem direitos sociais e trabalhistas. A requerente, enquanto entidade sindical de grau superior com atuação histórica em todo o território nacional, **representa** milhões de trabalhadores do setor da saúde, abrangendo **não apenas os profissionais da saúde**, mas igualmente o **conjunto de trabalhadores que atuam em hospitais, clínicas e estabelecimentos de saúde**, muitos dos quais desempenham atividades de apoio imprescindíveis ao funcionamento da estrutura hospitalar.

Ademais, a participação da CNTS como *amicus curiae* é fundamental para assegurar a pluralidade do debate, proporcionando ao Tribunal Superior do Trabalho subsídios relevantes para uma decisão que reflita não apenas os interesses jurídicos em jogo, mas também o impacto econômico e social sobre a classe trabalhadora. A ausência da CNTS neste processo representaria um esvaziamento da discussão sob a perspectiva daqueles diretamente afetados pela decisão.

A relevância da intervenção da CNTS é inquestionável, uma vez que a entidade representa de maneira efetiva os trabalhadores que serão atingidos pelo julgamento do feito, além da tese a ser fixada incidir diretamente sobre a remuneração, a saúde e a segurança de centenas de milhares de profissionais representados pela CNTS que circulam e operam em áreas hospitalares, interagindo com pacientes e objetos de uso não previamente esterilizados (prontuários, bandejas, materiais e resíduos), situação expressamente contemplada pelo Anexo 14 da NR-15.

A definição uniforme impactará toda a rede hospitalar (pública, filantrópica e privada), com reflexos remuneratórios, contratuais, previdenciários e de política de SST, justificando a intervenção da Confederação para apresentar a perspectiva coletiva da classe trabalhadora envolvida.

A legitimidade, portanto, decorre do art. 8º, III, da Constituição Federal (defesa de direitos e interesses coletivos da categoria) e do art. 138 do CPC (intervenção do *amicus curiae* quando a matéria evidenciar relevância, especificidade do tema e repercussão social), satisfazendo o requisito de representatividade adequada.

Além disso, a participação da requerente como *amicus curiae* assegura a pluralidade do debate, permitindo que a perspectiva dos trabalhadores seja considerada na análise da matéria. A entidade poderá fornecer dados, estudos e argumentos que evidenciem a importância da manutenção e da efetividade das normas de saúde e segurança no trabalho para a proteção da integridade física e mental dos trabalhadores. A ausência dessa perspectiva no julgamento do feito poderia resultar em uma decisão desconectada das realidades enfrentadas pelos trabalhadores no cotidiano das indústrias brasileiras, comprometendo avanços significativos na proteção ao trabalho seguro e digno.

Dessa forma, requer sua admissão como *amicus curiae* no presente feito, a fim de cumprir sua missão institucional e colaborar com a elucidação dos impactos da decisão sobre a classe trabalhadora, garantindo que os direitos sociais e trabalhistas sejam devidamente considerados na solução da controvérsia.

Comprovadas a legitimação da requerente e a pertinência temática do objeto do incidente, a sua intervenção no presente feito na qualidade de *amicus curiae* é medida que se impõe.

II. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS

II.A) Da hermenêutica protetiva e finalidade das normas de SST

A proteção contra riscos biológicos no Direito do Trabalho e na Saúde e Segurança Ocupacional é de caráter finalístico: o objetivo primordial não é simplesmente compensar o trabalhador pelo perigo a que está exposto, mas evitar ou reduzir a probabilidade de ocorrência do dano, atuando preventivamente.

Esse enfoque é expresso no art. 7º, XXII, da Constituição Federal, que estabelece o direito à redução dos riscos inerentes ao trabalho por meio de normas de saúde, higiene e segurança, e no art. 225, caput, que consagra o direito fundamental ao meio ambiente equilibrado, inclusive o meio ambiente de trabalho.

O adicional de insalubridade, previsto no art. 7º, XXIII, da CF e regulamentado nos arts. 189 a 192 da CLT, assume, assim, dupla natureza: i) Compensatória – remunera o trabalhador pela manutenção de um risco residual que, apesar das medidas de prevenção adotadas, não foi completamente eliminado. No caso de agentes biológicos, a experiência científica e epidemiológica demonstra que não há neutralização absoluta do risco, mesmo com uso correto de EPIs e EPCs, dada a variabilidade de microrganismos, falhas humanas inevitáveis e ocorrência de eventos inesperados; e ii) Indutora ou preventiva – atua como mecanismo econômico indireto de indução ao cumprimento das obrigações de prevenção, sinalizando ao empregador que a redução ou eliminação da insalubridade, mediante adequação das condições de trabalho e neutralização comprovada do risco (art. 191, CLT), levará à supressão do pagamento. Ou seja, é um incentivo à melhoria contínua das condições ambientais.

Por isso, interpretar o Anexo 14 da NR-15 exclusivamente pela denominação formal do cargo ou por um conceito restritivo e rígido de “permanência” desvirtua essa função dupla e viola três pilares normativos centrais:

- (i) Arts. 7º, XXII e XXIII, da CF – a proteção constitucional não se limita a determinadas funções ou nomenclaturas; abrange todo e qualquer trabalhador exposto a riscos acima dos limites de tolerância, independentemente da descrição de cargo, considerando a realidade da exposição.

(ii) Sistema de gestão de riscos ocupacionais (NR-01 – GRO/PGR e NR-32) – o regime jurídico vigente adota abordagem integrada e universal da prevenção, impondo ao empregador o mapeamento e controle dos perigos para todos os trabalhadores que, no exercício de suas atividades, possam ser expostos, ainda que não façam parte do corpo assistencial. A NR-32, específica para serviços de saúde, reconhece que a contaminação cruzada e a exposição incidental são realidades que atingem não apenas médicos, enfermeiros ou técnicos, mas também profissionais de apoio, manutenção, vigilância, recepção, transporte interno, higienização, rouparia e alimentação.

(iii) Convenção nº 155 da OIT – ratificada pelo Brasil, essa norma internacional de direitos humanos trabalhistas estabelece que as políticas de segurança e saúde no trabalho devem ser aplicadas a todos os ramos de atividade econômica e a todos os trabalhadores, prevendo avaliação abrangente dos riscos e adoção de medidas adequadas para prevenção e compensação. Qualquer leitura restritiva que condicione a proteção a categorias específicas ou a um critério formalista de “permanência” afronta o princípio da proteção universal consagrado na Convenção.

Em termos técnicos e sociológicos, um conceito inflexível de “permanência” falha ao ignorar que, em ambiente hospitalar, a habitualidade intermitente de contato com pacientes ou com objetos de seu uso não previamente esterilizados é suficiente para integrar o risco biológico relevante.

O perigo não depende da frequência contínua, mas da natureza potencialmente infectante do agente e da probabilidade de exposição em cada evento de contato. Uma única interação com material contaminado pode bastar para a transmissão de doenças de alta gravidade.

Assim, a interpretação conforme a Constituição, as NRs e a OIT exige compreender “permanente” no sentido de não eventual, abarcando a exposição habitual ainda que intermitente, pois o que importa não é a duração contínua, mas a integração regular do risco nas rotinas de trabalho.

II.B) Contato Permanente x Habitual e Intermitente

A expressão “permanente” constante do Anexo 14 da NR-15 não pode ser interpretada de modo literal e estático como se significasse contato ininterrupto ou contínuo durante toda a jornada.

Tal leitura, além de dissociada da realidade organizacional e epidemiológica dos serviços de saúde, contraria a lógica da avaliação qualitativa dos agentes biológicos prevista na norma e o princípio constitucional da proteção.

Na técnica de Saúde e Segurança do Trabalho (SST), a distinção entre exposição eventual/espórádica e exposição habitual/intermitente não repousa na duração absoluta da exposição, mas sim na regularidade com que o perigo integra o processo de trabalho.

Uma exposição é considerada habitual quando, embora possa ocorrer em janelas ou intervalos da jornada, é inerente às rotinas da função, fazendo parte do ciclo laboral de forma previsível e repetida.

No contexto hospitalar, a exposição habitual e intermitente a agentes biológicos pode se manifestar de diversas formas, como no atendimento de recepção e registro de pacientes, inclusive daqueles com sintomas de doenças infectocontagiosas; na realização de triagem inicial em balcões de atendimento; na abertura e conferência de fichas e prontuários físicos; no manuseio de documentos, pulseiras, bandejas ou outros objetos de uso não previamente esterilizados; na circulação regular por áreas assistenciais para entrega ou coleta de materiais; e no apoio eventual, porém recorrente, em situações de emergência ou no transporte de pacientes.

O próprio Tribunal Superior do Trabalho, em precedentes expressamente citados na proposta de afetação do presente IRDR, tem reconhecido o direito ao adicional de insalubridade quando o laudo pericial comprova esse tipo de contato habitual e intermitente com pacientes e/ou objetos de seu uso não previamente esterilizados, aplicando a Súmula 47: “O trabalho executado em condições insalubres, em caráter intermitente, não afasta, só por essa circunstância, o direito à percepção do respectivo adicional.”

A interpretação que exige “permanência” como continuidade absoluta desvirtua a própria finalidade protetiva do Anexo 14, inviabiliza a avaliação qualitativa ali prevista e desconsidera a dinâmica real de um hospital, onde os fluxos de pessoas, a formação de filas, a ocorrência de tosse e espirros em áreas comuns, bem como a manipulação de superfícies e fomites (objetos capazes de transportar microrganismos), configuram risco efetivo de contágio mesmo em contatos de curta duração, mas repetidos no tempo.

Outrossim, do ponto de vista epidemiológico, não há correlação linear entre tempo contínuo de contato e risco de transmissão para muitos agentes biológicos.

Essa compreensão está consolidada em pesquisas de controle de infecção hospitalar e nas diretrizes internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), que alertam para o fato de que exposições breves, mas repetidas ou previsíveis, podem ser suficientes para causar infecção, sobretudo quando envolvem patógenos de alta transmissibilidade ou baixa dose infectante.¹

Patógenos como o vírus influenza, o SARS-CoV-2 (COVID-19), o *Mycobacterium tuberculosis* e o vírus sincicial respiratório, por exemplo, têm potencial de transmissão significativo em contatos curtos, seja por gotículas, aerossóis ou superfícies contaminadas (fomites). Em tais casos, a probabilidade de infecção decorre não apenas da duração da exposição, mas também da concentração do agente no ambiente, da forma de transmissão, da proximidade física e da frequência com que essas interações ocorrem na rotina de trabalho.²

Uma exposição breve, porém não eventual, pode ser suficiente para infecção, especialmente quando se trata de patógenos de alta transmissibilidade, o que reforça que o critério adequado é a habitualidade do risco, e não a sua continuidade ininterrupta.

¹ CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. Atlanta: CDC, 2019

² WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected or confirmed*. Geneva: WHO, 2021.

Assim, o critério técnico mais adequado para caracterização do risco em ambientes hospitalares não é a continuidade ininterrupta do contato, mas sim a habitualidade da exposição, compreendida como a presença regular e integrada às atividades laborais de situações em que há possibilidade real de transmissão.

Essa abordagem é compatível com a avaliação qualitativa prevista no Anexo 14 da NR-15, com a Súmula 47 do TST e com as recomendações da NR-32, que estabelecem medidas de prevenção para todos os trabalhadores potencialmente expostos, independentemente de sua função formal.

II.C) Ambiente hospitalar como “meio total” de risco biológico

A sociologia do trabalho e os estudos em saúde pública convergem na constatação de que o hospital é um “espaço poroso”, caracterizado pela constante interpenetração de fluxos humanos – pacientes, acompanhantes, profissionais assistenciais e trabalhadores de apoio – e pela circulação de objetos e materiais entre diferentes setores.

Essa característica estrutural inviabiliza qualquer ideia de segregação perfeita entre áreas de “risco” e de “não risco”, sendo tal compartimentação mais teórica do que efetivamente operacional.

No cotidiano hospitalar, recepções acolhem pacientes sintomáticos antes de qualquer triagem clínica detalhada; vigilantes intervêm em ocorrências emergenciais em áreas de atendimento; copeiras e higienizadores transitam por leitos e manipulam objetos potencialmente contaminados; administrativos recebem e conferem prontuários físicos, pulseiras de identificação, bandejas de refeições, amostras embaladas e outros fomites.

Assim, o risco biológico atravessa as fronteiras funcionais e não respeita organogramas ou descrições de cargos, porque é inerente ao ambiente e à dinâmica do serviço.

Esse cenário é amplamente reconhecido pela saúde coletiva e pela epidemiologia hospitalar.

Estudos sobre infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS) apontam que a transmissão cruzada ocorre não apenas nas atividades diretamente clínicas, mas em toda a cadeia de serviços de apoio, justamente devido a esses fluxos cruzados e à manipulação indireta de agentes contaminantes.³

Diante dessa realidade, o princípio da precaução – que decorre diretamente do art. 7º, XXII, da Constituição Federal (redução dos riscos inerentes ao trabalho) e do art. 225, caput (direito ao meio ambiente equilibrado, incluindo o meio ambiente laboral) – impõe que toda pessoa que labora em serviços de saúde seja protegida proporcionalmente ao risco real a que está exposta, independentemente de sua função formal ou enquadramento profissional.

A NR-32, norma regulamentadora específica para segurança e saúde nos serviços de saúde, reforça essa perspectiva ao adotar a abordagem universal de prevenção, aplicável não apenas ao corpo assistencial, mas também aos trabalhadores de setores administrativos, de manutenção, higienização, alimentação e vigilância.

Ao exigir que o empregador implemente medidas de proteção coletiva e individual a todos os expostos, a NR-32 rompe com a visão reducionista de que apenas quem presta cuidado direto ao paciente está sujeito a riscos biológicos relevantes.

No campo jurídico, essa leitura integrada afasta interpretações meramente formalistas do Anexo 14 da NR-15 e orienta a aplicação do critério de exposição real: se a dinâmica do trabalho implica, de forma habitual (ainda que intermitente), contato com pacientes ou objetos de uso não previamente esterilizados, a caracterização da insalubridade deve ocorrer, independentemente da nomenclatura do cargo ou do local nominal de lotação.

II.D) Isonomia e não discriminação

Negar o adicional de insalubridade a trabalhadores que integram o mesmo circuito de risco biológico dos profissionais assistenciais, sob o argumento de que “não pertencem à área da saúde” ou “não realizam atividade-fim”, constitui

³ WHO – *Core components for infection prevention and control programmes in health care*. Geneva: World Health Organization, 2016.

violação à isonomia material (art. 5º, caput, e art. 7º, CF) e afronta o princípio protetivo que rege o Direito do Trabalho.

O critério de proteção não pode ser o rótulo do cargo ou o organograma institucional, mas sim a realidade concreta de exposição ao perigo (risk-based approach), tal como previsto no art. 189 da CLT e no Anexo 14 da NR-15.

Do ponto de vista da sociologia do trabalho, a divisão sexual e social do trabalho nos hospitais resulta na segmentação funcional que subvaloriza e invisibiliza setores de apoio – recepção, higienização, copeiragem, rouparia, segurança, manutenção, almoxarifado.

Estes setores, majoritariamente compostos por mulheres e trabalhadoras terceirizadas, acumulam funções essenciais para o funcionamento do serviço de saúde, mas sofrem menor reconhecimento social e institucional.

Estudos clássicos de autores como Anselm Strauss (1985) e pesquisas brasileiras em saúde coletiva (a exemplo de Almeida, 2010) demonstram que essas atividades “periféricas” são, na prática, estruturalmente centrais para o fluxo assistencial e frequentemente implicam contato habitual e intermitente com agentes biológicos, ainda que de forma indireta.

Essa invisibilidade é agravada pela terceirização, que fragmenta o vínculo organizacional e frequentemente leva à desigualdade de condições de trabalho, inclusive no acesso a equipamentos de proteção, treinamentos e remuneração adicional.

Na perspectiva dos direitos fundamentais e da Convenção nº 111 da OIT (proibição de discriminação no emprego e na ocupação), essa diferenciação remuneratória sem base no risco real constitui discriminação indireta: um tratamento aparentemente neutro (vincular adicional apenas a funções “assistenciais”) que, na prática, exclui um grupo específico – em sua maioria mulheres, negras e terceirizadas – de um direito protetivo, apesar de estarem expostas ao mesmo perigo.

No campo técnico, as normas de segurança e saúde (NR-01 – GRO/PGR e NR-32) não fazem distinção entre atividades-fim e atividades-meio: determinam que

a análise de risco deve considerar todos os trabalhadores presentes no estabelecimento de saúde, avaliando suas rotinas, fluxos e interações.

Assim, a proteção deve acompanhar o mapa de risco e o inventário de perigos do PGR, não o cargo formal.

Portanto, um julgamento que condicione o adicional de insalubridade à função formal e não à exposição efetiva perpetua um viés estrutural que combina desigualdade de gênero, precarização via terceirização e negação de direitos sociais.

Do ponto de vista jurídico e social, é imperativo reafirmar que o risco não respeita organogramas, e que a isonomia material exige equiparar a proteção sempre que houver equivalência nas condições de perigo.

Nesse sentido, propõe-se a adoção de tese vinculante expressa na forma a seguir: *É devido o adicional de insalubridade ao empregado que, em ambiente hospitalar, desempenha atividades não diretamente assistenciais, desde que comprovada exposição habitual – ainda que intermitente – a agentes infectocontagiosos ou a objetos de uso de pacientes não previamente esterilizados, nos termos do Anexo 14 da NR-15 e da Súmula 47 do TST.*

III. DOS PEDIDOS

Diante do exposto, demonstrada a representatividade da Confederação, a pertinência temática e a relevância da matéria, requer:

- a) sua admissão na qualidade de *amicus curiae*, bem como seja oportunizada, caso necessário, apresentação de novos fundamentos que se façam necessários no curso do processo, além da realização de sustentação oral;
- b) subsidiariamente, caso não se admita a presente intervenção, que esta peça seja recebida como memorial, para contribuir com o julgamento da matéria; e
- c) seja fixada a tese vinculante nos termos a seguir: “é devido o adicional de insalubridade ao empregado que, em ambiente

hospitalar, desempenha atividades não diretamente assistenciais, desde que comprovada exposição habitual – ainda que intermitente – a agentes infectocontagiosos ou a objetos de uso de pacientes não previamente esterilizados, nos termos do Anexo 14 da NR-15 e da Súmula 47 do TST”.

Nestes termos, pede deferimento.

Brasília/DF, 22 de agosto de 2025.

**CAMILA ALVES DA CRUZ
OAB/DF 37.349**

**THAIS FURTADO DE ALMEIDA
OAB/DF 45.384**