

A medicalização do risco na medicina do trabalho

Risk medicalization in occupational medicine

Pedro Reginaldo Prata¹, Ademário Galvão Spinola²

Palavras-chave: Fator de risco, medicina ocupacional, medicalização do risco, gestão do risco, monitoramento ambiental, segurança do trabalho, saúde ocupacional, exposição, perigo.

Gostaríamos de considerar dois aspectos fundamentais em relação ao conceito de risco: o primeiro é aquele que se refere ao ambiente, e o segundo é aquele que se refere a sua implicação operacional, particularmente no âmbito da medicina do trabalho.

O termo risco é comumente empregado como sinônimo de perigo. Nesse caso, quando se pergunta se existe risco em um lugar (ambiente), em alguma ação ou atividade, o que se quer saber é: o ambiente, a ação ou a atividade em questão é perigosa ou insalubre? Para minimizar ou compensar essa situação de perigo se preconiza, no ambiente de trabalho, as chamadas medidas de proteção coletiva, o uso de equipamentos de proteção individual¹, a diminuição da jornada e do tempo de trabalho, além da compensação pecuniária pelo chamado adicional de insalubridade, por exemplo. Por isso mesmo, os chamados limites seguros de exposição são diferentes para trabalhadores e para a população em geral.

Diferentemente, quando se pergunta se uma situação, ação ou atividade é de alto risco o que se quer é quantificar o perigo. Em geral, em termos da maior ou menor probabilidade² de ocorrer um dano à saúde ou até mesmo a morte, uma vez que uma pessoa ou uma população venha a ser exposta a um ambiente insalubre, a um poluente, em última instância, a um fator de risco ambiental (risco atribuível).

Nesse caso, fatores de risco são agentes de natureza mecânica, física, química, biológica ou ergonômica, cuja mensuração tenha identificado maior probabilidade de dano quando presentes (risco relativo), ou ainda capazes de gerar maior número de casos (prevalência) de doentes na população exposta (risco absoluto). Nesse caso, ações de minimização ou eliminação da exposição³ estão indicados, desde que seja possível reduzir o risco (risco redutível).

Outro aspecto importante é que os fatores de alto risco que determinam casos (nos chamados grupos

¹ Segurança ocupacional como estratégia.

² Essa quantificação depende da incidência ou prevalência do dano no grupo exposto.

³ Higiene ocupacional, ambientes saudáveis e princípio da precaução como estratégia.

Recebido: 14/9/2009 – Aceito: 28/9/2009

¹ Médico sanitário, mestre em Saúde Pública, PhD em Saúde e Ambiente, professor adjunto do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).

² Médico sanitário, mestre em Saúde Pública, MSc em Medicina Ocupacional, doutor em Medicina e Saúde Humana, professor associado do ISC/UFBA, professor titular da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública/Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências (EBMSP/FBDC).

Endereço para correspondência: ISC/UFBA. Rua Basílio da Gama s/nº – 40110-040 – Canela, BA. E-mail: pedrorp@ufba.br e spinola16@uol.com.br/aspinola@ufba.br

de risco) não determinam a magnitude da prevalência. Muitas pessoas expostas a um pequeno risco (populações em geral) geram mais casos do que poucos expostos (trabalhadores), mesmo que a um alto risco. A adequada gestão do risco em saúde pública depende, portanto, dessa relação entre a magnitude do risco e o tamanho da população exposta, prevalecendo este último como determinante para a adoção de medidas de controle. Já em saúde ocupacional, a magnitude do risco e a identificação de grupos de risco são de fundamental importância.

Note, como explicitado anteriormente, que cada uma dessas três categorias conceituais de risco implicam diferentes (mas não excludentes) estratégias operacionais. O problema está quando uma se sobrepõe ou exclui a outra ou, ainda, é aplicada à categoria não correspondente, como será visto a seguir.

Essa distorção conceitual, de fato, já vem desde as Portarias (nºs 3.214 e 3.237) do então Ministério do Trabalho, que deram origem às Normas Regulamentadoras (NR) da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), as quais sempre usaram o termo risco de modo confuso e inconsistente: ora como perigo (ambiente perigoso), ora como fator de risco, ora como agente ambiental e até mesmo como magnitude. Senão vejamos: a NR-4 se refere ao grau de risco⁴ vinculado a cada ramo de atividade econômica; a NR-5 diz respeito à identificação dos riscos⁵ no processo de trabalho e ao mapeamento desses riscos; a NR-6 se refere à proteção (com o uso de Equipamento de Proteção Individual – EPI) de riscos suscetíveis⁶ de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho; a NR-7 diz respeito ao programa de controle médico de saúde ocupacional (PCMSO) planejado com base nos riscos⁷ à saúde dos trabalhadores; a NR-15 se refere ao programa de prevenção de riscos⁸ (PPRA⁹); enquanto a NR-32 diz respeito a riscos biológicos¹⁰.

Assim nessas quatro décadas de implementação das NRs (particularmente a NR-7), com base nesta normatização conceitualmente confusa, vem se dando um intenso processo de capacitação de profissionais e técnicos, tendo inicialmente o componente segurança do trabalho assumido uma maior preponderância em detrimento do componente higiene ocupacional, ficando, assim, o monitoramento ambiental quase sempre em segundo plano.

Um corolário disso é a aplicação, pela medicina ocupacional, do conceito no âmbito individual (clínico), em que são considerados fatores de risco “endorgânicos” que contribuam para a iniciação, o desenvolvimento e a ocorrência da doença ou morte, como o nível do colesterol e suas frações, dos triglicerídeos ou a presença de substâncias em níveis acima do limite de tolerância no organismo. Aqui se emprega o monitoramento biológico e fisiológico (triagem e seguimento) para identificar e acompanhar os chamados grupos de risco¹¹, visando a adoção de medidas individuais de adequação, controle, proteção e prevenção. Isso tem contribuído para outra distorção, qual seja, a hipertrofia do monitoramento biológico (MB)¹² individual em detrimento do monitoramento do ambiente de trabalho. Como consequência ocorreu a expansão exagerada dos exames complementares nos exames médicos ocupacionais, quase sempre definidos na ausência da identificação e quantificação da exposição ocupacional a poluentes físicos, químicos e biológicos. Com isso ao não se priorizar a mensuração dos fatores de natureza ambiental, foi se institucionalizando a medicalização do risco.

Assim, a hipertrofia do componente do MB pela medicina ocupacional tem contribuído para a expansão de “clínicas de avaliação ocupacional”, nas quais exames admissionais, demissionais e periódicos de

⁴ Risco como magnitude.

⁵ Risco como agente ambiental.

⁶ Risco como agente ou fator. A presença de um fator de risco, por definição, ameaça a segurança e a saúde dos expostos a ele. Não existe um risco suscetível e sim pessoas expostas suscetíveis.

⁷ Risco como perigo, ou como probabilidade, ou ainda como fator de risco (depende do programa).

⁸ Risco como exposição a um ambiente perigoso. A rigor, o risco pode ser reduzido e não prevenido.

⁹ Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), conceitualmente equivocado, pois não se pode prevenir a probabilidade de um dano mas, sim, reduzi-la. Pode-se, no entanto, controlar a exposição.

¹⁰ Risco como agente.

¹¹ Biomonitoramento clínico como estratégia.

¹² O qual passou a assumir papel preponderante nos programas de medicina ocupacional para aqueles regidos pela CLT.

acompanhamento são realizados rotineiramente, cumprindo “burocraticamente” as normas, sem conexão com a avaliação e o monitoramento do ambiente de trabalho. Um bom exemplo são os programas de riscos ambientais padrão¹³ frequentemente utilizados. Estes procedimentos não garantem, necessariamente, a proteção da saúde do trabalhador, muitas vezes ao contrário, como foi no passado, por exemplo, a realização da abreugrafia e depois do raio X de tórax, como exame obrigatório de rotina¹⁴. Ou, ainda, a medição da plumbemia, mas não a do chumbo no ambiente de trabalho. Outro exemplo é a dosimetria individual da radiação ionizante recebida pelo trabalhador, mas não aquela presente nos diversos ambientes de trabalho¹⁵ passível de controle, muito menos a natural (radiação de fundo), essa última contributiva para a dose acumulada, mas não regulada pelas normas e, portanto, “não monitorável”.

Tal “conflito” operacional se expressou até mesmo na comissão de sistematização que preparou o texto submetido ao plenário da Assembléia Nacional Constituinte de 1988. Não foi ponto pacífico a inclusão da expressão saúde do trabalhador no artigo 200 da Constituição (competência do Sistema Único de Saúde – SUS¹⁶), a qual se deu por uma diferença de apenas dois votos (47 a 45). Os contrários argumentaram que se estaria consolidando um equívoco, qual seja, o da medicalização da saúde ocupacional, uma vez que o SUS estaria preparado para cuidar dos acidentados e dos doentes ocupacionais, mas não da prevenção, essa última objeto da engenharia de segurança do trabalho. Deixando de lado os aspectos corporativos de mercado¹⁷, o debate indicava que o modelo SUS poderia reforçar a medicalização da saúde ocupacional, priorizando o

monitoramento clínico do meio biológico em detrimento da segurança e da higiene ocupacional.

Note-se que, embora caiba ao Ministério da Saúde, por meio do SUS, executar as ações de saúde do trabalhador¹⁸ e colaborar na proteção do ambiente de trabalho, a legislação que cuida da vigilância desses ambientes e da saúde ocupacional está regida pela CLT¹⁹ (capítulo V), estando o Ministério do Trabalho responsável pela emissão de suas normas regulamentadoras²⁰ (NRs²¹). Enquanto isso, cabe ao Ministério da Previdência Social conceder licenças (que geram estabilidade temporária) e aposentadorias especiais relativas às doenças e aos acidentes do trabalho. Muito dos interesses aqui envolvidos estão muito mais vinculados a esses benefícios imediatos do que a efetiva garantia da redução da exposição e do risco no ambiente de trabalho.

Dessa forma, na medicina do trabalho boa parte do tempo dos profissionais vem sendo direcionada para as avaliações clínicas de saúde, tornando-se o médico do trabalho um agente dessa medicalização. Consideramos como um dos fatores contribuintes para isso a inadequada conceituação do que seja risco, que, por se traduzir como probabilidade de um dano ocorrer, deve ter sua gestão voltada para a redução dessa probabilidade por meio do controle da presença de poluentes ambientais. Como vimos, o risco se expressa de diversas formas:

- a) risco relativo – a probabilidade de um dano ocorrer entre expostos e não expostos a um fator perigoso (identifica fatores de risco e seu nexos causal). É importante para a prevenção do dano individual;
- b) risco absoluto – a probabilidade de um dano ocorrer em uma população. É importante para a priorização da intervenção. Tem importância ambiental;

¹³ O que denominamos PPRA padrão são modelos idênticos de programas em que basta se substituir o nome da atividade ou empresa em questão.

¹⁴ Trabalhadores em empregos de alta rotatividade chegavam a fazer vários exames por ano, se expondo desnecessariamente à radiação. A primeira medida abolindo essa exigência descabida se deu no âmbito do estado do Rio de Janeiro em meados dos anos 1980 do século XX.

¹⁵ Na mineração do urânio, por exemplo.

¹⁶ Artigo 200, item II: “executar as ações de [...] saúde do trabalhador”. Artigo 200, item VIII: “colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”.

¹⁷ A área da segurança do trabalho nunca concordou que a proteção do trabalho estivesse no âmbito da saúde ocupacional, muito menos da saúde do trabalhador, terminologia incorporada ao artigo 200 da Constituição Federal/1988.

¹⁸ Abrangendo toda a população trabalhadora, independente da existência de vínculo empregatício formal ou da natureza desse vínculo.

¹⁹ Abrangendo a população trabalhadora com vínculo empregatício formal.

²⁰ Não abrangendo, portanto, o servidor público regido pelo chamado Regime Jurídico Único, apesar da recente incorporação por esse setor dos processos resultantes das normas vinculadas à CLT.

²¹ A separação entre medicina e segurança do trabalho persiste na CLT e nas suas normas regulamentadoras.

- c) risco atribuível – a fração do dano em indivíduos expostos que pode ser atribuída à exposição. É importante para a operacionalização da prevenção. Tem relevância ambiental;
- d) risco redutível – a proporção em que a ocorrência do dano em uma população seria reduzida se a exposição fosse interrompida. É importante para uma gestão pragmática da prevenção.

Concluindo, é importante ressaltar que fatores de alto risco servem para definir estratégias de mo-

nitramento para a proteção individual, enquanto fatores de ampla exposição servem para definir estratégias de controle ambiental para a proteção coletiva da população exposta, mais especificamente dos trabalhadores. Em ambos os casos deve-se dar ênfase ao risco redutível, ou seja, aquele capaz de ser operacional e tecnicamente reduzido. Portanto, a reversão da hipertrofia do monitoramento biológico em detrimento do monitoramento do ambiente de trabalho é urgente e imprescindível.