

DISTÚRBO DE VOZ
RELACIONADO AO TRABALHO
CONQUISTAS E DESAFIOS NA AMÉRICA LATINA



Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho:
Conquistas e Desafios na América Latina

Trastorno de la Voz Relacionado con el Trabajo:
Conquistas y Desafíos en América Latina

Work-Related Voice Disorder:
Achievements and Challenges in Latin America

Organizadoras:

Léslie Piccolotto Ferreira
Marta Assumpção de Andrada e Silva



Apoio:



Edital Plano de Incentivo ao Programa de Internacionalização (PIPINT) - 18110/2020.
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho:
Conquistas e Desafios na América Latina

Trastorno de la Voz Relacionado con el Trabajo:
Conquistas y Desafíos en América Latina

Work-Related Voice Disorder:
Achievements and Challenges in Latin America

1ª Edição

São Paulo
2022

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO



Copyright © 2022 Léslie Piccolotto Ferreira; Marta Assumpção de Andrada e Silva (organizadoras).

O conteúdo deste trabalho e sua respectiva divulgação/publicação é de responsabilidade exclusiva dos autores. As opiniões, as declarações, as conclusões e as recomendações manifestadas no presente trabalho não refletem, obrigatoriamente, a posição da PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO - FUNDAÇÃO SÃO PAULO a respeito do assunto.

Permite-se a reprodução desta publicação, em parte ou no todo, sem alteração do conteúdo, desde que citada a fonte, com a reprodução dos créditos dos rodapés.

Organizadoras:

Léslie Piccolotto Ferreira
Marta Assumpção de Andrada e Silva

Comissão Editorial:

Alice Penna de Azevedo Bernardi
Ana Claudia Fiorini
Tânia Maria de Araújo

Diagramação e Tradução:

Caroline Antoni
Thiago Pimentel Pinto Giannini
Sintropia Traduções
<http://www.sintropiatraducoes.com.br>
contato@sintropiatraducoes.com.br

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Distúrbio de voz relacionado ao trabalho [livro eletrônico] : conquistas e desafios na América Latina = Trastorno de la voz relacionado con el trabajo : conquistas y desafíos en América Latina = Work-related voice disorder : achievements and challenges in Latin America / organizadoras Léslie Piccolotto Ferreira, Marta Assumpção de Andrada e Silva ; tradução Caroline Antoni, Thiago Pimentel Pinto Giannini. -- 1. ed. -- São Paulo, SP : Sintropia Traduções, 2022.
PDF

Vários autores.
Ed. trilingue: português/espanhol/inglês.
Bibliografia.
ISBN 978-65-997606-0-0

1. Distúrbios da voz 2. Doenças ocupacionais 3. Fonoaudiologia 4. Trabalhadores - Saúde 5. Voz I. Ferreira, Léslie Piccolotto. II. Silva, Marta Assumpção de Andrada e. III. Título: Trastorno de La voz relacionado con el trabajo : conquistas y desafíos en América Latina. IV. Título: Work-related voice disorder : achievements and challenges in Latin America.

22-107255

CDD-616.855
NLM-WV 500

Índices para catálogo sistemático:





1. Distúrbios da voz : Doenças ocupacionais : Fonoaudiologia : Medicina 616.855
Eliete Marques da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9380



Este e-book está disponível para download gratuito em:
https://www.pucsp.br/laborvox/dicas_pesquisa/ebooks.html



ÍNDICE

Organizadoras	9
Autores	10
Apresentação	21
Introducción.....	25
Introduction	29
Prefácio.....	33
Prefacio.....	37
Foreword.....	41
Parte I.....	45
Capítulo 1: Saúde do Trabalhador no Âmbito da Saúde Coletiva.....	46
Capítulo 2: A Construção Multidisciplinar e Interprofissional da Saúde do Trabalhador.....	57
Capítulo 3: Fonoaudiologia e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	68
Capítulo 4: O Distúrbio da Voz na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho do Brasil	82
Capítulo 5: O que Você Deve Saber Sobre Protocolos de Complexidade Diferenciada?.....	90
Capítulo 6: Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT): Histórico e Próximas Ações	96
Capítulo 7: Notificação da Perda Auditiva Induzida por Ruído: Instrumento de Vigilância da Saúde dos Trabalhadores.....	108
Capítulo 8: Saúde Mental e Distúrbios de Voz Relacionados ao Trabalho: Notas Introdutórias	121
Capítulo 9: Lesões por Esforços Repetitivos / Doenças Osteoarticulares Relacionadas ao Trabalho (LER/Dort).....	131
Capítulo 10: Linha de Cuidado do Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho: A Prática do Cuidado e o Cuidado da Prática	145
Capítulo 11: Diagnóstico do Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho: Reflexões Multidisciplinares sobre o Uso da Voz no Trabalho	152

Capítulo 12: Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho – DVRT: Considerações sobre o Tratamento e o Retorno ao Trabalho	178
Capítulo 13: Distúrbio da Voz Relacionado ao Trabalho: Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador.....	185
Capítulo 14: Notificação do Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho-DVRT: Experiências e Formação Profissional.....	193
Capítulo 15: O Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).....	225
Capítulo 16: Atuações dos Cerests no Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho-DVRT: Relato de Experiências	239
Capítulo 17: A Telefonaudiologia e o Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho – DVRT	256
Parte II	265
 Capítulo 1: Trastorno de la Voz Relacionado con el Trabajo: Conquistas y Desafíos en Argentina	266
Capítulo 1: Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho: Conquistas e Desafios na Argentina	272
Chapter 1: Work-Related Voice Disorder: Achievements and Challenges in Argentina	278
 Capítulo 2: O Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho no Brasil	284
Capítulo 2: Trastorno de la Voz Relacionado con el Trabajo en Brasil	291
Chapter 2: Work-Related Voice Disorder in Brazil	299
 Capítulo 3: Reflexiones sobre el Ayer, Hoy y Mañana de la Voz Laboral en Chile.....	306
Capítulo 3: Reflexões sobre o Passado, Presente e Futuro do Uso da Voz no Trabalho no Chile	316
Chapter 3: Reflections on the Past, Present and Future of the Work-Related Voice Use in Chile	326
 Capítulo 4: Problemas de la Voz de Origen Ocupacional en Colombia	336
Capítulo 4: Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho na Colômbia	341

Chapter 4: Work-Related Voice Disorders in Colombia.....	346
 Capítulo 5: Enfoque Ocupacional de la Disfonía: Realidad en el Perú.....	351
Capítulo 5: Abordagem Ocupacional para a Disfonia: Realidade no Peru	359
Chapter 5: Occupational Approach to Dysphonia: Reality in Peru.....	367
 Capítulo 6: Realidad del Trastorno de la Voz Relacionado con el Trabajo en Venezuela	375
Capítulo 6: Realidade do Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho na Venezuela	384
Chapter 6: Reality of Work-Related Voice Disorder in Venezuela	393

ORGANIZADORAS

Léslie Piccolotto Ferreira <https://orcid.org/0000-0002-3230-7248>

Apresentação; *Parte I: Capítulo 6*

Fonoaudióloga (PUC-SP); Mestre em Linguística Aplicada ao Ensino de Línguas (PUC-SP); Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana (UNIFESP-EPM); Professora Titular do Departamento de Teorias e Métodos em Fonoaudiologia e Fisioterapia (PUC-SP); Coordenadora do Curso de Fonoaudiologia (PUC-SP); Coordenadora do Laboratório de Voz (LaborVox) da PUC-SP; Editora Executiva da Revista Distúrbios da Comunicação da PUC-SP.

Marta Assumpção de Andrada e Silva <https://orcid.org/0000-0002-4964-8436>


Apresentação; *Parte I: Capítulo 11*

Fonoaudióloga (PUC-SP); Mestre em Distúrbios da Comunicação e Doutora em Comunicação e Semiótica ambos pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP); Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Comunicação Humana e Saúde da PUC-SP; Professora Adjunto no Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) e Coordenadora do Ambulatório de Artes Vocais da Santa Casa.




AUTORES

Ana Carolina Constantini  <https://orcid.org/0000-0002-0387-5166>

Parte I: Capítulo 12 

Graduação em Fonoaudiologia (Unicamp); Mestrado e Doutorado em Linguística (UNICAMP); Pós-doutoranda em Distúrbios da Comunicação (UNIFESP); Professora do curso de Fonoaudiologia e do Programa de Pós-Graduação Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, ambos da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Ana Carolina de Assis Moura Ghirardi  <https://orcid.org/0000-0002-3466-4433>

Parte I: Capítulo 12 


Graduação em Fonoaudiologia (UNIFESP). Mestrado e Doutorado em Fonoaudiologia (PUC-SP); Professora dos cursos de Graduação e Pós Graduação em Fonoaudiologia (UFSC).

Angélica Emygdio da Silva Antonetti  <https://orcid.org/0000-0002-3755-1119>

Parte I: Capítulo 17 

Fonoaudióloga (FOB-USP); Mestre em Ciências Fonoaudiológicas (FOB-USP); Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia (FOB-USP).

Carolina Fiorin Anhoque  <https://orcid.org/0000-0003-0855-596X>

Parte I: Capítulo 14 


Graduação em Fonoaudiologia (UVV); Mestre em Ciências Fisiológicas (UFES); Doutora em Neurociências (UFMG); Professora adjunta do departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Claudia Giglio de Oliveira Gonçalves  <https://orcid.org/0000-0001-8316-1392>

Parte I: Capítulo 7 


Fonoaudióloga graduada pela PUC-SP; Mestre em Distúrbios da Comunicação (PUC - SP) e doutora em Saúde Coletiva (UNICAMP); Atua na área da Fonoaudiologia e Saúde do Trabalhador.

Cristian Emanuele Soares Fioravanti  <https://orcid.org/0000-0003-1591-7148>

Parte I: Capítulo 16 

Fonoaudióloga do CEREST Marília/Secretaria Municipal de Saúde de Marília; Graduada em Fonoaudiologia (Universidade de São Paulo – USP, FOB – Bauru); Especialista em Audiologia Clínica (FUNCRAF- Centrinho - USP, FOB - Bauru); Especialista em Saúde do Trabalhador (Universidade Est. Paulista – UNESP, Botucatu).

Cristiane Cunha Soderini Ferracciu  <https://orcid.org/0000-0001-5413-1215>

Parte I: Capítulo 14 


Graduação em Fonoaudiologia (UNICAP), Mestre em Nutrição - Saúde Pública (UFPE), Doutora em Ciências (Saúde Pública) (ENSP-FIOCRUZ); Professora Titular do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde do Estado de Alagoas (UNCISAL).

Denise Torreão Corrêa da Silva  <https://orcid.org/0000-0003-0763-7269>

Parte I: Capítulo 3 

Fonoaudióloga (Universidade Estácio de Sá, UNESA); Aperfeiçoamento em Saúde e Meio Ambiente (ENSP/Fiocruz); Mestrado em Saúde Pública (Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, CESTEH/ENSP/Fiocruz); Doutorado em Fonoaudiologia (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP).

Eliane Regina Zampieri de Lima  <https://orcid.org/0000-0002-3129-6786>

Parte I: Capítulo 16 

Fonoaudióloga do CEREST Campinas; Graduada em Fonoaudiologia pela PUC Campinas; Especialista em Audiologia Clínica/Saúde do Trabalhador – (CEFAC – São Paulo).

Elizabeth Costa Dias  <https://orcid.org/0000-0003-1708-1014>

Parte I: Capítulo 4 

Médica Sanitarista e do Trabalho; Doutora em Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Ocupacional (UNICAMP); Pós-Doutorado na Johns Hopkins School of Public Health; Professora aposentada do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade Medicina da UFMG, área de Saúde do Trabalhador; Pesquisadora Visitante e colaboradora do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh)/ENSP/Fiocruz; Consultora da Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde e Organização Panamericana de Saúde; Membro da Academia Mineira de Medicina – Cadeira Carlos Chagas; Participou da elaboração da LDRT- atualização 2020 e organizou o Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, publicado em 2001 pelo Ministério da Saúde/OPAS-Brasil.


Felipe Cerda Sandoval  <https://orcid.org/0000-0003-0794-8497>

Parte II: Capítulo 3 

Fonoaudiólogo; Magíster en Fonoaudiología mención Voz (Universidad de Valparaíso); Master en Higiene Ocupacional (Universidad Politécnica de Catalunya, Barcelona, España);

Profesor Asistente de la Carrera de Fonoaudiología de la Pontificia Universidad Católica de Chile; Santiago; Chile.

Flávia Nogueira e Ferreira-de-Sousa  <https://orcid.org/0000-0003-0183-9361>

Parte I: Capítulo 5 


Bacharel em Fisioterapia; Mestre em Saúde Comunitária – (Universidade Federal da Bahia); Doutoranda em Medicina Tropical – (Universidade de Brasília); Tecnologista Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância de Emergências em Saúde Pública/ Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador.

Flávia Regina Macedo Gonçalves  <https://orcid.org/0000-0002-6929-0144>

Parte II: Capítulo 2 

Fonoaudióloga (USP); Mestranda em Saúde, Ambiente e Trabalho (PPGSAT-UFBA); Fonoaudióloga clínica.

Gustavo Polacow Korn  <https://orcid.org/0000-0003-3718-204X>

Parte I: Capítulo 11 

Médico Otorrinolaringologista; Mestre, Doutor e Pós-Doutorado pela Universidade Federal de São Paulo; Chefe do Ambulatório de Voz Profissional da Universidade Federal de São Paulo; Professor Afiliado do Departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade Federal de São Paulo; Ex- Presidente da Academia Brasileira de Laringologia e Voz.

Helenice Yemi Nakamura  <https://orcid.org/0000-0001-5396-8160>

Parte I: Capítulo 7 

Fonoaudióloga graduada pela PUC-Campinas; Mestre e Doutora em Ciências Biomédicas na área de concentração em Neurologia(UNICAMP); Atua nas áreas de Audiologia e na Saúde do Trabalhador.

Ildeberto Muniz de Almeida  <https://orcid.org/0000-0002-8475-3805>

Parte I: Capítulo 2 

Médico (UFES); Especialização em Medicina do Trabalho e em Ergonomia; Mestrado e Doutorado em Saúde Pública (Faculdade de Saúde Pública da USP); Estágios Pós Doutorado no Grupo de Análise de Acidentes de Glasgow, da Universidade de Glasgow e no Center for Research on Activity, Development and Learning (CRADLE), University of Helsinki;


Professor do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP).

João Silvestre Silva-Junior  <https://orcid.org/0000-0001-7541-5946>

Parte I: Capítulo 4 

Médico (FCM/UPE); Especialista em Medicina do Trabalho (ANAMT/AMB), Medicina Legal e Perícia Médica (ABMLPM/AMB), e Direito Previdenciário (UGF); Doutor e Mestre em Saúde Pública, com ênfase em Saúde do Trabalho (FSP/USP); Pesquisador e Professor do Departamento de Medicina, e Coordenador da Pós-Graduação em Medicina do Trabalho do Centro Universitário São Camilo (CUSC); Perito Médico Federal no Ministério da Economia do Brasil; Consultor da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) no Ministério da Saúde do Brasil para o projeto de Atualização 2020 da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho.

Kelly Cristina Alves Silverio  <https://orcid.org/0000-0002-0775-9381>

Parte I: Capítulo 17 



Fonoaudióloga (UNIFESP); Especialização em Voz e em Motricidade Orofacial (CFFa); Doutora em Ciências (UNICAMP); Pós-Doutora (Teachers College, Columbia University); Docente do curso de graduação em Fonoaudiologia e do Programa em Pós-graduação em Fonoaudiologia (FOB-USP, Campus Bauru).

Lady Catherine Cantor Cutiva  <https://orcid.org/0000-0002-4530-4345>

Parte II: Capítulo 4 

Fonoaudióloga (Universidad Nacional de Colombia); Magister in Salud y Seguridad en el Trabajo (Universidad Nacional de Colombia); MSc in Health Sciences with Specialization in Public Health (Erasmus Universiteit, Rotterdam, The Netherlands); Ph.D. in Health Sciences (Erasmus Universiteit, Rotterdam, The Netherlands); Postdoc in Communicative Sciences and Disorders (Michigan State University, Lansing, Michigan, USA).

Léslie Piccolotto Ferreira  <https://orcid.org/0000-0002-3230-7248>

Apresentação ; *Parte I: Capítulo 6* 

Fonoaudióloga (PUC-SP); Mestre em Linguística Aplicada ao Ensino de Línguas (PUC-SP); Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana (UNIFESP-EPM); Professora Titular do Departamento de Teorias e Métodos em Fonoaudiologia e Fisioterapia (PUC-SP); Coordenadora do Curso de Fonoaudiologia (PUC-SP); Coordenadora do Laboratório de Voz (LaborVox) da PUC-SP; Editora Executiva da Revista Distúrbios da Comunicação da PUC-SP.

Luciane Frizo Mendes  <https://orcid.org/0000-0001-9215-264X>

Parte I: Capítulo 9

Fisioterapeuta (USP); Aprimoramento em Saúde do Trabalhador pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de São Paulo (CEREST-SP); Mestre em Engenharia de Produção (UFSCAR); Doutora em Fisiopatologia Experimental (FMUSP); Professora do curso de Fisioterapia (PUC-SP).

Marcia Bandini  <https://orcid.org/0000-0003-2899-090X>

Parte I: Capítulo 4

Doutora em Medicina (USP); Especialista em Medicina do Trabalho; Coordenadora da Área de Saúde do Trabalhador no Departamento de Saúde Coletiva (UNICAMP); Preceptora do Programa de Residência Médica em Medicina do Trabalho (UNICAMP); Pesquisadora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UNICAMP).

Márcia Soalheiro de Almeida  <https://orcid.org/0000-0001-9897-904X>

Parte I: Capítulo 3; *Parte I: Capítulo 14*

Fonoaudióloga (Universidade Estácio de Sá, UNESA); Aperfeiçoamento em Saúde e Meio Ambiente (ENSP/Fiocruz); Doutorado em Fonoaudiologia - área de concentração Perturbaciones de La Comunicación Humana (Museo Social Argentino, UMSA); Responsável pelo Serviço de Fonoaudiologia do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana/Cesteh da Escola Nacional de Saúde Pública/Ensp/Fiocruz.

Márcia Tiveron de Souza  <https://orcid.org/0000-0002-5990-267X>

Parte I: Capítulo 10; *Parte I: Capítulo 14*

Fonoaudióloga (PUC-SP); Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (FIOCRUZ); Especialização em Gerente de Cidade (FAAP); Mestre em Distúrbios da Comunicação (PUC-SP); Doutora em Saúde Pública (USP); Fonoaudióloga da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, atuando na Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador do Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, como Diretora Técnica de Saúde I.

Maria Celina Malebran Bezerra de Mello  <https://orcid.org/0000-0002-7378-7292>

Parte II: Capítulo 3

Fonoaudióloga (USP-Brasil); Especialista em Voz (Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo); Doctoranda em Fonoaudiología (UMSA, Argentina), Profesora Adjunta de la


Escuela de Fonoaudiología; Facultad de Ciencias de la Salud; Universidad Católica Silva Henríquez; Santiago; Chile.

Maria Cristina de Menezes Borrego  <https://orcid.org/0000-0002-7603-0586>

Parte I: Capítulo 11 


Graduação em Fonoaudiologia pela Universidade Federal de São Paulo; Mestre e Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana (Fonoaudiologia) da Universidade Federal de São Paulo; Fonoaudióloga clínica; responsável pelo Serviço de Voz da Derdic/PUC-SP; Coordenadora e professora do Curso de Aprimoramento em Motricidade Orofacial e Voz da Derdic/PUC-SP.

Maria Cristina Pedro Biz  <https://orcid.org/0000-0002-6066-3514>

Parte I: Capítulo 15 


Fonoaudióloga (USC); Mestre em Ensino em Ciências da Saúde (UNIFESP); Doutora em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação (UNICAMP); Pós-Doutoranda no Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde (UNIFESP); Membro do Laboratório de Avaliação de Programas e Serviços em Saúde (UNIFESP/BS).

Maria de Fátima Pires Dantas Cavalcanti  <https://orcid.org/0000-0002-9918-7017>

Parte II: Capítulo 5 

Graduada en Fonoaudiología por la Universidad Católica de Pernambuco (UNICAP); Magíster en Fonoaudiología (PUC-SP); Asesora de la Unidad de Habla del Centro Peruano de Audición Lenguaje y Aprendizaje - Centro Peruano de Audición Lenguaje y Aprendizaje-CPAL; Docente de la Maestría en Fonoaudiología con mención en Habla Voz y Tartamudez - Pontificia Universidad Católica del Perú (PUC) - Centro Peruano de Audición Lenguaje y Aprendizaje-CPAL.

María del Carmen Dalmaso  <https://orcid.org/0000-0001-9188-7353>

Parte II: Capítulo 1 

Fonoaudióloga formada en la UMSA; Docente de la Universidad Nacional de La Matanza; Asesora Técnica de la Dirección de Calidad Laboral de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires.

Maria Fernanda de Queiroz Prado Bittencourt  <https://orcid.org/0000-0001-8068-3929>

Parte I: Capítulo 11

Mestre em Ciências da Saúde pela FCMSCSP; Doutora em Fonoaudiologia pela PUC-SP e Pós-doutoranda no PEPG em Comunicação Humana e Saúde da PUC-SP; Fonoaudióloga clínica e Editora Júnior da Revista Distúrbios da Comunicação da PUC-SP.

Maria Lúcia Vaz Masson  <https://orcid.org/0000-0003-0733-1753>

Parte II: Capítulo 2

Fonoaudióloga (PUC-SP); Especialista em Voz (CEV-CFFa); Mestre em Distúrbios da Comunicação (PUC-SP); Doutora em Educação (UNESP-Marília), Pós-Doutora (MGH Voice Center/Harvard University); Professora Associada III do Departamento de Fonoaudiologia e dos Programas de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação e Saúde, Ambiente e Trabalho, da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Maria Maeno  <https://orcid.org/0000-0001-6329-629X>

Parte I: Capítulo 1

Médica (USP); Mestre e Doutora em Saúde Pública (Faculdade de Saúde Pública da USP); Pesquisadora da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Medicina e Segurança no Trabalho (FUNDACENTRO).

Marta Assumpção de Andrada e Silva  <https://orcid.org/0000-0002-4964-8436>

Apresentação; Parte I: Capítulo 11

Fonoaudióloga (PUC-SP); Mestre em Distúrbios da Comunicação e Doutora em Comunicação e Semiótica ambos pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP); Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Comunicação Humana e Saúde da PUC-SP; Professora Adjunto no Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) e Coordenadora do Ambulatório de Artes Vocais da Santa Casa.

Monica Paredes Garcia  <https://orcid.org/0000-0003-0105-5487>

Parte II: Capítulo 5

Magíster en Disturbios de la Comunicación Humana PUCP-CPAL; Asesora de la Unidad de Habla del Centro Peruano de Audición Lenguaje y Aprendizaje-CPAL; Especialización en voz PUCP-CEFAC; Especialista del Departamento de Diagnostico del Centro Peruano de Audición Lenguaje y Aprendizaje-CPAL; Docente de la Maestría en Fonoaudiologia con


mención en Habla Voz y Tartamudez de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUC) - Centro Peruano de Audición Lenguaje y Aprendizaje-CPAL.

Pablo Rodrigo Rocha Ferraz  <https://orcid.org/0000-0003-4612-2612>

Parte I: Capítulo 6 

Fonoaudiólogo (CEST/MA); Mestre em Saúde Materno-Infantil (UFMA/MA); Doutor em Comunicação Humana e Saúde (PUC/SP); Fonoaudiólogo Oficial da Força Aérea Brasileira (FAB).

Patrícia Jundi Penha  <https://orcid.org/0000-0003-0491-0418>

Parte I: Capítulo 9 


Fisioterapeuta (USP); Especialização em Fisiologia do Exercício (UNIFESP); Mestre em Ciências da Reabilitação (FMUSP); Doutora em Ciências da Reabilitação (FMUSP); Professora do curso de Fisioterapia (PUC-SP).

Ramón Hernández-Villoria  <https://orcid.org/0000-0002-7361-2919>

Parte II: Capítulo 6 

Médico Cirujano (UCV); Especialista en Foniatría (INR); M.Sc. en Lingüística (UCV); Especialista en Salud Pública (UCV); Profesor Titular de Fonética y Fonología (IVAL); Profesor Invitado de Medicina Ocupacional (UCV); Profesor Investigador Invitado de Fonética (ULA-Ve); Médico Especialista Foniatra (CEALCA).

Rayné Moreira Melo Santos  <https://orcid.org/0000-0002-8618-5901>

Parte I: Capítulo 14 

Graduação em Fonoaudiologia (UNCISAL); Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana (UNIFESP); Fonoaudióloga da Secretaria de Estado da Saúde, atuando na Superintendência de Vigilância em Saúde do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalho e Fonoaudióloga da Secretaria de Estado da Educação de Alagoas, atuando na Subchefia de Qualidade de Vida e Atenção à Saúde do Servidor.

Regina Yu Shon Chun  <https://orcid.org/0000-0002-5305-7081>

Parte I: Capítulo 15 

Fonoaudióloga (FMUSP); Mestre em Linguística (USP); Doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem (PUC SP); Pós-doutorado em Linguística (IEL/UNICAMP); Docente do Curso de Graduação em Fonoaudiologia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde,

Interdisciplinaridade e Reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas, Brasil.

Renata Escorcio  <https://orcid.org/0000-0002-8781-1679>

Parte I: Capítulo 9 


Graduada em Educação Física (UNISA); Fisioterapeuta (UNIFIEO); Especialização em Didática do Ensino Superior (FCNM) e em Fisioterapia em Terapia Intensiva (USP); Mestre em Ciências da Reabilitação (FMUSP); Doutora em Ciências da Reabilitação (FMUSP); Professora do curso de Fisioterapia (PUC-SP).

Renata Paparelli  <http://orcid.org/0000-0002-4925-5771>

Parte I: Capítulo 8 

Psicóloga (PUC-SP); Mestre em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano (IP USP); Doutora em Psicologia Social e do Trabalho (IP USP); Professora do curso de Psicologia e coordenadora da Clínica do Trabalho (PUC-SP); Coordenadora do Núcleo de Ações em Saúde do Trabalhador (NAST).

René Mendes  <https://orcid.org/0000-0002-2085-8384>

Prefácio 


Médico especialista em Saúde Pública e em Medicina do Trabalho; Mestre, Doutor e Livre-Docente em Saúde Pública pela USP; Foi Professor-Doutor da FCM/UNICAMP, Professor Titular da FM/UFMG e Associado Sênior da Escola de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins; Atualmente é Pesquisador Colaborador do Instituto de Estudos Avançados da USP e um dos idealizadores e dirigentes da Frente Ampla em Defesa da Saúde dos Trabalhadores.

Rodrigo Dornelas  <https://orcid.org/0000-0002-9710-5751>

Parte I: Capítulo 10 

Fonoaudiólogo (PUC-SP); Mestre em Saúde Pública (UnB); Doutor em Fonoaudiologia (PUC-SP); Professor na Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.


Rosemairy Norye Inamine  <https://orcid.org/0000-0003-4556-9519>

Parte I: Capítulo 13 

Graduação em Fonoaudiologia (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo); Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (Faculdade de Medicina do ABC); Especialização em epidemiologia em Saúde do Trabalhador (Universidade Federal da Bahia);


Assessora em Saúde Pública I da Divisão de Saúde do Trabalhador – CEREST Estadual, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Silvia Maria Ramos  <https://orcid.org/0000-0002-2319-1319>

Parte I: Capítulo 17 

Fonoaudióloga (PUC-PR); Especialista em Voz (CFFa); Mestre em Fonoaudiologia: Clínica fonoaudiológica (PUC-SP); Docente do curso de graduação em Fonoaudiologia (PUCGO); Diretora Secretária do CFFa (2019-2022).

Silvia Tavares de Oliveira  <https://orcid.org/0000-0001-8061-0017>

Parte I: Capítulo 17 

Fonoaudióloga (PUC-SP); Especialista em Gestão do Ensino Superior (Centro Universitário São Camilo); Mestre em Distúrbios da Comunicação (PUC-SP); Presidente do Conselho Federal de Fonoaudiologia (2019-2022).

Simone Alves dos Santos  <https://orcid.org/0000-0001-8430-6987>

Parte I: Capítulo 13 


Graduação em Fonoaudiologia (Centro Universitário São Camilo); Aprimoramento em Saúde do Trabalhador pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de São Paulo (CEREST-SP); Mestre em Saúde Coletiva (Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa); Doutora em Saúde Pública (Faculdade de Saúde Pública da USP); Diretora Técnica de Saúde da Divisão de Saúde do Trabalhador – CEREST Estadual, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, exercendo a função de Coordenadora Estadual da Saúde do Trabalhador.

Susana Pimentel Pinto Giannini  <https://orcid.org/0000-0002-1855-0655>

Parte I: Capítulo 10 


Fonoaudióloga (UNIFESP); Especialização em Voz (CFFa), Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (FIOCRUZ); Mestre em Fonoaudiologia (PUC-SP); Doutora em Ciências - Epidemiologia (FSP-USP); Pós-doutorado em Fonoaudiologia (PUC-SP); Fonoaudióloga do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo.

Tássia Bertoncini de Almeida  <http://orcid.org/0000-0002-3595-3165>

Parte I: Capítulo 8 

Psicóloga (PUC-SP); Mestre em Psicologia Social e do Trabalho (IP USP); Professora no curso de psicologia (Uninove); Membro do Núcleo de Ações em Saúde do Trabalhador (NAST).

Tatiane Costa Meira  <https://orcid.org/0000-0002-9730-1621>

Parte I: Capítulo 3 


Fonoaudióloga (Universidade Federal da Bahia, UFBA); Especialista em Saúde Coletiva e em Audiologia (CFFa); Mestrado em Saúde Comunitária (UFBA); Doutorado em Saúde Pública (UFBA); Epidemiologista e Fonoaudióloga no Serviço Social da Indústria do Departamento Regional da Bahia.

Tereza Raquel Ribeiro de Sena  <https://orcid.org/0000-0002-2937-3340>

Parte I: Capítulo 3 

Fonoaudióloga (Universidade Estácio de Sá, UNESA); Mestrado em Saúde e Ambiente (Universidade Tiradentes, UNIT); Doutorado em Ciências da Saúde (Universidade Federal de Sergipe, UFS); Professora adjunta do curso de Fonoaudiologia (UFS).

Verena Elisabete Winkel Parreira  <https://orcid.org/0000-0003-0761-6927>

Parte I: Capítulo 16 

Fonoaudióloga do CEREST Rio Claro; Graduada em Fonoaudiologia pela UNIFESP São Paulo.

Vivian Aline Mininel  <https://orcid.org/0000-0001-9985-5575>

Parte I: Capítulo 2 

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Fundação Educacional de Fernandópolis; Mestre em Administração em Enfermagem e Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da USP; Especialista em Gerenciamento de Serviços de Saúde pela Escola de Enfermagem da USP; Especialista em Work Disability Prevention, pela Universidade de Sherbrooke, Canadá; Especialista em Desenvolvimento Docente na Área da Saúde pelo FAIMER-Brasil; Professora Adjunta do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde/Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar); Coordenadora do Grupo de Pesquisa em Gestão, Formação, Saúde e Trabalho - GFST.

APRESENTAÇÃO

Outubro de 2020...

A Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) lança um edital denominado Plano de Incentivo ao Programa de Internacionalização e nesse momento percebemos que era a hora de encaminharmos um projeto que ampliasse as reflexões e discussões sobre o Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT) para outros países, “vizinhos” do Brasil.

O LaborVox, grupo de pesquisa da linha Voz, Comunicação, Saúde e Arte do Programa de Pós-graduação em Comunicação Humana e Saúde da PUC-SP, têm discutido, pesquisado e atuado nesta questão há praticante 25 anos.

A ideia inicial era ampliar para conhecer outras realidades, principalmente latino-americanas, pela similitude de contexto educacional, político e social. Essa iniciativa começou a ser colocada em prática nos anos de 2017 e 2019, quando o LaborVox e o GT-Voz e Trabalho da Unicamp organizaram seminários com representantes da Colômbia e do Chile. A proposta inicialmente era convidar outros países e ampliar as parcerias, além de aprofundar o conhecimento de outras realidades e poder diversificar as ações em relação à Saúde do Trabalhador.

A proposta foi aprovada e demos início a organização do evento e também a elaboração deste e-book! Com a confiança que o aprendizado em grupo é potencializado, recorreremos aos nossos colegas latino-americanos para materializar as conquistas e os desafios em uma produção bibliográfica, que será oferecida gratuitamente a todos os interessados. Na direção de ampliar o material e contribuir com a capacitação de profissionais da saúde, principalmente de fonoaudiólogos, no manejo do DVRT, este e-book foi construído.

Confessamos que não foi difícil pensar na sua estrutura. Definido o título - **Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho: conquistas e desafios na América Latina**, o objetivo era fazer com que o leitor percebesse a necessidade de o DVRT ser colocado em prática.

Assim, o conteúdo teria que conduzir os interessados a compreenderem como auxiliar o trabalhador que apresente um “desvio vocal relacionado à atividade profissional que diminua, comprometa ou impeça a atuação ou a comunicação do trabalhador, podendo ou não haver alteração orgânica da laringe” (definição de DVRT) a solucionar ou melhorar a questão.

O ponto de partida foi, sem dúvida, contextualizar as questões relacionadas a Saúde do Trabalhador, com descrição dos papéis interprofissionais no diagnóstico e nas intervenções. Este é um caminho para aqueles que desconhecem essa área e que pretendem dar início a um trabalho efetivo. Na sequência foram trazidas informações sobre o que vem a ser a lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, um Protocolo de Complexidade Diferenciada, e apresentar os protocolos mais presentes no dia a dia dos profissionais da saúde e em particular do fonoaudiólogo.

Nos capítulos seguintes foram detalhadas cada uma das recomendações presentes no DVRT: linha de cuidado, diagnóstico, tratamento e retorno ao trabalho, vigilância dos postos de trabalho e notificação. Cada um desses foi apresentado de forma a facilitar o entendimento por parte do leitor com descrição de propostas que possam ser colocadas em prática no manejo do DVRT, com destaque às experiências de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador-CEREST.

Dois outros temas, presentes ainda na primeira parte do e-book, não poderiam ser esquecidos: o olhar para o DVRT sob a ótica da Classificação Internacional de Funcionalidade e a Incapacidade e Saúde (CIF), que prioriza entender o dia a dia do sujeito e não apenas a doença, e a telefonaudiologia, prática essa que aproximou profissionais da saúde e pacientes por conta da Pandemia do COVID-19, e que certamente no futuro, pós-pandemia, deverá ser incorporada às nossas ações, quer de promoção de saúde ou de prevenção e tratamento do DVRT.

Seguindo o desafio inicial de avançar na discussão e na internacionalização do DVRT, uma vez que conhecer a realidade de outros países atualmente é essencial, pensamos em convidar alguns representantes de países latino-americanos para compor esta produção, considerando sua produção científica.

A seleção dos autores convidados foi uma tarefa fácil, pois desde 1997 o LaborVox por estar à frente das discussões sobre o DVRT, pode conhecer muitos profissionais competentes e importantes, que se constituíram em interlocutores e parceiros no nosso dia a dia nas atividades de ensino e pesquisa.

A cada convite feito, ouvíamos um “sim” na sequência e aos poucos fomos compondo o nosso e-book, com parceiros que desde já agradecemos por todo o conhecimento compartilhado nos eventos científicos promovidos por nós, nos bastidores e cafés e principalmente, neste momento, pela participação neste e-book.

Aos nossos convidados internacionais um agradecimento especial, apesar de realidades, fases e idiomas distintos, o desafio foi prontamente aceito.

Novembro de 2021

Em 13 meses conseguimos organizar e lançar este e-book: Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho: conquistas e desafios na América Latina! Ou seja, mais um desafio e mais uma conquista!

Sabemos que o universo do Trabalho é complexo e tem se tornado para nós cada vez mais desafiador trabalhar nele, por conta do nosso objetivo ser o de acolher as pessoas que adoecem em função dele...

Dessa forma, sua publicação para nós é mais um marco na nossa trajetória em prol da Saúde do Trabalhador que tem na voz um instrumento de trabalho essencial de subjetividade. A nossa expectativa e real desejo é que de fato essa publicação possa auxiliar os interessados no maior entendimento sobre o manejo do DVRT. Esperamos, também, que sirva de material complementar na formação de profissionais da saúde e principalmente de fonoaudiólogos e que se constitua em pautas de discussão para colocar em prática novas ações, inspirando todos na melhor direção do que fazer na sequência.

Cabe destacar que esta publicação vem acompanhada de outras comemorações muito importantes para Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Em 2021 os 75 anos da PUC-SP, desde sua criação, em agosto de 1946, essa universidade coleciona experiências, lutas, desafios, ousadias e o exercício diário da educação baseada nos direitos humanos, em busca de uma *sociedade justa e solidária*. A PUC-SP mantém o compromisso de formar pessoas com consciência coletiva, solidária, comprometidas com justiça, igualdade, diversidade e produção de conhecimento de qualidade, com espírito crítico e reflexivo que possibilite causar impacto positivo na vida das pessoas. Em 2022, uma tripla celebração: 60 anos do Curso de Fonoaudiologia, 50 anos do Programa de Pós-graduação em Comunicação Humana e Saúde e 35 anos da Revista Distúrbios da Comunicação (DIC), não podíamos estar mais felizes de coroar essa história com este e-book.

Na apresentação do material vocês terão uma primeira parte direcionada para o profissional de saúde brasileiro e dessa forma o registro está apenas em português. A segunda parte, contudo, que revela e amplia a questão do DVRT nos países Argentina Chile, Colômbia, Peru e Venezuela, está apresentada em português, espanhol e inglês. Conseguimos reunir em 23 capítulos, 53 profissionais de diferentes áreas, a saber: fonoaudiólogos, médicos, fisioterapeutas, psicólogos e enfermeira.

Certamente, quanto aos próximos passos, esses poderão ser trilhados com trocas de experiências para a maior internacionalização do assunto, na perspectiva de ampliar e melhorar na área da Saúde do Trabalhador.

Boa leitura e trocas verdadeiras para todos!!!!

Léslie Piccolotto Ferreira🔍

Marta Assumpção de Andrada e Silva🔍

INTRODUCCIÓN

Octubre de 2020...

En ese momento, la Pontificia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) lanzó una licitación pública denominada Plan de Incentivo para el Programa de Internacionalización y nos dimos cuenta de que era el momento adecuado para desarrollar un proyecto dirigido a expandir las reflexiones y discusiones sobre el Trastorno de la Voz Relacionado con el Trabajo (TVRT) a otros países “vecinos”.

LaborVox, que es el grupo de investigación enfocado en Voz, Comunicación, Salud y Arte del Programa de Graduación en Comunicación Humana y Salud de la PUC-SP, lleva 25 años debatiendo, investigando y actuando sobre este tema.

En un principio, el proyecto tenía como objetivo expandirse para conocer otras realidades, principalmente en América Latina, debido a la similitud del contexto educativo, político y social. Esta iniciativa comenzó a implementarse entre 2017 y 2019, cuando LaborVox y el Grupo de Trabajo (GT) - Voz y Trabajo de la Unicamp realizaron seminarios con profesionales de Colombia y Chile. La propuesta inicial era invitar a profesionales de otros países y ampliar las alianzas, además de profundizar en el conocimiento de otras realidades y poder diversificar acciones relacionadas con la Salud Ocupacional.

Luego, la propuesta fue aprobada y comenzamos a organizar el evento y a preparar este e-book. Conscientes del mayor potencial que brinda el aprendizaje en grupo, contactamos a nuestros colegas latinoamericanos para convertir los logros y desafíos en una producción bibliográfica, que será ofrecida gratuitamente a todos los interesados. Por lo tanto, este e-book se desarrolló con el objetivo de ampliar el material disponible y contribuir a la formación de profesionales de la salud, especialmente fonoaudiólogos, en el manejo del TVRT.

Sin embargo, debemos decir que no fue difícil decidir sobre su estructura. Después de definir el título - **Trastorno de la Voz Relacionado con el Trabajo: Conquistas y Desafíos en América Latina**, el objetivo era aumentar el conocimiento sobre la necesidad de formalizar el TVRT.

Así, el contenido debe orientar a los interesados a entender cómo ayudar a los trabajadores que tienen “alteraciones vocales directamente relacionadas con la actividad profesional que reducen, comprometen o impiden las actividades y/o comunicación del

trabajador, ya sea ante la presencia de un cambio orgánico en la laringe o no" (definición de TVRT) para resolver o mejorar su condición.

Seguramente, el punto de partida fue la contextualización de temas relacionados con la Salud Ocupacional, con una descripción de los roles multidisciplinares en el diagnóstico y las intervenciones. Por lo tanto, este es un camino para quienes desconocen este ámbito y pretenden iniciar un trabajo eficaz. A continuación, el trabajo aporta información sobre el listado de Enfermedades Laborales, Protocolo de Complejidad Diferenciada, y muestra los protocolos más presentes en el día a día de los profesionales de la salud, especialmente el fonoaudiólogo.

Los siguientes capítulos detallan cada una de las recomendaciones del TVRT: línea de atención, diagnóstico, tratamiento y reincorporación al trabajo, vigilancia y notificación en el lugar de trabajo. En este contexto, se presentó cada recomendación con el fin de facilitar la comprensión de los lectores, incluyendo una descripción de propuestas que se pueden implementar para la gestión del TVRT, como las experiencias de los Centros de Referencia en Salud de los Trabajadores (*Centros de Referência em Saúde do Trabalhador*, CEREST).

Además, la primera parte del e-book también aborda dos aspectos muy significativos: el WRVD desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), priorizando la comprensión de la vida cotidiana del sujeto y no solo la enfermedad, y la teleaudiología, que unió a profesionales de la salud y pacientes debido a la Pandemia de COVID-19, y que debe incorporarse a nuestras acciones en el futuro pospandémico, ya sea para la promoción de la salud o para la prevención y tratamiento de los TVRTs.

Dado que es fundamental conocer la realidad de otros países y siguiendo el desafío inicial de avanzar en la discusión e internacionalización del TVRT, decidimos invitar a algunos representantes de países latinoamericanos a participar, basado en la producción científica de los autores.

Como LaborVox ha estado a la vanguardia de las discusiones sobre el TVRT desde 1997 y ya conoce a muchos profesionales calificados e importantes, que se han convertido en socios en nuestras actividades diarias de enseñanza e investigación, la selección de autores invitados fue una tarea fácil.

Después de cada invitación se recibió una respuesta positiva y poco a poco nuestro e-book fue tomando forma y cobrando vida, con socios a los que ya agradecemos todo el conocimiento compartido en los eventos científicos que promovemos, entre bastidores y en los descansos, y especialmente en este momento, por su participación en este e-book.

Por lo tanto, queremos expresar nuestro especial agradecimiento a nuestros invitados internacionales que, a pesar de las diferentes realidades, etapas e idiomas, aceptaron de buen grado este desafío.

Noviembre de 2021

En 13 meses logramos organizar y lanzar este e-book: Trastorno de la Voz Relacionado con el Trabajo: Conquistas y Desafíos en América Latina! En otras palabras, ¡alcanzamos un desafío más y un logro más!

Somos conscientes de que el contexto del entorno de Trabajo es complejo y cada vez nos resulta más desafiante trabajar en él, debido a nuestro objetivo de acoger a las personas que se enferman como consecuencia de su trabajo...

Así, la publicación de este trabajo es un hito más en nuestro camino por la promoción de la Salud de los Trabajadores, cuya voz es un instrumento de trabajo fundamental de la subjetividad. Realmente esperamos que esta publicación ayude a aquellos interesados en comprender mejor la gestión del TVRT. Además, también esperamos que este trabajo sea un material complementario en la calificación de los profesionales de la salud, especialmente los fonoaudiólogos, y que dará lugar a pautas de discusión para la implementación de nuevas acciones, inspirando así a todos en la mejor dirección para acciones futuras.

Cabe señalar que, además de esta publicación, también hay otras celebraciones muy importantes para la Pontificia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). En 2021, la PUC-SP cumplió 75 años desde su fundación, en agosto de 1946, y desde entonces ha reunido experiencias, luchas, desafíos, audacia y el ejercicio diario de una educación basada en los derechos humanos y con el objetivo de una *sociedad justa y solidaria*. La PUC-SP mantiene su compromiso de capacitar a personas con conciencia colectiva, solidaria, comprometidas con la justicia, la igualdad, la diversidad y la producción de conocimiento, con un espíritu crítico y reflexivo que permita incidir positivamente en la vida de las personas. En 2022, hay tres motivos para celebrar: 60 años del Curso de Fonoaudiología, 50 años del Programa de Posgrado en Comunicación Humana y Salud y 35 años de la Revista Distúrbios da Comunicação (DIC), por lo que no podríamos estar más felices y esta historia no podría terminar mejor que con este e-book.

La primera parte de este trabajo está dirigida a profesionales de la salud brasileños y, por lo tanto, solo está disponible en portugués. A su vez, la segunda parte está disponible en portugués, español e inglés, y muestra y amplía el tema del TVRT en Argentina, Chile, Colombia, Perú y Venezuela. A lo largo de 23 capítulos, logramos reunir las perspectivas de

53 profesionales de diferentes campos, entre los que se encuentran fonoaudiólogos, médicos, fisioterapeutas, psicólogos y enfermeros.

Los próximos pasos ciertamente pueden ser seguidos por intercambios de experiencias enfocados a una mayor internacionalización del tema, con el fin de expandir y promover mejores acciones en el área de Salud Ocupacional.

¡Por último, les deseamos a todos una buena lectura y un verdadero intercambio de conocimientos!

Leslie Piccolotto Ferreira🐦

Marta Assumpção de Andrada e Silva🐦

INTRODUCTION

October 2020...

At that moment, the Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) launched a public bid called Incentive Plan for the Internationalization Program and we realized that it was the right time to develop a project aimed at expanding the reflections and discussions on the Work-Related Voice Disorder (WRVD) to other “neighboring” countries.

LaborVox, which is the research group focused on Voice, Communication, Health and Art of the Graduation Program in Human Communication and Health at PUC-SP, has been discussing, researching and acting on this topic for 25 years.

At first, the project aimed to expand to know other realities, mainly in Latin America, due to the similarity of the educational, political and social context. This initiative began to be implemented between 2017 and 2019, when LaborVox and the Working Group (WG)-Voice and Work from Unicamp held seminars with professionals from Colombia and Chile. The initial proposal was to invite professionals from other countries and expand partnerships, in addition to deepening knowledge of other realities and being able to diversify actions related to Occupational Health.

Then, the proposal was approved and we started organizing the event and preparing this e-book! Being aware of the increased potential provided by group learning, we contacted our Latin American colleagues to turn the achievements and challenges into a bibliographic production, which will be offered free of charge to all interested parties. Thus, this e-book was developed with the aim of expanding the available material and contributing to the qualification of health professionals, especially speech-language pathologists, in the management of the WRVD.

However, we must say that it was not difficult to decide on its structure. After defining the title - **Work-Related Voice Disorder: Achievements and Challenges in Latin America**, the aim was to raise awareness of the need for the WRVD to be put into practice.

Thus, the content should be responsible for directing interested parties to understand how to help workers who have a “vocal change directly related to professional activity that reduces, compromises or prevents the worker's activities and/or communication, whether in the presence of an organic change in the larynx or not” (definition of WRVD) to solve or improve their condition.

There is no doubt that the starting point was the contextualization of issues related to Occupational Health, with a description of the multidisciplinary roles in diagnosis and interventions. Therefore, this is a path for those who are not aware of this area and who intend to start an effective work. Then, the work provides information on the list of Work-Related Diseases, a Protocol of Differentiated Complexity, and shows the protocols most present in the daily lives of health professionals, especially the speech-language pathologist.

The following chapters detail each of the WRVD's recommendations: line of care, diagnosis, treatment and return to work, workplace surveillance and notification. In this context, each recommendation was presented in order to facilitate the understanding of readers, including a description of proposals that can be implemented for the management of the WRVD, such as the experiences of Workers' Health Referral Centers (*Centros de Referência em Saúde do Trabalhador*, CEREST).

In addition, the first part of the e-book also addresses two very significant aspects: the WRVD from the perspective of the International Classification of Functioning (ICF), prioritizing the understanding of the subject's daily life and not just the disease, and the teleaudiology, which brought health professionals and patients together due to the COVID-19 Pandemic, and which should be incorporated into our actions in the post-pandemic future, whether for health promotion or for the prevention and treatment of WRVD.

Given that it is essential to know the reality of other countries and following the initial challenge of advancing the discussion and internationalization of the WRVD, we decided to invite some representatives from Latin American countries to participate in this work, based on the scientific production of the authors.

As LaborVox has been at the forefront of discussions on the WRVD since 1997 and already knows many qualified and important professionals, who have become partners in our daily teaching and research activities, the selection of guest authors was an easy task.

A positive response was received after each invitation and little by little our e-book was taking shape and coming to life, with partners whom we already thank for all the knowledge shared in scientific events we promote, behind the scenes and at breaks, and especially in this moment, for their participation in this e-book.

Therefore, we would like to express our special thanks to our international guests who, despite different realities, stages and languages, readily accepted this challenge.

November 2021

In 13 months we managed to organize and launch this e-book: *Work-Related Voice Disorder: Achievements and Challenges in Latin America!* In other words, we reached one more challenge and one more achievement!

We are aware that the context of the Work environment is complex and it has become increasingly challenging for us to work in it, due to our goal of welcoming people who get sick as a result of their work...

Thus, the publication of this work is another milestone in our journey promoting Workers' Health, whose voice is an essential work instrument of subjectivity. We really hope that this publication will actually help those interested in a better understanding of the management of the WRVD. Furthermore, we also hope that this work will be a complementary material in the qualification of health professionals, especially speech-language pathologists, and that it will lead to discussion guidelines for the implementation of new actions, thus inspiring everyone in the best direction for future actions.

It should be noted that, in addition to this publication, there are also other very important celebrations for the Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). In 2021, PUC-SP celebrated its 75th anniversary since its foundation, in August 1946, and since then, it has been collecting experiences, struggles, challenges, daring and the daily exercise of education based on human rights and aiming at a fair and sympathetic society. PUC-SP maintain its commitment to qualifying people with collective conscience, solidarity, committed to justice, equality, diversity and production of knowledge, with a critical and reflective spirit that makes it possible to have a positive impact on people's lives. In 2022, there are three reasons to celebrate: 60 years of the Speech-Language Pathology Course, 50 years of the Graduation Program in Human Communication and Health and 35 years of the *Distúrbios da Comunicação (DIC)* journal, so we couldn't be happier to end that story on a high note with this e-book.

The first part of this work is aimed at Brazilian health professionals and, therefore, it is only available in Portuguese. In turn, the second part is available in Portuguese, Spanish and English, and it shows and expands on the issue of the WRVD in Argentina, Chile, Colombia, Peru and Venezuela. Over 23 chapters, we managed to bring together the perspectives of 53 professionals from different fields, including speech-language pathologists, physicians, physiotherapists, psychologists and nurses.

The next steps can certainly be followed by exchanges of experiences focusing on greater internationalization of the topic, with a view to expanding and better acting in the area of Occupational Health.

Finally, we wish you all a good reading and real exchanges of knowledge!!!!

Léslie Piccolotto Ferreira🔍

Marta Assumpção de Andrada e Silva🔍

PREFÁCIO

É bem conhecido o irreverente dito de que o *prefácio* de um livro costuma vir no início da obra, muito embora tenha sido sempre escrito somente ao final de sua produção, e ninguém lê. Parabéns aos que leram até aqui! Acrescento mais: é uma forma utilizada por autores e autoras, organizadores e organizadoras de livros, para homenagear alguém a quem eles ou elas amam, o qual, mesmo sem ter escrito qualquer parte, capítulo ou seção da obra prefaciada, tem o privilégio e dever de ler tudo, em primeira mão, até para conhecer o conteúdo da obra que aceita prefaciado. Nós, os prefaciadores e prefaciadoras, somos uma espécie de *padrinhos* ou *madrinhas* da obra prefaciada, em que pai e mãe são os outros. Nesta obra não foi diferente, e eu agradeço pelo generoso convite recebido da querida Prof^a. Léslie Piccolotto Ferreira, para que eu prefaciasse esta importante obra intitulada: **Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho: conquistas e desafios na América Latina**, que agora os leitores e leitoras têm em mãos.

O conteúdo técnico é rico, atual e atualizado. Porém, afortunadamente, não é um texto neutro, isto é, sem ‘lado’, sem compromisso, sem engajamento, antes, é um texto que resume uma história – ou muitas histórias - de lutas, conquistas; avanços e retrocessos. Um saber coletivo construído a duras penas e ainda em construção, pois, como se verá, na medida em que são conseguidos avanços conceituais e práticos, crescem também as tensões e resistências, sejam de natureza corporativa, sejam dos que defendem o *status quo*, o conservadorismo, a frieza da norma, ou a impunidade das agressões perpetradas contra a classe trabalhadora. Principalmente na atual conjuntura, marcada pelo acelerado processo de ataques aos direitos sociais, trabalhistas e previdenciários, no Brasil, na América Latina e no mundo.

Assim, organizar, escrever e lançar um livro sobre os *distúrbios da voz relacionados ao trabalho* (DVRT), na contramão das forças de silenciamento da voz dos trabalhadores e trabalhadoras, por si só já merece ser saudado e celebrado. A propósito, lembrei-me da expressão “a voz do que clama no deserto” (que tem sua origem com João Batista nos desertos da Judeia, segundo narrativa bíblica neotestamentária), para situar as vozes que são contra-hegemônicas, que parecem não terem audiência, que parecem não terem ouvintes dispostos a ouvir, enfim, vozes que parecem se perder no vazio e *secura de solos*, e de corações e mentes. Porém, ao fazê-lo, lembrei-me, em seguida, que o texto original é

completado pelo conteúdo desta *voz que clamava no deserto*, isto é: o anúncio de novos tempos, o anúncio de que estava por chegar a luz, a alegria, a redenção, e que seria necessário ‘aplanar os caminhos’ para que se pudesse usufruir a plenitude desses novos tempos por vir. Com emoção, fiz uma analogia com este livro sobre o(s) DVRT, o qual pode, num primeiro momento, parecer ser uma frágil voz que clama no deserto, mas que, muito em breve, será saudado como uma obra portadora de grande futuro!

Com efeito, quando ouço a voz que é fulcro central deste importante livro, abordada com competência por tantos profissionais capacitados que se dedicam a dela cuidar, isto é, voz em suas expressões físicas e corporais no campo da linguagem e da comunicação - o que já é maravilhoso por si só – sou levado, também, a pensar em voz – talvez *pensar em voz alta* – enquanto o “direito de falar, direito de manifestar opinião”, como ensina o filólogo Houaiss, em seu *Dicionário da Língua Portuguesa*. Mais ainda: *voz ativa*, enquanto “voz do verbo em que o sujeito pratica a ação”, superando a *voz passiva*, “em que o sujeito da oração recebe a interpretação de paciente, em lugar da de agente da ação verbal”, ensina Houaiss. Para o filólogo, “ter voz ativa é ter direito de falar, de manifestar sua opinião”; é ter direito de opinar, de influir sobre decisões, completa o autor, em seu consagrado *Dicionário*. É esta – estou seguro - a dimensão de voz que mais precisamos, e não a podemos perder, ou deixá-la diminuir, ficar rouca, desaparecer, enquanto um “distúrbio”, principalmente se “relacionado ao trabalho”!

Devo registrar aqui, que fiquei muito impressionado com a abrangência e profundidade deste livro, o qual servirá para difundir o tema do (ou dos) DVRT, a todos os profissionais diretamente relacionados – em especial, fonoaudiólogos, médicos especialistas em ORL ou em Medicina do Trabalho – com alcance ampliado para todas as profissões que se dedicam à promoção, proteção e recuperação da saúde de trabalhadores e trabalhadoras, seja dos serviços públicos – com foco especial nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) – seja dos privados – com foco direcionado aos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) – e, ainda, todas os(as) profissionais que assessoram os movimentos sociais de trabalhadores, em seu compromisso com a classe trabalhadora. Pela inclusão de relatos estrangeiros, trazidos por profissionais de países vizinhos, esta obra terá alcance latino-americano, passando a ser, desde agora, uma obra de referência, de fácil acesso e uso, também por estar na forma de e-book.

Como bem descrito e analisado em diversos capítulos deste livro, no Brasil, a luta pelo reconhecimento formal das relações causais entre os distúrbios de voz e os ambientes e condições de trabalho (com suas implicações em termos ação do Estado, e os deveres e

direitos decorrentes) avançou muito, porém ela não cessou. Saliento, como um dos exemplos, o importante avanço em ir além do reconhecimento dos quadros associados apenas à ação de substâncias químicas irritantes, para reconhecer, crescentemente, a importância do “trabalho com sobrecarga vocal” como fator de risco *per se*, e “fatores psicossociais relacionados à característica e organização do trabalho” e os “fatores relacionados ao ambiente de trabalho”, como fatores associados e/ou agravantes.

Com efeito, foi conquistado o reconhecimento da importância dos “fatores psicossociais relacionados à característica e à organização do trabalho”, - cada vez mais intrínsecos às novas morfologias do trabalho contemporâneo, como, por exemplo: jornada de trabalho prolongada, sobrecarga, acúmulo de atividades ou de funções, ausência de pausas e de locais de descanso durante a jornada, falta de autonomia, ritmo de trabalho acelerado para o cumprimento de metas, trabalho sob forte pressão, insatisfação com o trabalho ou com a remuneração, postura e equipamentos inadequados, dificuldade de acesso à hidratação e aos sanitários, dentre outros não especificados.

Abriu-se espaço, também, ao reconhecimento da importância do que foi rotulado como “fatores relacionados ao ambiente de trabalho”, com destaque para: pressão sonora acima dos níveis de conforto, acústica desfavorável, mobiliário e recursos materiais inadequados ou insuficientes, desconforto e choque térmico, má qualidade do ar, ventilação inadequada do ambiente, baixa umidade, exposição a produtos químicos irritativos de vias aéreas superiores (solventes, vapores metálicos, gases asfixiantes) e presença de poeira ou fumaça no local de trabalho, dentre outros não especificados.

São conquistas extremamente significativas, pois criam espaços a serem ocupados por políticas, programas e ações estruturados, que transformem o “mundo do trabalho”, com protagonismo dos trabalhadores e trabalhadoras e suas organizações representativas. Apesar da importância destes avanços, ainda temos muito por avançar, na medida em que estas “causas aparentes”, ou “causas intermediárias” passem a ser questionadas e postas em xeque, com ousadia e coragem, na busca e enfrentamento das “causas das causas”, tendo por marco de referência conceitual a *teoria da determinação social do processo saúde-doença*. Ir além do *como*, em direção ao *porquê*?

Nessa direção, talvez um passo importante seria começar a utilizar o Capítulo XXI da CID-10 (Grupo Z), intitulado “**Fatores que influenciam no estado de saúde...**”, assim conceituado: “*Quando existe alguma circunstância ou problema que influi o estado de saúde de uma pessoa, porém não é em si mesmo uma doença ou lesão atual. Estes fatores podem ser descobertos em entrevistas na população, quando uma pessoa pode ou não estar enferma,*

ou pode-se registrar como um fator adicional a ser levado em conta quando a pessoa recebe atenção por alguma doença ou lesão". A própria CID lista os grandes grupos, como, por exemplo: Z55 - Problemas relacionados à **educação e alfabetização**; Z56 - Problemas relacionados a **emprego e o desemprego**; Z59 - Problemas relacionados à **moradia e circunstâncias econômicas**; Z60 - Problemas relacionados ao **ambiente social**; Z63 - Problemas relacionados ao **grupo primário de apoio, incluindo circunstâncias familiares**; Z65 – Problemas relacionados a **outras circunstâncias psicossociais**. Cada um destes grupos, por sua vez, abre espaço para quase uma dezena de “problemas” reais e cada vez mais atuais.

Por último, mas não menos importante, gostaria de destacar o importante avanço que vem sendo obtido, no reconhecimento de expressões de sofrimento (no caso, relacionados ao trabalho), não necessariamente presentes ou abrigados no conceito de “doença”, isto é, nas categorias de “doenças listadas pela CID”. Com efeito, penso que cabe aqui ser saudada e celebrada a inclusão e o reconhecimento de categorias listadas no Capítulo XVIII da CID-10 (Grupo R) (“**Sintomas, sinais, e achados anormais, etc.**”), e, no caso do(s) DVRT, a categoria **R49 – “Alterações da voz” (incluindo R49.0 – Disfonia; 49.1 – Afonia, e com abertura para R49.8 – outras alterações da voz e as não especificadas)**. No Brasil, a “nova lista de doenças relacionadas ao trabalho”, de 2020, avançou de forma importante, ao dar visibilidade e espaço de reconhecimento à categoria “sintomas”, exemplificados pela “disfonia”. Isto é um avanço libertador dos dogmas da hegemonia médica, tradicionalmente impostos ao pensamento de Saúde.

Resta, portanto, saudar a equipe idealizadora e executora deste maravilhoso livro! Ganham todos e todas!

São Paulo, setembro de 2021.

René Mendes🐼

PREFACIO

Hay un refrán célebre y divertido que dice que el prefacio de un libro se suele colocar al principio de un libro, aunque siempre se escribe solo al final de su producción, y que nadie lo lee. Por lo tanto, ¡felicitaciones a los que leyeron hasta aquí! Y voy más allá: los autores de libros y los correctores utilizan el prefacio como una forma de honrar a alguien que aman, que, incluso sin haber escrito ninguna parte, capítulo o sección de la obra, tienen el privilegio y el deber de leerlo todo, de primera mano, incluso de conocer el contenido de la obra que aceptan para redactar el prefacio. Por tanto, nosotros, los que escribimos los prefacios, somos los padrinos o madrinas del libro, del cual los demás son los padres y las madres. No podría ser diferente en este trabajo, por lo que agradezco la generosa invitación de la querida profesora Lésle Piccolotto Ferreira a escribir el prefacio de esta importante obra titulada: **Trastorno de la Voz Relacionado con el Trabajo: Conquistas y Desafíos en América Latina**, que todos los lectores tienen ahora en sus manos.

Su contenido técnico es rico, actual y actualizado. Sin embargo, afortunadamente, no se trata de un texto neutro sin 'lado', compromiso o deber, ya que, sobre todo, el libro resume una historia – o muchas historias – de luchas, logros; avances y retrocesos. Es un conocimiento colectivo elaborado con mucho esfuerzo y aún en desarrollo, ya que, como se verá a lo largo del libro, a medida que se logran avances conceptuales y prácticos, existe una mayor tensión y oposición, ya sea empresarial o de quienes apoyan el *statu quo*, el conservadurismo, la frialdad de la norma o la impunidad de las agresiones contra la clase trabajadora. Esto se puede ver principalmente en los tiempos actuales, con el aumento significativo de los ataques a los derechos sociales, laborales y de seguridad social en Brasil, América Latina y el mundo.

Así, desarrollar esfuerzos contra las fuerzas de silenciar la voz de los profesionales y organizar, escribir y lanzar un libro sobre los trastornos de la voz relacionados con el trabajo (TVRT) es algo que merece ser acogido y celebrado. En este sentido, me vino a la mente la expresión “una voz que clama en el desierto” (que se basa en Juan el Bautista en el desierto de Judea, según la narrativa bíblica del Nuevo Testamento) para definir las voces que son contrahegemónicas, que no parecen tener público o alguien dispuesto a escuchar, en fin, voces que parecen perderse en el vacío y la sequedad de suelos, corazones y mentes. Sin embargo, también me vino a la mente que el texto original sigue con el mensaje de la voz *que clamó en*

el desierto, es decir: el anuncio de nuevos tiempos, que la luz, la alegría, la redención vendrían, y que sería necesario “aplanar los caminos” para disfrutar la plenitud de estos nuevos tiempos por venir. Conmovido por la emoción, hice una analogía con este libro sobre el TVRT, que al principio puede parecer solo una voz frágil que clama en el desierto, ¡pero que muy pronto será aclamado como una obra con un gran futuro!

De hecho, cuando escucho la voz, que es el núcleo de este relevante libro, siendo abordada magistralmente por tantos profesionales capacitados que se dedican a cuidarla, es decir, la voz en sus expresiones físicas y corporales en el campo del lenguaje y la comunicación – lo cual es maravilloso en sí mismo–, también me siento llevado a pensar – tal vez incluso en *voz alta* – en la voz como el "derecho a hablar, derecho a expresar una opinión", como enseña el filólogo Houaiss en su *Diccionario Houaiss de la Lengua Portuguesa*. Y voy aún más lejos: Houaiss también enseña que la *voz activa* es la “voz del verbo en el que el sujeto practica la acción”, mientras que la *voz pasiva* es la voz “en la que el sujeto de la oración recibe la interpretación del paciente, en lugar de ser el agente de la acción verbal”. Según el filólogo en su reconocido Diccionario, “tener voz activa es tener derecho a hablar, a opinar”; es tener derecho a tener una opinión y a influir en las decisiones. En este sentido, – estoy seguro – esta es la dimensión de la voz que más necesitamos, y no podemos perderla, ni dejar que se desvanezca, se vuelva ronca y desaparezca, como un “desorden”, ¡especialmente si es “laboral”!

También debo decir que me impresionó mucho el alcance y la profundidad de este libro, que promoverá información relevante sobre el TVRT a todos los profesionales directamente relacionados – en particular, fonoaudiólogos, médicos especialistas en ORL o Medicina del Trabajo –, llegando a todas las profesiones que se dedican a promover, proteger y restaurar la salud de los profesionales, ya sea desde instituciones públicas – especialmente enfocadas a los Centros de Referencia para la Salud de los Trabajadores (CEREST) – o privadas – especialmente enfocadas a las Instituciones de Servicios Especializados en Seguridad, Salud y Trabajo Ocupacional (SESMT) –, y también a todos los profesionales involucrados en los movimientos sociales de los trabajadores, en sus compromiso de asesorar a la clase trabajadora. Al incluir historias extranjeras de profesionales de países vecinos, esta obra también tendrá alcance latinoamericano, convirtiéndose a partir de ahora en una obra de referencia, de fácil acceso y uso debido a su formato de e-book.

Como bien se describe y analiza en muchos capítulos de este libro, aunque la lucha por el reconocimiento formal de las relaciones causales entre los trastornos de la voz y los entornos y condiciones de trabajo (con sus implicaciones en términos de la acción del

gobierno y los deberes y derechos resultantes) ha avanzado mucho, no ha terminado. Se nota en el importante avance en reconocer no solo las condiciones asociadas a la acción de sustancias químicas irritantes, sino reconocer cada vez más la importancia del “trabajo con sobrecarga vocal” como factor de riesgo *per se*, además de reconocer “factores psicosociales relacionados a la característica y organización del trabajo” y “factores relacionados con el entorno laboral” como factores asociados y/o agravantes.

Así, fue un logro obtener el reconocimiento de la relevancia de "factores psicosociales relacionados con la característica y organización del trabajo", que son cada vez más intrínsecos a las nuevas morfologías del trabajo contemporáneo, tales como: jornada laboral prolongada, sobrecarga, acumulación de actividades o funciones, falta de descansos y lugares de descanso durante el día, falta de autonomía, ritmo de trabajo acelerado para cumplir con las metas, trabajo bajo mucha presión, insatisfacción con el trabajo o con una remuneración, postura y equipo inadecuados, dificultad para acceder a la hidratación y los baños, entre otros.

También se incrementó el reconocimiento de la relevancia de "factores relacionados con el ambiente de trabajo", tales como: presión sonora por encima de los niveles de confort, acústica desfavorable, mobiliario y recursos materiales inadecuados o insuficientes, malestar y choque térmico, mala calidad del aire, ventilación ambiental inadecuada, baja humedad, exposición a químicos irritantes en las vías respiratorias superiores (solventes, vapores metálicos, gases asfixiantes) y presencia de polvo o humo en el lugar de trabajo, entre otros.

Estos logros tan significativos pueden derivar en nuevas políticas, programas y acciones estructuradas que puedan transformar el “mundo del trabajo”, con el protagonismo de los trabajadores y trabajadoras y sus organizaciones representativas. A pesar de la relevancia de estos avances, aún queda un largo camino en el que estas "causas aparentes" o "causas intermedias" comienzan a ser cuestionadas y cuestionadas, enfrentando con audacia y valentía las "causas de las causas", utilizando como marco conceptual la *teoría de la determinación social del proceso de salud-enfermedad*. ¿Ir más allá del "cómo" y hacia el "por qué"?

En este sentido, sería un posible paso significativo comenzar a utilizar el Capítulo XXI de la CIE-10 (Grupo Z), titulado “Factores que influyen en el estado de salud...”, que así es conceptualizado: “*Cuando existe alguna **circunstancia o problema** que influye en el estado de salud de una persona, pero **no es en sí misma una enfermedad o lesión actual**. Dichos factores pueden obtenerse durante las encuestas de población, cuando la persona puede estar enferma o no, o registrarse como un factor adicional a tener en cuenta cuando la persona está recibiendo atención por alguna enfermedad o lesión.*” La CIE enumera los grupos

grandes, como: Z55 - Problemas relacionados con la **educación y la alfabetización**; Z56 - Problemas relacionados con el **empleo y el desempleo**; Z59 - Problemas relacionados con la **vivienda y las circunstancias económicas**; Z60 - Problemas relacionados con el **ambiente social**; Z63 - Otros problemas relacionados con el **grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares**; y Z65 – Problemas relacionados con otras **circunstancias psicosociales**. A su vez, cada uno de estos grupos se divide en casi una decena de “problemas” reales y cada vez más actuales.

Por último, pero no menos importante, también me gustaría destacar el importante avance que se ha logrado en el reconocimiento de las expresiones de sufrimiento (relacionadas con el trabajo, en este caso), no necesariamente presentes o incluidas en el concepto de "enfermedad", es decir, en las categorías de "enfermedades enumeradas por la CIE". Por lo tanto, creo que debe tenerse en cuenta y celebrar la inclusión y el reconocimiento de las categorías enumeradas en el Capítulo XVIII de la CIE-10 (códigos R) (“**Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte**”), y, con respecto al TVRT, la inclusión de la categoría **R49 - “Alteraciones de la voz” (incluido R49.0 - Disfonía; R49.1 - Afonía; R49.8 - Otras alteraciones de la voz y las no especificadas; y R49.9 - Trastorno no especificado de la voz y la resonancia)**. En este contexto, el “nuevo listado de enfermedades laborales” de 2020 en Brasil dio pasos importantes al brindar visibilidad y espacio para el reconocimiento de la categoría “síntomas”, como lo ejemplifica la “disfonía”. Esto puede entenderse como un avance liberador de los dogmas de la hegemonía médica, tradicionalmente impuestos al pensamiento relacionado con la Salud.

Por lo tanto, ¡el equipo que preparó y ejecutó este maravilloso libro debe ser elogiado!
¡Todos ganan con esta obra!

São Paulo, septiembre de 2021.

René Mendes 

FOREWORD

There is a famous and fun saying that the foreword of a book is usually placed at the beginning of a book, although it is always written only at the end of its production, and that no one reads it. So, congratulations to those who read this far! And I go further: book authors and copy editors use the foreword as a way to honor someone they love, who, even without having written any part, chapter or section of the work, has the privilege and a duty to read everything, first hand, even to know the content of the work they accept to write the foreword. Therefore, we, who write forewords, are godfathers or godmothers of the book, of which the others are the fathers and mothers. It could not be any different in this work, and so I'm grateful for the generous invitation of dear Professor Léslie Piccolotto Ferreira to me to write the foreword of this significant work entitled: **Work-Related Voice Disorder: achievements and challenges in Latin America**, that all readers now have in their hands.

Its technical content is rich, current and up to date. However, fortunately, it is not a neutral text without a 'side', commitment, or engagement, since, above all this, book summarizes a history – or many histories – of struggles, achievements; advances and setbacks. It is collective knowledge developed with much effort and still under development, since, as will be shown throughout the book, as conceptual and practical advances are achieved, there is greater tension and opposition, whether corporate or of those who support the *status quo*, conservatism, the coldness of the norm, or the impunity of the aggressions against the working class. This can be seen mainly in current times, with the significant increase in attacks on social, labor and social security rights in Brazil, Latin America and the world.

Thus, developing efforts against the forces of silencing the voice of professionals and organizing, writing and launching a book on work-related voice disorders (WRVD), is something that deserves to be welcomed and celebrated. In this sense, the expression “a voice crying out in the wilderness” came to mind (which is based on John the Baptist in the wilderness of Judea, according to the New Testament biblical narrative) to define the voices that are counter-hegemonic, which do not seem to have an audience or someone willing to listen, in short, voices that seem to get lost in the emptiness and dryness of soils, hearts and minds. However, it also came to my mind that the original text follows with the message of the *voice that cried out in the wilderness*, that is: the announcement of new times, that light,

joy, redemption were to come, and that it would be necessary to “flatten the paths” to enjoy the fullness of these new times to come. Touched by emotion, I made an analogy with this book about the WRVD, which at first may seem like just a fragile voice crying out in the wilderness, but which will very soon be hailed as a work with a great future!

Indeed, when I hear the *voice*, which is the core of this relevant book, being masterfully addressed by so many skilled professionals who are dedicated to caring for it, that is, the voice in its physical and bodily expressions in the field of language and communication – which is wonderful in itself –, I am also led to think – maybe even *out loud* – of *voice* as the “right to speak, right to express an opinion”, as the philologist Houaiss teaches in his *Houaiss Dictionary of the Portuguese Language*. And I go even further: Houaiss also teaches that the *active voice* is the “voice of the verb in which the subject practices the action”, while the *passive voice* is the voice “in which the subject of the sentence receives the interpretation of the patient, instead of being the agent of the verbal action”. According to the philologist in his renowned *Dictionary*, “having an active voice is having the right to speak, to express one's opinion”; it is having the right to have an opinion, and to influence decisions. In this sense, – I'm sure – this is the voice dimension we need most, and we can't lose it, or let it fade, get hoarse, and disappear, as a “disorder”, especially if “work-related”!

I must also say that I was very impressed with the scope and depth of this book, which will promote relevant information about the WRVD to all directly related professionals – in particular, speech-language pathologists, physicians specializing in ENT or Occupational Medicine –, reaching all professions that are dedicated to promoting, protecting and restoring the health of professionals, whether from public – especially focused on the Workers' Health Referral Centers (CEREST) – or private – especially focused on the Occupational, Safety and Health Specialized Services (SESMT) – institutions, and also to all professionals involved in workers' social movements, in their commitment to advising the working class. By including foreign reports by professionals from neighboring countries, this work will also have a Latin American reach, becoming from now on a reference work, with easy access and use due to its e-book format.

As well described and analyzed in many chapters of this book, although the struggle for formal recognition of the causal relationships between voice disorders and working environments and conditions (with its implications in terms of Government action, and the resulting duties and rights) has come a long way, it is not over. It can be noticed in the significant advance in recognizing not only the conditions associated with the action of irritating chemical substances, but increasingly recognizing the importance of “work with

vocal overload” as a risk factor *per se*, in addition to recognizing “psychosocial factors related to the characteristic and organization of work” and “factors related to the work environment” as associated and/or aggravating factors.

Thus, it was an achievement to obtain recognition of the relevance of "psychosocial factors related to the characteristic and organization of work", - which are increasingly intrinsic to the new morphologies of contemporary work, such as: prolonged working hours, overload, accumulation of activities or functions, lack of breaks and rest places during the day, lack of autonomy, accelerated work pace to meet goals, work under heavy pressure, dissatisfaction with work or with inadequate remuneration, posture and equipment, difficulty in accessing hydration and toilets, among others.

There was also an increase in the recognition of the relevance of "factors related to the work environment", such as: sound pressure above comfort levels, unfavorable acoustics, inadequate or insufficient furniture and material resources, discomfort and thermal shock, poor air quality, inadequate ambient ventilation, low humidity, exposure to irritating chemicals in the upper airways (solvents, vapors metals, asphyxiating gases) and presence of dust or smoke in the workplace, among others.

These extremely significant achievements can lead to new policies, programs and structured actions that can transform the “world of work”, with the leading role of male and female workers and their representative organizations. Despite the relevance of these advances, there is still a long journey as these "apparent causes" or "intermediate causes" start to be questioned and challenged, boldly and courageously facing the "causes of causes", using the *theory of social determination of the health-disease process* as a conceptual framework. Going beyond the "how" and toward the "why"?

In this sense, it would be a possible significant step to start using Chapter XXI of the ICD-10 (Group Z), entitled “Factors influencing health status...”, thus conceptualized: “*When some **circumstance or problem** is present which influences the person's health status but is **not in itself a current illness or injury**. Such factors may be elicited during population surveys, when the person may or may not be currently sick, or be recorded as an additional factor to be borne in mind when the person is receiving care for some illness or injury.*” The ICD lists the large groups, such as: Z55 - Problems related to **education and literacy**; Z56 - Problems related to **employment and unemployment**; Z59 - Problems related to **housing and economic circumstances**; Z60 - Problems related to **social environment**; Z63 - Other problems related to **primary support group, including family circumstances**; and Z65 –

Problems related to other **psychosocial circumstances**. In turn, each of these groups is divided into nearly a dozen real and increasingly current “problems”.

Last but not least, I would also like to highlight the important advance that has been made in the recognition of expressions of suffering (related to work, in this case), not necessarily present or included in the concept of "disease", that is, in the categories of “diseases listed by the ICD”. Thus, I believe that it should be noted and celebrated the inclusion and recognition of categories listed in Chapter XVIII of the ICD-10 (R-codes) (“**Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified.**”), and, with respect to WRVD, the inclusion of the category **R49 - “Voice and resonance disorders”** (including **R49.0 - Dysphonia; R49.1 - Aphonia; R49.8 - Other voice and resonance disorders; and R49.9 - Unspecified voice and resonance disorder**). In this context, the “new list of work-related diseases” of 2020 in Brazil took important steps forward by providing visibility and space for recognition to the category “symptoms”, as exemplified by “dysphonia”. This can be understood as a liberating advance from the dogmas of medical hegemony, which are traditionally imposed on thought related to Health.

Therefore, the team that developed and prepared this wonderful book must be praised!
Everyone wins with this work!

São Paulo, September, 2021.

René Mendes🐁

PARTE I

CAPÍTULO 1: SAÚDE DO TRABALHADOR NO ÂMBITO DA SAÚDE COLETIVA

Maria Maeno 

Introdução

Ao definir que a saúde deve ser garantida “mediante 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, 1988¹, art. 196), a Constituição Federal incorporou o conceito de que a saúde não é definida predominantemente por aspectos biológicos e genéticos e sim por condições sociais de vida e trabalho das pessoas, processo possível graças à intensa efervescência social na década de 1970 e 1980, cujos protagonistas foram

...movimentos populares, trabalhadores em saúde, usuários, intelectuais, sindicalistas e militantes dos mais diversos movimentos sociais, que também se constituíram no mesmo período. Entre esses últimos, com importantes repercussões nas práticas de saúde, encontram-se o movimento feminista, a luta antimanicomial e o novo sindicalismo, além de inúmeras organizações não-governamentais, e outras entidades da sociedade civil que passaram a se destacar na luta pela democracia e por direitos de cidadania, como no caso dos portadores do HIV (GOUVEIA e PALMA, 1999², p. 139).

Firmava-se um terreno no qual políticas públicas poderiam germinar na busca da diminuição da iniquidade social, criando-se condições para se transpor as ideias para o plano da vida concreta da população, parte do movimento da Reforma Sanitária, que semeou condições para a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, na qual o arcabouço do Sistema Único de Saúde (SUS) foi desenhado pelos cinco mil representantes dos diversos segmentos da sociedade. Essa CNS foi presidida por Sérgio Arouca, médico sanitarista, considerado um dos principais ideólogos do SUS¹.

A inclusão do trabalho como um dos determinantes sociais da saúde e da doença e a definição de que as ações de saúde do trabalhador fazem parte das atribuições constitucionais do SUS (BRASIL, 1988¹, artigo 200, inciso II) são objeto de reflexão deste capítulo de livro,

¹ Biblioteca Virtual Sérgio Arouca. Disponível em [Introdução - Biblioteca Virtual Sergio Arouca \(fiocruz.br\)](https://www.fiocruz.br/biblioteca-virtual-sergio-arouca) > acesso em 09/07/2021.

compreendido o trabalhador como todo aquele que vende sua força de trabalho para sobreviver.

O trabalho, a vida e a saúde

Nenhuma base de dados sobre emprego, trabalho e trabalhadores expressa os complicados mosaicos que constituem os mundos do trabalho contemporâneo, seus riscos, perigos e penosidades em escala mundial.

As profundas alterações realizadas na legislação trabalhista, pela Lei n. 13.467/17 (BRASIL, 2017³), são emblemáticas de um avanço do neoliberalismo com diminuição de direitos, que desde o final do século XIX vêm se constituindo no arcabouço do Direito do Trabalho no Brasil, inaugurado com o Decreto n. 1313, de 17 de janeiro de 1891, que vedava o trabalho de menores de doze anos nas fábricas do Rio de Janeiro (BRASIL, 1891⁴).

Alardeadas como medidas de modernização, de diminuição do desemprego, de liberdade e livres negociações com pouca intervenção do Estado, de fato, essas mudanças aprofundaram a precarização da vida e das relações de trabalho, fazendo prevalecer o negociado sobre o legislado, com evidentes repercussões sobre a saúde dos trabalhadores e de suas famílias.

Para analisar alguns aspectos legais e suas repercussões sobre a saúde dos trabalhadores, a título de exemplo, serão utilizadas duas modalidades de contratos de trabalho atuais.

Consagrou-se o contrato de trabalho intermitente, segundo o qual os trabalhadores podem ser convocados pelas empresas para que prestem serviços por horas, dias ou meses. Recebida a convocação, o trabalhador tem o prazo de um dia útil para responder ao chamado. No entanto, a jornada de trabalho deve ser informada pela empresa com três dias corridos de antecedência. Caso o trabalhador não responda presume-se a recusa. Caso aceite e desista sem justo motivo, deve pagar uma multa de 50% da remuneração, sem que se especifique qual seria esse “justo motivo”. À empresa também cabe multa similar em caso de descumprimento do compromisso. O trabalhador deixa de ter garantia a um salário fixo mensal e sua jornada de trabalho e ganhos passam a depender da necessidade do empregador. Pensemos em uma fabricante de um determinado produto de varejo mais procurado em determinadas épocas do ano. Durante o período em que a produção é menor, o trabalhador pode ser colocado em “período de inatividade”, legalmente não considerado tempo à disposição do empregador, podendo o trabalhador prestar serviço a outros contratantes (BRASIL, 2017³, art. 452-A).

Considerando que as pessoas que vivem do trabalho não podem prescindir de ganhos por um dia sequer, um trabalhador tentará sempre estar em atividade com um ou mais contratantes. Em um determinado momento, se estiver em atividade em tempo parcial com uma empresa e responder positivamente a uma outra, ao ser informado da jornada três dias antes, poderá constatar incompatibilidade de horário, o que incorrerá em multa a esse trabalhador, caso desista da nova oferta. Essa instabilidade leva o trabalhador à situação de, em caso de adoecimento, minimizar os sintomas e as limitações para não perder oportunidades de se manter em atividade laboral o máximo de tempo possível, premissa para que possa se sustentar materialmente. A tendência será de aumento do presenteísmo² com cronificação de doenças e agravamento de incapacidades, resultantes de interrupções de tratamentos e acompanhamento inadequado.

O teletrabalho, modalidade de trabalho utilizada há vários anos expandiu-se por necessidade sanitária durante a pandemia de COVID-19 oficializada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020³. Na América Latina, dados da Organização Internacional do Trabalho (2021⁷) mostram que cerca de 23 milhões de trabalhadores estavam em teletrabalho no segundo trimestre de 2020 e que 20 a 30% dos assalariados trabalharam em casa. No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020⁸), por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, realizada semanalmente durante a pandemia (PNAD-COVID-19), o número de pessoas em trabalho remoto atingiu o pico na semana de maio a 6 de junho de 2020, com 8,9 milhões.

O teletrabalho, regulamentado pela Lei n. 13.467 (BRASIL, 2017³, Capítulo II-A) foi excluído da regulação da jornada de trabalho (BRASIL, 1943⁹, Capítulo II), a despeito da existência de recursos eletrônicos capazes de limitar a duração do tempo de trabalho diário. A justificativa é de que o teletrabalhador tem autonomia para trabalhar quando lhe aprouver, sem a necessidade de se restringir o tempo de trabalho; no entanto, a pandemia deu notoriedade a uma condição pré-pandêmica que já atingia os trabalhadores, que variava de jornadas prolongadas à conexão continuada, suscitando reflexões, particularmente no campo jurídico, sobre o direito à desconexão (Souto Maior, 2003¹⁰; Almeida e Severo, 2016¹¹).

² Presenteísmo é um fenômeno decorrente da precarização do trabalho e consiste no fato de as pessoas continuarem a trabalhar mesmo doentes, por diversos motivos, entre os quais o medo de perder o emprego, pressão direta ou indireta de chefias, medo de não atingir metas e outros aspectos relacionados à organização e gestão do trabalho (ELKELES e SELIGMANN-SILVA, 2010⁵; MORAES et al., 2021⁶).

³ OMS classifica coronavírus como pandemia. 11 de março de 2020. Disponível em <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/03/oms-classifica-coronavirus-como-pandemia>. Acesso em 10 de julho de 2021.

A Constituição Federal, por um lado, determina vários direitos sociais referentes à limitação do tempo dedicado às atividades laborais, entre os quais, máximo de “duração do trabalho normal não superior a oito horas diárias e quarenta e quatro semanais”, repouso semanal remunerado preferencialmente aos domingos, gozo de férias anuais remuneradas, licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias. De outro lado, abre exceção à vedação à acumulação remunerada de cargos públicos para professores e cargos privativos para profissionais de saúde, o que corresponde à realidade até empírica do cotidiano de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, técnicos de radiologia, fisioterapeutas, professores, entre outros, que frequentemente têm mais de um vínculo empregatício e muitos ainda acumulam “bicos” com a atividade de cuidado, de reabilitação física e aulas particulares, para citar exemplos. Quanto maior é o desequilíbrio entre os ganhos e os gastos das famílias, maior é o tempo que cada membro dedica ao trabalho. Os recursos tecnológicos potencializam o excesso do tempo de vida dedicado ao trabalho em qualquer atividade por meio de aplicativos e plataformas, o que vem sendo chamado de *uberização* do trabalho. ANTUNES¹² (2020) organizou publicação de vários pesquisadores que analisam os diversos aspectos sociais, jurídicos, existenciais e sanitários deste passo decisivo para o aprofundamento da precarização da vida dos trabalhadores e de suas famílias.

Baseadas em estudo realizado em 194 países, de 2000-2016, a OMS e a OIT estimam que pessoas submetidas a jornadas de trabalho de 55 horas ou mais por semana têm risco aumentado para a ocorrência de doença cardíaca isquêmica e acidente vascular cerebral (PEGA et al., 2021¹³).

Quanto a repercussões na saúde mental, inúmeras são as expressões de adoecimento relacionadas aos múltiplos aspectos que caracterizam os cenários do trabalho contemporâneo, incluindo além do tempo excessivo dedicado ao trabalho, sistema de metas e avaliação de desempenho a ele condicionada, submissão a condições de trabalho perigosas, insalubres, penosas e humilhantes, ritmo extenuante, instabilidade e possibilidade de desemprego por tempo prolongado. Estudos, normas técnicas e dispositivos legais reconhecem transtornos psíquicos relacionados ao trabalho, entre os quais depressão, *burnout* ou esgotamento profissional, transtorno do estresse pós-traumático, ansiedade, alcoolismo, alterações do sono, síndrome do pânico (BRASIL, 1999¹⁴; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001¹⁵; SELIGMANN-

SILVA, 2012¹⁶). Na 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), o caráter ocupacional do burnout foi reconhecido⁴.

Um outro aspecto a ser abordado é o acesso a direitos pelos trabalhadores formais nos momentos em que estiverem incapacitados para o trabalho por motivo de lesão ou doença. Aos segurados do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), a legislação determina o direito a benefícios previdenciários a título de aposentadoria e pensões, além de auxílio-doença, ao qual o trabalhador tem direito a partir do décimo sexto dia de incapacidade para o trabalho, mediante avaliação pericial realizada por médico perito federal. Nos casos em que uma lesão ou doença é reconhecida pela perícia como sendo relacionada ao trabalho, o auxílio-doença é de espécie acidentária, o que confere ao segurado alguns direitos diferenciados, quais sejam, inexistência de carência para acesso ao benefício, o que é importante para os segurados com menos de 12 contribuições, exigência nos casos de lesões ou doenças decorrentes de acidentes ou doenças não ocupacionais; recolhimento de Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) pelo empregador durante o tempo de afastamento, que não ocorre nos casos não reconhecidos como ocupacionais; estabilidade de 12 meses a partir do retorno ao trabalho, direito inexistente nos casos comuns; direito ao auxílio-acidente no valor de 50%, o que corresponde à metade do salário de benefício da época do acidente até a data da aposentadoria, em caso de redução parcial e permanente da capacidade de trabalho, o que é direito somente para casos de acidentes de qualquer natureza e doenças ocupacionais e em caso de morte, seus dependentes têm direito a uma pensão calculada a partir de 100% da média de salários de contribuição desde julho de 1994, enquanto a pensão comum é calculada sobre 60% (BRASIL, 1991¹⁷).

A condição de segurado é adquirida, mediante uma inscrição e pagamentos mensais a título de Previdência Social, pelo empregado, trabalhador avulso, empregado doméstico, contribuinte individual, segurado especial e facultativo. A perda da qualidade de segurado se dá quando houver interrupção dos recolhimentos ao INSS e nesse caso o trabalhador não tem direito a benefícios previdenciários, a partir do 16º dia do segundo mês subsequente ao término do prazo em que estava no período de graça⁵, incluídas prorrogações previstas na legislação.

⁴ Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases (who.int)

⁵ Período de graça é o tempo em que mesmo sem recolhimento das contribuições ao INSS, o trabalhador mantém a sua condição de segurado: 1. sem limite de prazo enquanto o cidadão estiver recebendo benefício previdenciário, como auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, bem como auxílio-acidente ou auxílio-suplementar; 2. até 12 (doze) meses após o término de benefício por incapacidade (por exemplo auxílio-doença), salário maternidade ou do último recolhimento realizado para o INSS quando deixar de exercer atividade remunerada (empregado, trabalhador avulso, etc) ou estiver suspenso ou licenciado sem remuneração;

A instabilidade nos contratos de trabalho aumenta a possibilidade de o trabalhador perder sua condição de segurado e ser jogado para a informalidade, o que o torna desprovido de direitos. E para os segurados, a intermitência e irregularidade de contratos ativos tende a aumentar a dificuldade de caracterização de eventos relacionados ao trabalho, principalmente em casos de doenças, como as classificadas entre as Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/Dort), transtornos psíquicos, transtornos vocais e neoplasias, estas com tempo de latência geralmente longo.

No teletrabalho as dificuldades tendem a se adicionar mesmo nos casos de acidentes traumáticos, mais facilmente caracterizados no trabalho presencial. Em casos de doenças, a própria lei trabalhista define procedimentos que carregam o conceito de que o adoecimento é resultado de comportamentos individuais, ao mandar que o “empregador deverá instruir os empregados, de maneira expressa e ostensiva, quanto às precauções a tomar a fim de evitar doenças e acidentes de trabalho”. E imputa responsabilidade ao trabalhador pelo adoecimento, na medida em que se define que o “empregado deverá assinar termo de responsabilidade comprometendo-se a seguir as instruções fornecidas pelo empregador” (BRASIL, 2017³, artigo 75-E). Esses dispositivos levam ao raciocínio de que os adoecimentos são decorrentes de descumprimento de orientações do empregador, que se referem à alimentação, à prática de exercícios físicos e ao cuidado com a saúde mental, sem no entanto, se promover mudanças nos aspectos organizacionais estruturais do trabalho, que de fato adoecem os trabalhadores. Emblemático dessa linha de pensamento é o parágrafo único do artigo 611-B da CLT (Brasil, 2017³), cujo enunciado diz que “Regras sobre duração do trabalho e intervalos não são consideradas como normas de saúde, higiene e segurança do trabalho para os fins do disposto neste artigo.” Mas como, se inúmeros estudos justamente incluem o limite da duração do trabalho como um dos elementos essenciais para a saúde?

Há como proteger a saúde dos trabalhadores?

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) detalha o que a Constituição Federal denomina como saúde do trabalhador em seu Artigo 5º, Parágrafo terceiro:

3. até 12 (doze) meses após terminar a segregação, para os cidadãos acometidos de doença de segregação compulsória; 4. até 12 (doze) meses após a soltura do cidadão que havia sido detido ou preso; 5. até 03 (três) meses após o licenciamento para o cidadão incorporado às forças armadas para prestar serviço militar; 6. até 06 (seis) meses do último recolhimento realizado para o INSS no caso dos cidadãos que pagam na condição de “facultativo”. <https://www.gov.br/inss/pt-br/saiba-mais/seus-direitos-e-deveres/qualidade-de-segurado>. Acesso em 15/07/2021.

§ 3º 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 à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho,... (BRASIL, 1990¹⁸)

As atividades às quais se refere a LOS abrangem ações curativas e reabilitacionais aos trabalhadores acidentados ou adoecidos pelo trabalho, estudos e pesquisas sobre processos de trabalho e tecnologia e seus potenciais impactos sobre a saúde, bem como formas de prevenção, destacado o direito do trabalhador e da entidade sindical à informação sobre riscos de agravos à saúde. De fato, a saúde do trabalhador é introduzida como parte da saúde coletiva, sendo válidas as diretrizes do SUS de universalidade, integralidade e participação da comunidade.

Do ponto de vista normativo, há duas “políticas nacionais” que versam sobre a relação saúde e trabalho. Uma delas, publicada em 2011, denominada Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (BRASIL, 2011¹⁹), doravante chamada Política Nacional de SST, fruto de negociação em comissão tripartite, composta por representantes de empregadores, trabalhadores e governo. A outra, denominada Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, publicada em portaria do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012²⁰).

Não se poderia fazer melhor síntese do que faz VASCONCELLOS²¹ (2013) quando aponta aspectos para comentar dada situação, em seu artigo “Duas políticas, duas vigilâncias, duas caras”. Começa dizendo sobre as duas políticas:

Ao erigir duas políticas de saúde do trabalhador, o Estado brasileiro assumiu sua intenção de ter NENHUMA política de Estado para a área. Quem tem duas não tem uma. Demonstra-se que se cria uma coisa com o SUS e outra coisa no SUS. É nenhuma política de Estado porquanto fragmenta, titubeia, virtualiza, mostra um Estado partido e envergonhado de assumir uma direcionalidade uma de suas estruturas. Como resposta contra-hegemônica a este “buraco” político do Estado, existe uma política de fato (mais propriamente um conjunto de ações de fato) no âmbito do SUS, mas compreensivelmente débil, frágil, pontual e pouco resolutiva, a despeito do esforço feito pela Coordenação Nacional de Saúde do Trabalhador do SUS e por uma parcela expressiva da Renast. É nela que se abriga “o povo da saúde do trabalhador”, em que reside a resistência à realidade imposta pela conjuntura tão bem assinalada no artigo principal.

Enquanto diversas corporações e instituições se mantiverem reativas e não compreenderem que o SUS é o responsável pela condução das políticas de saúde pública no Brasil e que a saúde do trabalhador, no seu todo, é uma política de saúde pública, andaremos sem um marco referencial legal e legítimo de política de Estado estruturante para a área (Vasconcellos, 2013²¹).

Em comunhão com a essência desta síntese feita pelo autor, mas a título de observação, a existência de duas políticas formalizadas, de fato, favorece o lado mais forte da

relação capital e trabalhadores. Seria necessário que os dispositivos legais fossem analisados em profundidade à luz da realidade, mas apenas como exemplo do pêndulo favorável aos interesses do capital, destaque-se que da Política Nacional de SST, a partir de suas diretrizes, foi elaborado um Plano publicado em 2012⁶, com detalhamento de ações. A elaboração desse Plano incluiu a participação de atores sociais que impressionam e animam aqueles que buscam um acordo escrito, na esperança de que a transposição papel-mundo real seja facilitada. Representando o governo federal, os Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência Social, representando os empregadores a Confederação Nacional da Agricultura e Pecuária do Brasil, a Confederação Nacional da Indústria, a Confederação Nacional das Instituições Financeiras, a Confederação Nacional do Comércio e a Confederação Nacional do Transporte e representando os trabalhadores, a Central Geral dos Trabalhadores do Brasil, a Central Única dos Trabalhadores, a Força Sindical, a Nova Central Sindical dos Trabalhadores e a União Geral dos Trabalhadores. A simples visualização dessa composição de forças empresariais nos coloca a escassa possibilidade de traçar uma política que provoque mais que ranhuras nos interesses das grandes corporações oligopolistas de setores economicamente estratégicos do país.

Sem a pretensão de fazer uma análise sobre esse processo, destaque-se o fato de que nenhum passo significativo foi dado na construção de um real arcabouço protetor, só possível em situação de participação e mobilização social que exija a integração intragovernamental em ações que tensionem o modelo econômico na conjuntura geopolítica mundial e que possibilitem raios de democracia nas relações de trabalho e no cotidiano dos trabalhadores.

Algumas questões em pauta

Embora pareça óbvio, durante séculos, várias teorias se sucederam até que se passasse a ser irrefutável o fato de que a saúde e a doença das pessoas são determinadas pelo lugar que ocupam na sociedade em que vivem, com seus aspectos sociais, econômicos, educacionais, culturais, étnicos, raciais, de gênero e de acesso a equipamentos de atenção à saúde. BUSS e PELLEGRINI FILHO (2007²²) relatam que no Brasil, só em março de 2006 foi criada a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), com o objetivo de promover estudos, “recomendar políticas para a promoção da equidade em saúde e mobilizar

⁶ Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, 2012. Disponível em <https://www.gov.br/trabalho/pt-br/inspecao/escola/e-biblioteca/plano-nacional-de-seguranca-e-saude-no-trabalho-plansat.pdf>. Acesso em 11/07/2021.

setores da sociedade para o debate e posicionamento em torno dos determinantes sociais da saúde e do enfrentamento das iniquidades de saúde”.

Sob essa premissa é fundamental que se desenhe uma estratégia ampla que seja capaz de ter a saúde como um dos objetos centrais das lutas sindicais e sociais, expondo aos olhos de todos o que se passa nos bastidores dos diversos cenários das atividades de trabalho. Não é possível que a sociedade continue a aceitar um modelo econômico e político que imponha uma profunda desigualdade social e entre os trabalhadores, cuja maioria enfrenta cotidianamente condições que reconhecidamente são causas de acidentes, mortes e doenças. Não é aceitável que trabalhadores passem por humilhações, pressões e ameaças que os façam sofrer diariamente, que lhes causem doenças com grandes repercussões em suas vidas e de suas famílias. Não é possível compactuar com o fato de que milhões de pessoas sejam obrigadas a continuar trabalhando mesmo doentes, por não terem como sobreviver se pararem de trabalhar para se recuperar. Não é aceitável que sigilos de qualquer ordem calem os sistemas de informação oficiais e protejam empresas que matam e adoecem jovens, pais e mães de família, como ocorre desde tempos imemoriais.

Uma luta contra esse estado de coisas não diz respeito apenas a determinados setores específicos da sociedade, mas sim à grande maioria do povo, em especial a aqueles que vivem do trabalho. O SUS se constitui em um grande aliado da luta pela saúde, com sua capilaridade capaz de alcançar cem por cento da população e seus domicílios que, ao mesmo tempo camuflam locais de trabalho para muitos, as empresas em que trabalham, por meio da estratégia de saúde da família, das equipes de vigilância sanitária e da atenção domiciliar, estrutura organizacional cuja gestão tem prevista a participação das comunidades em nível municipal, estadual e federal. Embora seja essencial, isso não é suficiente, pois junto a reestruturações internas para garantir a integralidade e melhoria da qualidade das ações, paralelamente se faz necessária a articulação intra e intersetorial em uma frente que tenha como bandeira a não aceitação da situação como ela tem se colocado até então e que tenha como norte a diminuição das desigualdades e a conquista de direitos humanos, trabalho digno e saúde.


Referências bibliográficas

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

2. Gouveia R, Palma JJ. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. Estudos Avançados. 1999; [acesso em 9 de julho de 2021]; 13 (35): 139-146. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ea/a/d396dhqnvKJn4YL4jCLVrvy/>
3. Brasil. Lei Nº. 13.467 de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei Nº. 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis n º 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Diário Oficial da União 14 julho 2017; p.1; [acesso em 10/07/2021]. Disponível em <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=13467&ano=2017&ato=91eUTTU5EeZpWTaca>
4. Brasil. Lei Nº. 1.313, de 17 de janeiro de 1891. Estabelece providências para regularizar o trabalho dos menores empregados nas fábricas da Capital Federal. Coleção de Leis do Brasil 1891; página 326, vol. 4; [acesso em 10/07/2021]. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1313-17-janeiro-1891-498588-publicacaooriginal-1-pe.html>
5. Elkeles T, Seligmann-Silva E. Trajetórias recentes dos distúrbios osteomusculares em dois contextos nacionais – Brasil e Alemanha. In: Glina DMR, Rocha LE, organizadoras. Saúde mental e trabalho: da teoria à prática. São Paulo: Roca; 2010, p. 302-334.
6. Moraes ARC, Alves AFO, Caetano MD, Navarro VL, Galon T. Presenteísmo em trabalhadores da enfermagem: reflexos da radicalidade da exploração do trabalho. In: Vizzacaro-Amaral A, Alves G, organizadores. Trabalho, saúde e barbárie social: pandemia, colapso ecológico e desenvolvimento humano. Marília, SP: Projeto Editorial Praxis; 2021; p 210-228.
7. Organização Internacional do Trabalho. Serie Panorama Laboral en América Latina y el Caribe 2021. Desafíos y oportunidades del teletrabajo em América Latina y el Caribe, Roxana Maurizio, Ginebra, Julio 2021; [acesso em 10/07/2021]. Ginebra: OIT, 2021. (OIT. Nota Técnica). Disponível em https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_811301.pdf
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD–COVID 19: Trabalho – Desocupação, renda, afastamentos, trabalho remoto e outros efeitos da pandemia no trabalho, entre 20/09 e 26/09/2020. Rio de Janeiro, 2020; [acesso em 10/07/2021]. Disponível em <https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/trabalho.php>
9. Brasil. Decreto-Lei Nº. 5.452, de 1 de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial da União 9 agosto 1943; p. 11937; [acesso em 10/07/2021). Disponível em <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEL&numero=5452&ano=1943&ato=7da0TWq5kMjpmT218>
10. Souto Maior JL. Do direito à desconexão. 2003; [acesso em 10/07/2021]. Disponível em https://www.jorgesoutomaior.com/uploads/5/3/9/1/53916439/do_direito_à_desconexão_d_o_trabalho.pdf
11. Almeida AE; Severo VS. Direito à desconexão nas relações sociais de trabalho. São Paulo: LTR Editora; 2016.
12. Antunes R, organizador. Uberização, trabalho digital e indústria 4.0. São Paulo: Boitempo; 2020.
13. Pega F, Náfrádi B, Momen NC, Ujita Y, Streicher KN, Prüss-Üstün AM et al. Global, regional, and national burdens of ischemic heart disease and stroke attributable to exposure to long working hours for 194 countries, 2000-2016: A systematic analysis from the WHO/ILO joint estimates of the work-related burden of disease and injury.

- Environment International 2021; 54: 1-15; [acesso em 10/07/2021]. Disponível em <https://bitlybr.com/Mfdx>
14. Brasil. Decreto Nº. 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Diário Oficial da União 7 de maio de 1999; p. 50; [acesso em 13/07/2021]. Disponível em <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=3048&ano=1999&ato=931oXSE5keNpWT08f>
 15. Ministério da Saúde (BR). Representação no Brasil da OPAS/OMS. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Dias et al, organizadores. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.
 16. Seligmann-Silva E. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez Editora; 2012.
 17. Brasil. Lei Nº. 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União 15 julho 1991, p. 14.809; [acesso em 13/07/2021]. Disponível em <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=8213&ano=1991&ato=9ecETSE9UMFpWT829>
 18. Brasil. Lei Nº. 8.080/1990, de 19 de setembro de 1990. Dispõe as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 20 setembro 1990; -p. 1; [acesso em 10/07/2021]. Disponível em <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=8080&ano=1990&ato=9f7gXSq1keFpWT905>
 19. Brasil. Decreto Nº. 7.602/2011, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. Diário Oficial da União 8 de novembro de 2011; p. 9; [acesso em 10/07/2021]. Disponível em: Base Legislação da Presidência da República - Decreto Nº. 7.602 de 07 de novembro de 2011 (presidencia.gov.br).
 20. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº. 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União 24 agosto 2012; n. 165, Seção I, p. 46-51; [acesso em 10/07/2021]. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html
 21. Vasconcellos LCF. Duas políticas, duas vigilâncias duas caras. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 2013; 38 (128): 179-198; [acesso em 10/07/2021]. Disponível em: [debatedor_Fadel.indd \(scielo.br\)](#)
 22. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2007; 17 (1): 77-93 [acesso em 10/07/2021]. Disponível em <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf>

CAPÍTULO 2: A CONSTRUÇÃO MULTIDISCIPLINAR E INTERPROFISSIONAL DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Ildeberto Muniz de Almeida 

Vivian Aline Mininel 

Introdução

O campo da Saúde do Trabalhador (ST) pressupõe a articulação de ações intrasetoriais, envolvendo os diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS) nas três esferas de governo, e intersetoriais, contemplando setores como Previdência Social, Secretaria do Trabalho, Sindicatos, dentre outros. Além disso, implica na atuação multidisciplinar e interprofissional entre os múltiplos atores que compõem este vasto campo, incluindo o próprio trabalhador, protagonista da ST.

Nas últimas décadas, o processo de construção da ST, enquanto campo de práticas do SUS e de ensino e pesquisa, pode ser descrito como a principal força transformadora atuante nas relações entre saúde e trabalho no Brasil. Em paralelo, é possível apontar a emergência do Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP), do Fator Acidentário Previdenciário (FAP) e das ações regressivas envolvendo atores como a Previdência Social e o Ministério Público do Trabalho, de alcance transformador localizado.

As mudanças mais importantes acumularam-se no desenho jurídico-institucional do SUS com a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), a institucionalização dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), a criação de marcos reguladores de sua atuação na Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), a implantação de ações de saúde do trabalhador também na rede básica de saúde e muitas outras novidades no âmbito de serviços públicos de saúde.

Uma das principais mudanças embutidas nesse processo é cultural. O campo da ST nasce e é difundido como multidisciplinar e interprofissional. Os serviços precisam montar equipes a serem definidas em conformidade com a situação sanitária de seus territórios de atuação. Agir em conformidade com princípios como o da integralidade, da universalidade,

em redes de serviços organizadas de modo hierarquizado exige a articulação e a colaboração de saberes que ultrapassam aqueles da concepção de saúde biologicista prevalente durante décadas.

A abordagem desenvolvida nesse texto orienta-se por essa perspectiva, sem perder de vista que, no período mais recente, surgiram limites importantes ao avanço da trajetória acima citada.

No mundo do trabalho o processo de globalização inclui forças poderosas que estimulam a precarização das relações e condições de trabalho, o desmonte do aparato governamental de atuação na regulação do trabalho, o crescimento da terceirização, da economia gerida por plataformas e outros impactos da digitalização do trabalho, inclusive com a fragilização de organizações de trabalhadores que resistem a essas mudanças (a mudança inclui atualização - a recriação do Ministério). Em janeiro de 2019, O Ministério do Trabalho foi extinto oficialmente sendo recriado em julho de 2021 como Ministério do Trabalho e Previdência Social sendo mantida proposta de revisão das normas relativas à segurança e à saúde no Trabalho. Trata-se de processo político, que não se dá sem resistências, mas em que há aparente predomínio da flexibilização de normas conduzida sem referências às mudanças de proteção da saúde e segurança em um mundo globalizado e em que persistem os velhos problemas - e no qual o trabalho mantém-se como principal determinante do processo saúde-doença.

O que o trabalho tem a ver com a saúde?

A compreensão do trabalho como um importante determinante da saúde ou da doença dos indivíduos é indispensável para incluí-lo na investigação cotidiana das necessidades em saúde. A Figura 01 será usada como ajuda à resposta a essa pergunta e deve ser pensada tanto na abordagem de caso individual como na de populações de um dado território, considerando os papéis da equipe de saúde, e não apenas de um único profissional.

A abordagem aqui defendida preconiza atuação apoiada em práticas e decisões coletivas e colaborativas, que incorporem a participação dos trabalhadores reconhecendo seus saberes e o fato de que desempenham papel ativo nos processos saúde-doença. Em outras palavras, quando as práticas de gestão e as escolhas de organização do trabalho limitam a participação dos trabalhadores, estes estarão em posição mais vulnerável e também mais propensos a desenvolverem agravos de saúde decorrentes das exposições relacionadas ao

trabalho. É sabido que essa não é a situação habitual na maioria dos coletivos de trabalho, mas essa possibilidade é defendida como desejável.

Fig 01. Para Pensar a relação entre saúde e trabalho

Trabalho e usos do corpo				
Eventos e exposições potenciais de risco x possibilidades e capacidades de defesa ind e colet.	Dano à saúde	Déficit anatômico e ou funcional	Impacto na capacidade para o trabalho	Acesso a direitos sociais (civis, previd, etc)

Fonte: Organizado pelos autores

Usos do corpo, exposições, margens de manobra e defesas

O esquema começa destacando que o trabalho implica em usos do corpo em sentido amplo. Isso significa a mobilização do corpo físico e psíquico (cognitivo e afetivo), assim como em relações sociais em situação que também envolve interações com materiais (matérias-primas, produtos químicos, etc.) e equipamentos (comportamentos envolvendo interações no trabalho) num dado espaço físico (galpão, enfermaria, etc., em que há móveis distribuídos em função de dimensões e fluxos de usos) e organização da produção (metas, aspectos de qualidade, etc.), de tempos e de relações (hierárquicas, de cooperação, de competição, etc.).

As escolhas de gestão tendem a determinar quais serão os meios materiais e humanos disponíveis para a realização das tarefas em situações normais e em eventualidades (como pandemia e aumento sazonais de demanda) e também se os trabalhadores terão margens de liberdade para lidar com mudanças como situações de aumento da carga de trabalho, novos fornecedores, flutuações de mercado, mudanças na legislação e outras.

Por exemplo: se houver aumento do número e perfil de pacientes atendidos em uma unidade clínica, haverá reorganização do processo de trabalho? Como isso será realizado? Haverá contratação de pessoal? O profissional poderá pedir a ajuda aos colegas de outros setores ou deverá dar conta do aumento da demanda com o mesmo quantitativo de pessoal? Se a alternativa for assumir a sobrecarga com o mesmo quantitativo, o que precisará fazer? Existirão meios que lhe permitam agilizar o atendimento sem sobrecarga física ou psíquica ou a única alternativa que lhe resta é acelerar o seu ritmo, trabalhar mais rápido e às custas do seu

próprio corpo? As adaptações adotadas podem sobrecarregar o trabalhador e diminuir a qualidade e segurança do cuidado ao paciente? Será que pode aumentar as chances de exposição aos riscos ocupacionais, como se contaminar com material biológico e se infectar por um novo vírus? Ou de se expor a um agente físico, como o calor, ou a interações com clientela hostil, tendo mais chances de se queimar ou sofrer agressão?

Pensar a Saúde do Trabalhador implica em compreender as condições de saúde no trabalho e reconhecer que o trabalho muda, com os coletivos de trabalhadores sendo responsáveis por identificar o novo estado do sistema e adotar ajustes que podem ensejar a exposição a riscos não presentes na situação original. Se as decisões podem ser adotadas contando com a colaboração de colegas mais experientes e com a possibilidade de mobilizar recursos adicionais, menores serão as chances de desfechos indesejados nessas situações. Democracia, trabalho coletivo e em colaboração tendem a significar mais saúde. Além disso, é necessário que estes coletivos, ao reconhecerem os impactos de tais mudanças na organização do trabalho e as repercussões dessas na saúde e segurança dos trabalhadores, busquem estratégias de proteção à saúde no contexto laboral.

Danos à saúde do trabalhador

De acordo com a Figura 1, a exposição em condições em que as possibilidades de prevenção estejam impedidas ou limitadas pode originar agravos de saúde no trabalhador. Os desfechos podem ser acidentes, casos em que um evento súbito origina lesão de instalação imediata (por exemplo, queda e fratura, exposição a veneno agrícola e intoxicação aguda) ou doenças decorrentes de exposições prolongadas a um agente agressor como o óxido de chumbo ou o excesso de ruído, que podem levar a adoecimento de instalação insidiosa e cujo reconhecimento pode ser facilitado ou adiado dependendo da existência e da qualidade da assistência de saúde neste caso. Existem saberes técnicos cuja mobilização pode se revelar útil, por exemplo, da higiene do trabalho que podem ajudar a reconhecer exposições múltiplas (como ruído e vibrações) que aumentem riscos para a saúde dos expostos. Cabe à gestão de saúde, idealmente, compor equipes que permitam abordagens multidisciplinares e interprofissionais potencializando sua atuação em defesa da saúde dos trabalhadores e em conformidade com o que sejam o trabalho e os riscos à saúde no território em questão.

O dano pode ter instalação tardia e muito tardia. Um profissional de saúde não vacinado contra a Hepatite B que se acidente com agulha recém-usada em paciente infectado pode evoluir com viragem sorológica e contaminação a ser confirmada após exames. Esse

trabalhador pode evoluir com hepatite crônica e até câncer relacionado a esse evento. Vivenciar esse tipo de situação pode afetar a saúde mental do trabalhador com implicações na sua vida familiar e nas relações sociais. Também afetará condutas administrativas a serem adotadas e medidas que facilitem ou não o acesso aos direitos sociais por parte da vítima. Há relatos de cânceres associados à inalação de poeiras de amianto cuja descoberta ocorreu até mais de 20 anos depois de encerrada a exposição do trabalhador ao agente.

Quais papéis cabem à equipe de ST nesse tipo de situações?

O papel mais importante dos profissionais envolvidos é agir na prevenção dos agravos, uma competência comum a todos os profissionais de saúde. Para tanto, é necessário conduzir a investigação diagnóstica da condição apresentada, decidir sobre a relação entre o agravo e o histórico de exposições ocupacionais do trabalhador (estabelecimento denexo), definir de condutas que considerem o papel do trabalho na origem e evolução do quadro e, ainda, viabilizar possível acesso a direitos sociais (trabalhistas, previdenciários, sanitários) vigentes no território.

Na perspectiva da ST é importante agir estimulando a criação de espaços de participação e debates que permitam aos próprios trabalhadores o protagonismo tanto no reconhecimento dos riscos à sua saúde quanto na definição de ações a serem adotadas em defesa de sua saúde. Nesse processo, é fundamental que os trabalhadores possam contar com a colaboração de profissionais de sua confiança e livres do controle patronal, que é o mais comum em nossa realidade.

Emitir a notificação epidemiológica (via Sistema Nacional de Notificação de Agravos - SINAN ou relatórios de atendimento ao trabalhador) e a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) para segurados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) nos casos suspeitos e confirmados de agravo relacionado ao trabalho é etapa obrigatória das condutas administrativas nesses casos. Cabe também à equipe, como parte das condutas assumidas, decidir se é o caso de recomendar afastamento do trabalhador da situação de exposição, com remanejamento funcional ou com afastamento do trabalho, geralmente monitorado em programa de retorno ao trabalho que estabeleça critérios de decisão e considere possíveis impactos na situação de saúde original.

Nesses momentos, é importante que a equipe de saúde da empresa envolvida conheça o ambiente de trabalho e que as equipes de Visat ou auditoria saibam avaliar e reconhecer ambientes e atividades adequados para receber pessoas em remanejamento de funções. As

decisões de retorno ao trabalho precisam ser avaliadas cuidadosamente, inclusive com monitoramento no tocante a reagudizações e outras manifestações.

Ou seja, tanto na perspectiva dos profissionais de saúde que atuam dentro das empresas (como em ambulatórios ou em serviços de saúde e segurança no trabalho) quanto das equipes que atuam no SUS (Atenção Primária à Saúde, Cerest ou Vigilâncias em Saúde) é necessário investigar as situações presentes no ambiente de trabalho que podem expor os trabalhadores a danos e atuar sobre elas, mitigando os riscos. Esta investigação deve ser previamente ao acontecimento de acidentes de trabalho, por exemplo, a fim de evitar que estes ocorram, e não realizada de forma reativa, após a ocorrência de eventos. O monitoramento do trabalho como potencial agente causador de agravos deve ser constante e a atuação com foco na promoção da saúde e segurança dos trabalhadores, sendo a comunicação entre os diferentes profissionais e serviços extremamente necessária para a atenção ao trabalhador.

Fazendo a gestão das informações de saúde

As notificações devem ser trabalhadas em serviços de ST com foco na prevenção, sendo uma das estratégias a criação de bancos de dados de agravos que permitam a emissão de relatórios com diagramas de controle da situação epidemiológica no território. Na pandemia da COVID-19 tornou-se comum a comunicação apoiada em dados da “semana epidemiológica”. Esse acompanhamento também permite identificar e agilizar resposta em caso de registro isolado de um novo tipo de evento, que fuja ao histórico da situação sanitária no território e seja reconhecido como importante, por exemplo, em função da população que acomete, assim como da gravidade dos danos, etc. As equipes que realizam esse serviço tendem a ser multiprofissionais e, regra geral, tem formação adicional em epidemiologia, mas não só.

Integrando equipe de Visat ou de auditoria fiscal do trabalho ou, até mesmo, equipe profissional de serviço especializado em engenharia de segurança e medicina do trabalho (SESMT) de uma empresa, qualquer profissional de saúde, independentemente de sua formação de base, pode ser chamado a atuar no reconhecimento de riscos e na prevenção de agravos relacionados ao trabalho no território de cobertura do serviço.

A legislação vigente pode exigir ou recomendar a realização de exames complementares úteis nos momentos pré-admissionais, periódicos e outras situações definidas em lei ou a critério médico. A audiometria clínica pré-admissional, por exemplo, deve ser

adotada como padrão-ouro de comparação da avaliação de futuras perdas auditivas de trabalhadores, pois ajudam a avaliar a velocidade de evolução, os tipos de comprometimentos encontrados nos exames além de outras utilidades. Nessas situações a realização e a interpretação dos exames precisam estar nas mãos de profissionais competentes.

Déficits anatômicos, funcionais e avaliação de (in)capacidade para o trabalho

Os trabalhadores diagnosticados com agravo à saúde precisam ser inseridos em programas terapêuticos que incluam objetivos de avaliação da existência de déficits anatômicos e funcionais e de prevenção da evolução para quadros mais graves, em especial aqueles capazes de deixar sequelas permanentes. Isso implica a definição de critérios de decisão que se somam àqueles de definição diagnóstica, para reconhecimento dos déficits e das sequelas, critérios para afastamento da exposição e/ou do trabalho e que serão úteis em eventuais discussões sobre discordâncias de opinião e pedidos de reconsideração de decisões de perícia médica, por exemplo. As decisões são facilitadas nos casos que se apoiam em critérios claros, como em resultados de exames que mensuram objetivamente os impactos apresentados, como é o caso da velocidade de transmissão de estímulo em fibra nervosa, do limiar auditivo por frequência ou de parâmetros de função pulmonar medidos, respectivamente, em eletroneuromiografias, audiometrias e espirometrias. A avaliação pode ser polêmica quando mais influenciada por aspectos subjetivos, como é o caso do limiar para dor.

A Figura 1 ainda destaca que os trabalhadores com diagnóstico de agravo relacionado ao trabalho que apresentam déficits anatômicos e funcionais que limitam sua capacidade para o trabalho, que precisam de afastamento do trabalho e estão vinculados à seguridade social em conformidade com direitos definidos na legislação vigente devem ser encaminhados à perícia médica. Nela, será avaliada a situação no tocante a diagnóstico médico, definição de nexo entre agravo e histórico laboral, déficits e impacto na capacidade para o trabalho e, também, quanto ao enquadramento legal referente ao direito de acesso ou não a benefício previdenciário que pode ser *acidentário* ou *comum* (não relacionado ao trabalho). O acesso ou não do trabalhador a esses benefícios depende da atuação da equipe de saúde encarregada da avaliação nos diferentes momentos mostrados na Figura 1, assim como no encaminhamento à Previdência Social ou outra modalidade de seguradora em questão.

Infelizmente, ainda é comum a existência de atitudes preconceituosas e de desrespeito a direitos de cidadania de trabalhadores que introduzem pressões ilegítimas nesses processos e

ensejam confusão em relação às pressões legítimas que também podem se expressar nesses momentos. A equipe de saúde precisa estar preparada para saber separar pressões legítimas das ilegítimas e definir claramente os critérios que adota em suas decisões é uma das estratégias úteis nessas situações.

Como essas situações se manifestam na prática? Com maior frequência quando da solicitação de abertura de CAT à empresa e do encaminhamento do trabalhador à perícia médica. Nesses dois casos, médico da empresa ou perito previdenciário podem responder negativamente ao teor da decisão encaminhada e não concordar com as decisões relativas a diagnóstico, a relação causal com o trabalho, existência de incapacidade (necessidade de afastamento do trabalho) e, no caso da perícia, ao enquadramento legal da demanda (quando trabalhador não preenche requisitos legais de acesso ao benefício).

Caso o médico da empresa apresente contra argumentos considerados válidos pela equipe de atendimento eles devem ser considerados nos critérios adotados e, sendo mantida a opinião preliminar, a equipe pode optar por emitir a CAT, justificando sua escolha. Em caso de discordância da decisão de médico perito o passo a ser adotado é formalizar, na mesma agência de previdência, pedido de reconsideração da decisão que deve ser fundamentado.

Intervenções de prevenção

Em algumas empresas reconhecidas pela adoção de práticas gerenciais autoritárias, formas de organização do trabalho que incentivam intensificação de ritmos de trabalho com prêmios e punições associados ao cumprimento de metas de produção foram registradas epidemias de transtornos músculos-esqueléticos e também transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho. Nesses casos, as equipes de Visat e/ou auditorias, geralmente multiprofissionais, atuam registrando os problemas, exigindo correções e estabelecendo penalidades para a empresa.

Nessas intervenções, é útil que a equipe tenha ou receba suporte de conhecimentos como os de epidemiologia, ergonomia, higiene ocupacional e outros e que se apoie nas informações consolidadas para estimular intervenções corretivas, sendo o Cerest um parceiro importante neste processo. Os relatórios epidemiológicos citados ou até mesmo notificações isoladas de determinados eventos incluídos em prioridades definidas no serviço também podem ser disparadores dessas intervenções.

A intervenção preventiva propriamente dita é uma construção social que embute aspectos técnicos, comunicacionais, jurídicos, políticos, entre outros e que, regra geral, tem

assumido dois caminhos. Um deles, mais tradicional e habitualmente ancorado na noção de *polícia médica*, em que a equipe apresenta relatório de irregularidades ou *não conformidades* legais identificadas na situação da empresa e associa eventuais autos de infração, multas, interdições, embargos e prazos para as devidas correções por parte da empresa. Formalismos burocráticos e jurídicos estão em evidência. Um dos piores aspectos associados a esse caminho é chamada *construção social da culpa*, um conjunto de práticas em que atores ligados ao setor jurídico da empresa, muitas vezes com o apoio de profissionais de seus serviços de saúde e segurança do trabalho, difundem e defendem a ideia de *culpa exclusiva da vítima* como principal causa do acidente e ou adoecimento da vítima. A construção da culpa anda em sintonia com evitação da prevenção e a situação patogênica, as origens sistêmicas dos problemas persistem intocadas.

O segundo caminho valoriza a ideia de negociação coletiva, construída com base no diálogo e de modo participativo, com apoio de conceitos em que acidentes e adoecimentos são explicados com abordagens sistêmicas. Isso requer diagnósticos que os expliquem como fenômenos históricos, relacionados à rede de múltiplos fatores em interação que também induzem o surgimento de perdas materiais, de impactos na produtividade e da qualidade dos produtos e serviços, limitando as possibilidades de funcionamento dos sistemas em moldes que facilitem ou impulsionem seu desenvolvimento, a agência, a aprendizagem expansiva e o reconhecimento de si mesmo por parte dos participantes.

Conseguir a adesão de empresas a esse tipo de intervenção aponta para futuro promissor, mas não tem sido caminho fácil. Até mesmo porque pede *pluralismo metodológico* cuja construção enfrenta desafios ainda não totalmente superados, especialmente em país em que estão tão presentes traços de cultura política autoritária. E num período em que não só se convive com o não reconhecimento de direitos de cidadania para trabalhadores, como há franca ofensiva de desmonte do aparato jurídico institucional, em especial da noção de seguridade social criada na Constituição Federal de 1988.

Considerações finais: para onde vai a Saúde do Trabalhador?

O caminho aqui comentado está em consonância com a noção de Saúde do Trabalhador consagrada na legislação brasileira. A distinção entre Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador foi discutida, entre outros, por Mendes & Dias (1991) e Lacaz (2007). A Figura 2 destaca principais características que ajudam a entender diferenças em práticas adotadas pelos distintos profissionais em suas atuações.

Figura 02. Medicina do Trabalho versus Saúde do Trabalhador	
Medicina do Trabalho / Saúde Ocupacional	Saúde do Trabalhador
Conseqüências do trabalho como fenômenos biológico e individual	Processo saúde doença é social.
Trabalho: ambiente físico e fonte de recursos para sobrevivência	Trabalho como relação histórica e social
Serviços de saúde fazem assistência Individual, sob responsabilidade da empresa	Vigilância de saúde, assistência e pesquisa. Aborda grupos de trabalhadores organizados.
Prevenção via unicausalidade (MT) ou controle de riscos com ênfase na higiene ocupacional (SO)	Atuação integral controlando os determinantes de saúde da sociedade

Fonte: Organizada pelos autores com base em Mendes & Dias (1991) e Lacaz (2007)

Vale acrescentar que aqueles que assumem a perspectiva da Saúde do Trabalhador enfatizam a importância de atuação que incorpore o protagonismo dos trabalhadores em todas as atividades afins às relações entre saúde e trabalho. Isso implica adotar novas formas de produzir, aplicar conhecimentos e de agir em defesa da saúde dos trabalhadores. Exige dos pesquisadores novos papéis, ao substituir as práticas habituais de consultores e experts que atuam como donos do saber, que elaboram diagnósticos e apresentam relatórios finais com suas recomendações de especialistas. Também exige, dos profissionais de saúde, a habilidade comunicacional e de construção coletiva de saberes, saindo da perspectiva uniprofissional e detentora de saberes valorizados hierarquicamente para a horizontalização e soma dos conhecimentos de cada categoria.

No Brasil, essa nova abordagem – Saúde do Trabalhador – influenciou a construção do campo, foi assumida em princípios e diretrizes que guiam o desenho de área de saúde do trabalhador no SUS e da pesquisa em universidades, com importantes contribuições no desenho do arcabouço jurídico institucional do campo.

Nos últimos anos, o ambiente de retrocesso político estabelecido limita esta trajetória, interrompendo iniciativas de políticas e normativas que já estavam em curso, como a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e a revisão da lista brasileira de doenças relacionadas ao

trabalho (LBDRT), afetando esforços empreendidos de cooperação entre pesquisadores e equipes de Visat, reduzindo a emergência de sinais de vida a eventos localizados em serviços de saúde, sobretudo em espaços em que foram mantidos links de cooperação com outros atores políticos como o Ministério Público do Trabalho ou administrações locais politicamente compromissadas. Exemplo disso é a aprovação da nova LBDRT em alguns estados do país.

Por tudo isso, o futuro é incerto. Está em disputa que pede posicionamentos de todos os interessados e envolvidos, especialmente, dos profissionais de saúde e dos trabalhadores.

Leituras sugeridas

1. Almeida IM Dificuldades no diagnóstico de doenças ocupacionais e do trabalho. *Jornal Brasileiro de Medicina*, 1998; 74(1/2):35-48. Lancman, Selma et al. Intersetorialidade na saúde do trabalhador: velhas questões, novas perspectivas?. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 25, n. 10 [Acessado 12 Julho 2021],pp.4033-44. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.27572018>.
2. Lacaz FAC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*; 2007; 23(4):757-766
3. Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho para o Estado da Bahia (LDRT-BA). A PORTARIA ESTADUAL SESAB Nº. 31, DE 14 DE JANEIRO DE 2021, Institui a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho para o Estado da Bahia – LDRT-BA, e foi publicada em 16 de janeiro de 2021. *Diário oficial do Estado da Bahia*. 16 de janeiro de 2021. Ano CV(23.070): 56-57. (Anexo único, pag 3 a 104)
4. Ministério da Saúde / Organização Pan-americana de Saúde / Organização Mundial de Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: Diagnóstico e condutas. Manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde / Opas / OMS; 2001.
5. Mendes R, Dias EC. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador *Revista de Saúde Pública*, 1991; 25(5): 341-349.
6. Rosen G. Da Polícia médica à Medicina social. Rio de Janeiro: Editora Graal; 1980.
7. Vieira CEC, Lima FPA, Lima MEA. E se o assédio não fosse moral?: perspectivas de análise de conflitos interpessoais em situações de trabalho. *Revista Brasileira de Saúde ocupacional*, 2012; 37(126): 256-268.
8. Vilela RAG, Iguti AM, Almeida IM. Culpa da vítima: um modelo para perpetuar a impunidade nos acidentes do trabalho. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(2):570-79.
9. Vilela RAG, Pereira-Querol MA, Hurtado SLB, Cerveny GCO, Lopes MGR, editores. *Desenvolvimento colaborativo de Mudança na saúde do Trabalhador*. 1 ed. São Paulo: ExLibris; 2020.

CAPÍTULO 3: FONOAUDIOLOGIA E SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Denise Torreão Corrêa da Silva🔍

Márcia Soalheiro de Almeida🔍

Tatiane Costa Meira🔍

Tereza Raquel Ribeiro de Sena🔍

Introdução

Será que precisávamos de uma Pandemia como esta para perceber o quanto o profissional fonoaudiólogo é essencial no cuidado à saúde? Além disto, precisávamos dela para compreender que nós, fonoaudiólogas e fonoaudiólogos, somos Trabalhadoras e Trabalhadores da Saúde?

É deste ponto de partida que queremos sair. Decidimos escrever este Capítulo debatendo com vocês, caras e caros leitores, não somente o papel do Fonoaudiólogo na atenção integral à Saúde de Trabalhadoras e Trabalhadores, e, neste aspecto, avaliar se realmente somos capazes de perceber todas as interfaces que nossa profissão tem nas ações de Vigilância em Saúde, mas também com a intenção de refletir sobre como nos vemos como categoria de trabalho neste momento em que aos trabalhadores da saúde tem sido impostas jornadas de trabalho extremamente extenuantes, e em condições de risco elevado.

Sabemos que existem especificidades de atuação dependendo de qual País nos referimos quando tratamos da Profissão de Fonoaudiólogo.

No Brasil a Fonoaudiologia é uma profissão de nível superior regulamentada por meio da Lei Nº. 6.965, de 09 de dezembro de 1981, que, neste ano de 2021, completa quarenta anos de regulamentação. De acordo com esta Lei, o fonoaudiólogo “*atua em pesquisa, prevenção, avaliação e terapia fonoaudiológicas na área da comunicação oral e escrita, voz e audição, bem como em aperfeiçoamento dos padrões da fala e da voz*”¹.

De acordo com a Resolução CFFa Nº. 428, de 02 de março de 2013, que "Dispõe sobre a atuação do fonoaudiólogo na saúde do trabalhador, e dá outras providências", compete ao fonoaudiólogo que presta assistência fonoaudiológica ao trabalhador²:

- I. Emitir laudos, pareceres e relatórios circunstanciados sobre os agravos relacionados com o trabalho ou limitações dele resultantes que afetem habilidades do trabalhador na área da comunicação, bem como sugerir em caso de desencadeamento ou de agravamento de quadro clínico fonoaudiológico, o afastamento ou readaptação das funções laborais por tempo determinado;
- II. Estabelecer relação saúde-trabalho-doença entre os transtornos fonoaudiológicos e as atividades do trabalhador, considerando:
 - a) A história clínica e ocupacional, atual e pregressa;
 - b) A história epidemiológica do agravo;
 - c) as normas existentes sobre o processo de trabalho investigado; e
 - d) as avaliações fonoaudiológicas e complementares.
- III. Notificar o Sistema Único de Saúde, através do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), os agravos de notificação compulsória, relacionados à saúde do trabalhador, associados aos distúrbios fonoaudiológicos;
- IV. Emitir notificação específica dos regimes de contratação adotados, dentre elas a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchida para trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e pelo regime estatutário, e fazerem encaminhamento às redes de referência e contrarreferência.

As ações da Fonoaudiologia no Campo da Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador começaram na década de 1980, mesmo antes do advento do Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente, a atuação era restrita e focada apenas na realização de audiometria, buscando, principalmente, a seleção de trabalhadores aptos ao trabalho³. Também nos anos de 1980 foram realizadas as primeiras ações mais sistemáticas sobre prevenção de agravos de voz⁴, havendo inclusive, mais a partir dos anos 2000, iniciativas legislativas que propuseram a criação de Programas de Saúde Vocal voltados, mais especificamente, para a categoria de Professores⁵⁻⁸. Todavia, ainda hoje a maior parte da atuação da(o) fonoaudióloga(o) na Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora se concentra na atenção à saúde daqueles expostos a níveis de ruído elevados, e aos que utilizam a voz como instrumento de trabalho. Nem sempre o profissional fonoaudiólogo percebe que, por exemplo, quando atende uma pessoa que foi acometida de acidente vascular encefálico (AVE) ou de um traumatismo craniano, que deixaram sequelas na comunicação humana, campo de trabalho do fonoaudiólogo, esta pessoa pode ter sido vítima de um acidente de trabalho.

A Produção Científica da Fonoaudiologia no Campo da Saúde do Trabalhador e da Saúde Ocupacional

Existe um esforço por parte da(o)s fonoaudióloga(o)s em ampliar sua atuação para a atenção à saúde de outros grupos de trabalhadores que não somente aqueles do ramo industrial e do ensino. No entanto, a produção científica ainda é muito focada em grupos específicos. Este cenário fica evidente quando se realiza uma breve busca nas principais

revistas de Fonoaudiologia do Brasil utilizando os termos “Saúde do Trabalhador” e “Saúde Ocupacional” e a maioria dos estudos identificados são focados apenas em saúde auditiva e saúde vocal e, especialmente em trabalhadores de indústrias e professores.

Em busca bibliográfica realizada, no dia 25 de junho de 2021, na base de dados do SciELO filtrando pelas revistas *Audiology - Communication Research*, CoDas e Revista Cefac, e utilizando o termo “Saúde do Trabalhador” retornaram 74 estudos, já ao utilizar o termo “Saúde Ocupacional” retornaram 47 estudos. Do total de estudos encontrados, 17 apareceram em ambas as buscas.

Os artigos encontrados foram publicados entre 2007 e 2021 e a maioria era específica sobre saúde vocal (n=48) e saúde auditiva (n=47), e apenas dois estudos trataram da atuação do fonoaudiólogo em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora de forma geral. Os demais (n=7) tratavam de assuntos diversos não ligados diretamente à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Os dois estudos sobre Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em geral investigaram a atuação dos fonoaudiólogos nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), e revisaram conceitos fundamentais de Vigilância e Saúde do Trabalhador.

Em relação aos estudos específicos, a maioria daqueles cuja temática é a saúde vocal foram realizados com professores (n=35), seguidos de estudos com atores (n=3), cantores (n=2) e agentes comunitários de saúde (n=2) e a maioria dos estudos avaliaram a autopercepção vocal, queixas vocais ou eficácia de exercícios vocais. Poucos focaram na vigilância do Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT), ou na avaliação de intervenções coletivas. Já os estudos de saúde auditiva debruçaram-se em analisar dados de trabalhadores de indústrias diversas (n=8), trabalhadores de hospitais (n=8) – especialmente de lavanderia e manutenção, motoristas e motociclistas (n=4) e agricultores (n=3).

Em geral, os estudos de saúde auditiva focaram em conhecer o perfil audiométrico dos trabalhadores, a existência de exposição ao ruído, e avaliaram a eficácia de treinamento para colocação do Equipamento de Proteção Individual (EPI) Auricular, além de ações educativas. Destaca-se ainda um estudo que investigou o conhecimento de profissionais sobre a notificação da Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR), etapa fundamental para a Vigilância da Saúde Auditiva de Trabalhadoras e Trabalhadores.

Importante ressaltar a existência de outros grupos de profissionais que muitas vezes não são lembrados, seja por não estarem entre aqueles já conhecidos como expostos a ruído, ou que fazem uso profissional da voz, ou por serem profissionais informais, que muitas vezes,

exercem sua atividade dentro do próprio domicílio, por exemplo, profissionais de salão de beleza.

A atuação Fonoaudiológica na Saúde Ocupacional se restringe aos pressupostos estabelecidos nas Normas Regulamentadoras (NRs) e em instrumentos pré-estabelecidos para normatizar procedimentos periciais, como normalmente ocorre nos programas de saúde vocal em prefeituras. Já na Saúde do Trabalhador, não há limites, o trabalho é determinante social e até os trabalhadores informais são contemplados neste escopo de atuação⁹. É importante que o olhar da(o) fonoaudióloga(o) que atua no campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora seja ampliado, e considere aspectos que vão além do diagnóstico de agravos ou avaliação de estratégias individuais de prevenção. É necessária atuação que vise a Vigilância e a Promoção da Saúde das Trabalhadoras e dos Trabalhadores.

Atuação na perspectiva de Vigilância

Um dos marcos importantes da história do SUS é a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), movimento de redemocratização da saúde que se iniciou na década de 1970 e ganhou ainda mais força nos anos de 1980, culminando com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) que recomendou a organização do SUS¹⁰. Neste mesmo ano foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. A RSB inseriu a Saúde dos Trabalhadores às suas propostas, e com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988 e, após, a publicação da Lei Nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990, a Saúde dos Trabalhadores foi incorporada ao SUS, devendo suas ações abranger a assistência, vigilância, promoção, informação, ensino e pesquisa. Com a criação do SUS, as primeiras ações em Saúde do Trabalhador foram no sentido de ampliar os Programas de Saúde do Trabalhador (PST) e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), que já existiam desde a década de 1980 em alguns municípios, e realizavam ações assistenciais, de vigilância e de formação/capacitação de pessoal¹¹.

Tendo por foco o olhar sobre o corpo social, e não somente o corpo individual, a Saúde do Trabalhador define que os processos de saúde/doença vão se evidenciar em estreita relação com a forma sobre como o indivíduo se organiza para produzir, e sobre como ele se insere na produção.

O conceito de Saúde do Trabalhador, no Brasil, é fruto de um movimento social, técnico e acadêmico que reviu paradigmas, com vistas a possibilitar mudanças nas formas de investigação e intervenção nas questões relativas às condições de trabalho e saúde, tomando

as relações de saúde/trabalho numa perspectiva de totalidade, sendo o Trabalho um dos mais importantes determinantes do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, havendo necessidade premente, para dar conta da multiplicidade de aspectos, de superar as abordagens específicas das diversas disciplinas que estão envolvidas com trabalho e saúde, na medida em que se verificou que essas abordagens fragmentadas não dão conta nem de uma explicação mais abrangente relativa à Saúde do Trabalhador, nem de propor modificações efetivas no processo de trabalho de interesse destes.

Portanto, o conceito de Saúde do Trabalhador toma por base a divisão internacional do trabalho, as formas de produção diversificadas, particularmente no Brasil, as desigualdades, bem como a precariedade de atenção às necessidades básicas.

Intervenções neste campo requerem uma visão abrangente da relação trabalho saúde, devendo ser contextualizada social, política, econômica e culturalmente, sendo necessária a vinculação com a organização e a participação dos trabalhadores e a incorporação de seu saber, seja na gestão dos sistemas de saúde ou no controle dos processos de trabalho.

Conceitos de Vigilância em Saúde e Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

Vigilância em Saúde vem sendo definida e conceituada há muito tempo. Uma das mais conhecidas, de Alexander Langmuir, em 1963, conceitua a vigilância como sendo a observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a “coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos que necessitam conhecê-la”¹². Este conceito associado a ações sistemáticas de coleta, análise e disseminação de dados também está presente na XXI Assembleia Mundial de Saúde, em 1968, sendo também incorporado à Legislação Brasileira, pois segundo o Art. 2º da Portaria Nº. 1.378, de 9 de julho de 2013, a Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando “o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde”¹³, abrangendo, no escopo das ações de vigilância em saúde, práticas e processos de trabalho voltados para:

- I. A vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;
- II. A detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública;
- III. A vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis;
- IV. A vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências;
- V. A vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde;
- VI. A vigilância da saúde do trabalhador;
- VII. A vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde; e
- VIII. Outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade.

Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador estão amplamente garantidas em diferentes marcos legais, sendo desenvolvidas pelo setor saúde no país, mais fortemente, a partir da Constituição Federal de 1988.

Cabe destacar a implantação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), instituída pela Portaria GM/MS Nº. 1.679, de 19 de setembro de 2002¹⁴, revista e ampliada por meio da Portaria GM/MS Nº. 2.437, de 07 de dezembro de 2005¹⁵, e, posteriormente, pela Portaria Nº. 2.728, de 11 de novembro de 2009¹⁶, que se encontra em vigor, devido à necessidade de adequação ao Pacto pela Vida e em Defesa do SUS¹⁷. A Portaria Nº. 2.437/2005 visava à ampliação e o fortalecimento da Renast mediante, dentre outros, a implementação de ações de vigilância, pois, segundo o texto da Portaria, o principal objetivo da Renast seria “integrar a rede de serviços do SUS voltados à assistência e à vigilância, a fim de desenvolver as ações de saúde do trabalhador”¹⁷. A Renast volta a ser definida pela Portaria Nº. 2.728/2009, como sendo uma “rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção, qualificando a atenção à saúde já exercida pelo SUS”¹⁷.

Uma importante conquista para os trabalhadores brasileiros é a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) que baliza o fortalecimento das políticas sociais no Brasil ao definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observadas pelas três esferas de gestão do SUS¹⁸.

O sistema de atenção à saúde se organiza por meio da Renast, constituída pelos Cerests e pela Rede Sentinela. Atualmente existem 213 Cerest habilitados abrangendo 4.237 municípios e quase 80 milhões da População Economicamente Ativa Ocupada (PEAO). Porém, a cobertura efetiva apresenta diferenças loco-regionais, relacionadas tanto ao quantitativo de municípios e de população abrangida por cada Cerest quanto ao modelo de

atuação dos referidos Centros¹⁸. Cumpre ressaltar que a presença do profissional fonoaudiólogo nos Centros de Referência não ocorre em sua totalidade¹⁹. E cabe a esta Rede Sentinela o diagnóstico de doenças e acidentes relacionados ao trabalho e o registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Os sistemas de informação coletam, processam, analisam e transmitem informações e têm como finalidade contribuir para o planejamento, organização e avaliação de serviços de saúde, assim como subsidiar a formulação e implementação de ações e planos de saúde. É com base na notificação que há o conhecimento da prevalência dos agravos e doenças, essencial para a eficácia do planejamento de ações de capacitação e organização de recursos em função da capacidade instalada necessária para prevenir, diagnosticar e reabilitar os trabalhadores, como exemplifica o Protocolo de PAIR, do Ministério da Saúde²⁰. Ressalta-se que a notificação é a comunicação de ocorrência de determinada doença, ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes nos processos e ambientes de trabalho²¹.

Por meio do Sinan o Ministério da Saúde monitora nove doenças e agravos relacionados ao trabalho, a saber: acidentes de trabalho grave, acidente de trabalho com exposição a material biológico, intoxicação exógena, câncer, dermatose, pneumoconiose, perda auditiva induzida por ruído (PAIR), lesões por esforços repetitivos e distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (LER/Dort) e transtorno mental. Além desses agravos, também são acompanhadas as doenças que compõem a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho¹⁸.

No período de 2006 a 2019 foram registrados 89.704 casos de Lesões por Esforço Repetitivo e Doenças Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/Dort), 62.190 de intoxicações exógenas, 11.442 de transtornos mentais, 7.544 de PAIR, 7.161 de dermatoses, 4.728 de pneumoconioses e 2.098 de câncer¹⁸.

Os profissionais de saúde têm a obrigatoriedade de notificar os agravos relacionados ao trabalho, independente da especialidade ou do vínculo empregatício estatal ou privado, com vistas às ações de vigilância dos processos e ambientes de trabalho. A adequada notificação desses agravos permite ações que visem à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade dos trabalhadores. Ainda que tenha sido observado um aumento no número de notificações a cada ano, a notificação não é feita na totalidade dos casos, talvez porque ainda não se percebe o objetivo, nem sejam reconhecidos a importância e os resultados que podem ser obtidos.

Assim, é imprescindível que os profissionais sejam capacitados a utilizar e encaminhar a notificação de todos os casos de DVRT e PAIR para o Sinan. Ambos ainda são subnotificados, o que contribui sobremaneira, para que inúmeros trabalhadores sejam excluídos do mercado de trabalho, gerando graves consequências para a sociedade.

O conhecimento de determinado agravo à saúde permite que os programas de saúde e linhas de cuidado, no que tange às ações de promoção, proteção, diagnóstico, habilitação e reabilitação sejam adequadamente planejados e dimensionados. O mesmo se aplica às perdas auditivas induzidas por exposição a ruído e agentes químicos ototóxicos, além dos DVRT.

A falta de registros dos casos de PAIR e DVRT pode contribuir para que agravos e doenças permaneçam com pouca visibilidade, e sem a devida prioridade nas ações de Vigilância em Saúde, apesar de sua magnitude.

A utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática é uma diretriz do SUS, segundo a Lei Orgânica da Saúde²². A epidemiologia pode ser definida como o estudo da frequência, da distribuição e dos determinantes dos estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas, bem como a aplicação desses achados para o controle dos problemas de saúde²³. Para tanto a organização do fluxo de informações é essencial para a prática de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Como cunhado por Victor Wunsch Filho, em 1992, “vigilância é informação para ação”²⁴.

Ações de vigilância da exposição a ruído e substâncias químicas, assim como de riscos relacionados à voz, incluídas busca ativa de casos de doenças e agravos, revestem-se de grande importância, haja vista os efeitos deletérios de ambos à saúde humana, inclusive derivados da exposição concomitante, podendo causar efeitos sinérgicos aditivos ou potencializadores.

Espera-se que processos de vigilância permitam, dentre outros aspectos, realização de levantamentos epidemiológicos, estudos de prevalência, a não ocorrência de outros casos, nem o agravamento das doenças já existentes.

Desafios e reflexões sobre os ambientes de trabalho de fonoaudiólogas e fonoaudiólogos

Apresentamos algumas reflexões sobre as temáticas as quais ainda precisamos nos debruçar.

Atualmente a sociedade vivencia grandes transformações nos âmbitos da política, economia e tecnologia que podem acarretar consequências potencialmente prejudiciais à saúde das trabalhadoras e dos trabalhadores²⁵.

A vida moderna, as atribuições diárias e o trabalho intenso trazem a falta de tempo para o lazer e para o descanso, a má alimentação, problemas no sono que levam as pessoas a, gradativamente, desenvolver algum tipo de distúrbio, uma vez que resulta em má qualidade de vida e pode ocasionar um quadro de estresse. Assim, torna-se necessário um olhar cuidadoso na relação entre o(a) trabalhador(a) e o trabalho²⁶. Sobre esta relação, podemos elencar a ergonomia, que pode ser definida como a adaptação do trabalho ao homem, na qual o trabalho assume uma concepção ampla, vez que abrange, além daquele executado através de máquinas e equipamentos, as relações que envolvem o(a) trabalhador(a) e sua atividade produtiva²⁷.

Durante o processo de trabalho, o indivíduo tende a se deparar com estressores ambientais, tais como agentes biológicos (vírus, bactérias e fungos), estressores ergonômicos (organização das tarefas, jornadas, turnos e ritmos extenuantes), agentes físicos (ruído, temperaturas extremas, radiações), agentes químicos (fumos, poeiras, gases e vapores), além da possibilidade de acidentes de trabalho²⁸. A associação desses estressores pode gerar efeitos negativos sobre a saúde e o bem-estar dos(as) trabalhadores(as)²⁹.

Além disso, acidentes e doenças relacionadas ao trabalho resultam em custos sociais elevados para trabalhadores, família, empresa, estado e sociedade. Faz-se necessário conhecer o perfil de morbimortalidade do trabalhador com o intuito de intervenção direta no processo de trabalho a fim de minimizar os riscos¹⁸.

O ruído, reconhecida energia acústica audível capaz de prejudicar o bem-estar físico e emocional das pessoas, e, em geral, associado a um som desagradável ou indesejável para o ser humano^{30,31}, pode estar presente em diversos ambientes, e é um dos agentes de risco ocupacional nocivo à saúde, com consequências negativas que afetam o(a) trabalhador(a) exposto(a), durante sua vida laboral^{29,32}. Porém, pouco se discute sobre o ruído relacionado ao trabalho intelectual, o qual necessita de concentração mental para sua plena execução.

A(o) fonoaudióloga(o) tem como um de seus objetos de intervenção na área ocupacional os agentes otoagressores, em especial o agente físico ruído, porém, a poluição sonora no ambiente laboral, mesmo sendo considerado fator de risco para acidentes de trabalho³³, nem sempre é vista sob o ponto de vista ergonômico, do conforto para o profissional.

Os parâmetros para medição de níveis sonoros determinados pela Norma Brasileira (NBR) N°. 10152³⁴ estabelecem os valores para ambientes internos, em função da finalidade

de uso e do conforto acústico, vista que, nos locais de trabalho, onde são executadas atividades que exijam solicitação intelectual e atenção constantes, são recomendadas as condições de conforto, para níveis de ruído, de acordo com a NR17³⁵ que referenda a versão anterior da NBR 10152³⁶.

Os limites de ruído que não provocam perturbações nas atividades de um trabalho físico pouco qualificado guardam similaridade com o nível de ação definido pela NR9 vigente, pelo menos, até a redação deste capítulo, que estabelece 80dBA ou 50% da dose de exposição aos limites de tolerância descritos na NR15^{37,38}. Porém, entende-se que o trabalho desenvolvido pelo profissional de Fonoaudiologia, por exemplo, em ambientes ambulatoriais e hospitalares, requer grande concentração mental, sendo recomendado um limite máximo de ruído ambiental de 45dBA a fim de garantir o conforto e a atenção necessária³⁹.

Assim, para manter a atenção, para ter um raciocínio amplo, e para uma tomada de decisão consciente, precisamos de um ambiente acusticamente confortável. Nesse contexto, o local de trabalho da(o) fonoaudióloga(o) deve ser cuidadosamente pensado, mas acima de tudo, respeitado.

Um dos princípios mais importantes para a vigilância em saúde é o da universalidade, ou seja, todos os trabalhadores, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, autônomo, doméstico, aposentado ou demitido, são objeto e sujeito da vigilância em saúde do trabalhador, diferentemente do que ocorre com as estatísticas da previdência social, em que somente os trabalhadores em regime trabalhista CLT se enquadram nas estatísticas de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho. Isso significa que mais de 50% de nossa força de trabalho, hoje no mercado informal, estaria fora das estatísticas se não fosse o setor saúde por meio do Sinan⁴⁰.

No que se refere à situação de trabalho, entre 2016 a 2019 o número da População Economicamente Ativa (PEA), População Economicamente Ativa Ocupada (PEAO) e População em Idade Ativa (PIA) aumentou 3,7%, 3,4% e 2,5% respectivamente, no Brasil. A taxa de desemprego também aumentou, passando de 12,0% em 2016 para 12,3% em 2019¹⁸.

O grupo de trabalhadores sem carteira de trabalho assinada fechou 2017 com 10,7 milhões de pessoas e a categoria dos trabalhadores por conta própria chegou a 22,7 milhões de pessoas, representando mais de 25% da PEAO. Em 2012, eram 20,4 milhões¹⁸. Acredita-se que a mesma precarização das relações de trabalho ocorra com a categoria de fonoaudiólogos.

Os hábitos e estilos de vida estão intimamente associados às condições de saúde das pessoas, integrando o amplo espectro de questões – sociais, econômicas, políticas, culturais –

que envolvem a promoção da saúde, a qual constitui condição essencial à qualidade de vida individual e coletiva¹⁸.

A promoção da saúde no SUS visa promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais¹⁸.

A alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte e o lazer são fatores que podem determinar o processo saúde-doença, sendo um desafio, nos tempos atuais, a luta por assegurar estes determinantes e condicionantes.

Sob essa óptica, ao longo das últimas décadas a construção do respeito à categoria vem sendo conquistada na área ocupacional e no campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Porém, a presença da(o) fonoaudióloga(o) nos espaços mínimos, desconfortáveis e escondidos das clínicas e serviços de “audiometrias ocupacionais” ainda revela que o reconhecimento à categoria precisa ser construído em uma perspectiva que nos conceda um trabalho digno, e que nos estimule a colocar, parafraseando Chico Buarque de Holanda, tijolo com tijolo num desenho mágico para trabalhar, confortavelmente, e ter uma vida plena.

Referências

1. Brasil. Lei Nº. 6.965, de 09 de dezembro de 1981. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Fonoaudiólogo, e determina outras providências. 09 dez 1981.
2. CFFa – Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução CFFa Nº. 428, de 02 de março de 2013. Dispõe sobre a atuação do fonoaudiólogo na saúde do trabalhador e dá outras providências. 02 mar 2013.
3. Morata TC, Zucki F. Caminhos para a saúde auditiva ambiental – ocupacional. São Paulo (SP): Plexus; 2005. Promoção da saúde auditiva diante de riscos ambientais: uma reflexão da atuação e da produção científica na área; p. 11-27.
4. Pinto AMM, Furck MAE, Fix MIV, Pires ES, Malheiros RR, Zavarezzi P. Fonoaudiologia Educacional junto a um sistema de ensino público. In: Ferreira LP (Org.) O Fonoaudiólogo e a Escola. 4. ed. Rio de Janeiro: Plexus, 2001. p. 29-60.
5. Governo de Estado do Espírito Santo. Lei Nº. 6.776, de 26 de setembro de 2001. Dispõe sobre a criação do Programa Estadual de Saúde Vocal do Professor da Rede Estadual de Ensino. Vitória (ES): 2001.
6. CEREST-RJ, CESTE/ENSP-FIOCRUZ - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado do Rio de Janeiro e Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Fonoaudiologia na Saúde do Trabalhador: Programa de Saúde Vocal dos Professores da Prefeitura do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro (RJ): 2014. [acesso em 29 jun

- 2021]. Disponível em: http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/boletim_13.pdf
7. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei Nº. 1.128-F de 2003. Dispõe sobre a criação do Programa Nacional de Saúde Vocal do Professor da rede pública de ensino e dá outras providências. Brasília (DF): 2003.
 8. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei Nº. 5.377-A de 2005. Cria o Programa de Saúde Vocal do Professor e dá outras providências. Brasília (DF): 2005.
 9. CEREST-RJ, CESTEHE/ENSP-FIOCRUZ - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado do Rio de Janeiro e Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Fonoaudiologia na Saúde do Trabalhador: Saúde Ocupacional X Saúde do Trabalhador. Rio de Janeiro (RJ): 2011. [acesso em 09 jun 2021]. Disponível em: http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/boletim_6.pdf
 10. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
 11. Santana VS, Silva J. Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 175-204.
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Curso Básico de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde. 2013. [acesso em 10 jun 2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília (DF): 2002. [acesso em 10 jun 2021]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 2.437, de 07 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador – Renast no sistema único de saúde – SUS e dá outras providências. Brasília (DF): 2005. [acesso em 10 jun 2021]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2437.htm>
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador (Renast) e dá outras providências. Brasília (DF): 2009. [acesso em 10 jun 2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html
 17. Leão LHC, Vasconcellos LCF. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST): reflexões sobre a estrutura de rede. Epidemiol. Serv. Saúde. 2011;20(1):85-100.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2020/2023. Brasília (DF): 2020. [acesso em 10 jun 2021]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf
 19. Gusmão AC, Meira TC, Santos FCCN, Ferrite S. A Fonoaudiologia nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Brasil. Rev. CEFAC. 2018;20(6)23-733.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Protocolos de Complexidade, Diferenciada: Perda Auditiva Induzida por Ruído (Pair). Brasília (DF): 2006.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº. 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília (DF): 2014. [acesso em 10 jun 2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html
22. Brasil. Lei Nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília (DF): 1990. [acesso em 10 jun 2021]. Disponível em http://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
23. Miquel P. A Dictionary of Epidemiology. New York: Oxford University Press, 2008.
24. Wünsch Filho V. Riscos ocupacionais e câncer de pulmão. São Paulo. Tese [Doutorado em Saúde Pública] - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 1992.
25. Folador M. Qualidade de Vida no Trabalho Rural: Estudo de Caso em uma Propriedade Agrícola de Campinas do Sul/RS. Porto Alegre. Trabalho de Conclusão de Curso [Bacharel em Administração] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2018.
26. Meleiro AMAS. O stress do professor. In: Lipp MEN (Org.). O stress do professor. Campinas: Papirus, 2002. p. 11-27.
27. Iida I, Buarque L. Ergonomia: Projeto e Produção. São Paulo: Blucher, 2005.
28. Andrade WTL, Soares JFR, Gonçalves VSB. Impacto dos riscos ocupacionais na Saúde do Trabalhador. In: Lopes AC, Gonçalves CGO, Andrade WTP (Orgs). Fonoaudiologia e saúde auditiva do trabalhador. Ribeirão Preto: Booktoy; 2019. p. 29-44.
29. Oliveira RCO, Santos JS, Rabelo ATV, Magalhães MC. O impacto da exposição ao ruído nos trabalhadores em Unidades de suporte móvel. CoDAS. 2015;27(3):215-22.
30. Formigoni CEM. Avaliação e caracterização de insalubridade por exposição a ruído ambiental dos trabalhadores de uma empresa de gerenciamento de resíduos industriais. Curitiba. Monografia [Especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho] – Universidade Tecnológica Federal do Paraná; 2013.
31. Lopes AC, Gonçalves CGO, Andrade WTP (Orgs). Fonoaudiologia e saúde auditiva do trabalhador. Ribeirão Preto: Booktoy; 2019.
32. Teixeira LR, Pega F, Dzhambov A, Bortkiewicz A, Correa da Silva DT, Andrade CAF et al. The effect of occupational exposure to noise on ischaemic heart disease, stroke and hypertension: a systematic review and meta-analysis from the WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury Environ. Int. 2021;154.
33. Dias A, Cordeiro R, Corrente JE, Gonçalves CGO. Associação entre perda auditiva induzida pelo ruído e zumbidos. Cad Saúde Pública. 2006;22(1):63-8.
34. ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. Norma NBR 10152. Acústica - Níveis de pressão sonora em ambientes internos a edificações. 2ª edição. Rio de Janeiro: ABNT; 2017.
35. Brasil. Ministério do Trabalho. Portaria Nº. 3.751, de 23 de novembro de 1990 (reformulada). Descreve a Norma Regulamentadora Nº. 17 (NR-17) – Ergonomia. Brasília (DF): 1990.
36. ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 10152. Níveis de ruído para conforto acústico. Rio de Janeiro: ABNT; 1987.
37. Brasil. Ministério do Trabalho. Portaria Nº. 3.214, de 08 de junho de 1978. Descreve a Norma Regulamentadora Nº. 15 (NR-15) – Atividades e Operações Insalubres. Brasília (DF); 1978.

38. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria N°. 25, 29 de dezembro de 1994. Aprova a Norma Regulamentadora N°. 9 - Riscos Ambientais, e dá outras providências. Brasília (DF); 1994.
39. Dul J, Weerdmeester B. Ergonomia prática. São Paulo: Blucher, 2012.
40. CEREST-RJ, CESTEH/ENSP-FIOCRUZ - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado do Rio de Janeiro e Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Fonoaudiologia na Saúde do Trabalhador: Notificação em Fonoaudiologia. Rio de Janeiro (RJ): 2010. [acesso em 09 jun 2021]. Disponível em: http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/boletim_3.pdf

CAPÍTULO 4: O DISTÚRBO DA VOZ NA LISTA DE DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO DO BRASIL

Marcia Bandini🔍

João Silvestre Silva-Junior🔍

Elizabeth Costa Dias🔍

É relativamente recente a atenção dispensada aos distúrbios de voz relacionados ao trabalho (DVRT), apesar de reconhecidos há tempos, o indiscutível papel ou contribuição do trabalho ou das atividades que exigem do trabalhador o uso prolongado ou forçado do aparelho vocal como ocorre, por exemplo, com professores, locutores de rádio, televisão e outras mídias, cantores, entre outros profissionais da voz.

Nesse processo, é importante destacar a contribuição dos Fonoaudiólogos e Terapeutas Ocupacionais, além de médicos especialistas em Otorrinolaringologia, na prevenção, diagnóstico e tratamento dos DVRT. Deve-se registrar, a participação ativa e qualificada destes profissionais durante o processo de revisão e atualização da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) do Brasil, em sua versão 2020.¹ Esta contribuição corrige a lacuna representada pela ausência desse grupo na primeira versão da Lista, publicada em 1999².

No Brasil, conceitualmente, é considerada doença a “enfermidade ou estado clínico, independente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos”³. O Protocolo da Convenção da Organização Internacional do Trabalho (OIT) N.º. 155 sobre Saúde e Segurança Ocupacional denomina como “doença profissional¹” o adoecimento adquirido como resultado de exposição a fatores de risco presentes ou pregressos, decorrentes da atividade laboral⁴.

O reconhecimento da etiologia ocupacional de doenças prevê o estabelecimento de relação entre a exposição a condições de risco decorrentes de atividades de trabalho e os distúrbios ou danos que acometem os trabalhadores⁵. O diagnóstico desses eventos exige

¹ “Doença profissional” foi o termo adotado na versão em português da Convenção OIT no. 155, aprovada em 1981. Neste trecho, os autores o citaram como publicado pela OIT Brasil, mas esclarecem que o termo correto seria “doença relacionada ao trabalho”, como usado neste capítulo.

análise dos dados clínicos e da propedêutica complementar, além de criterioso estudo do trabalho por meio da recuperação dos antecedentes ocupacionais e análise das atividades exercidas, identificação e avaliação de possíveis fatores de riscos presentes no trabalho e de outros fatores de risco externos ao trabalho⁶.

Na construção da LDRT brasileira, tanto na versão publicada em 1999, quanto na atualização de 2020, foram consideradas como possíveis relações entre o adoecimento e o trabalho a classificação proposta por Schilling,⁷ adaptada à situação brasileira⁸:

- **GRUPO I:** Doenças em que o Trabalho é causa necessária, tipificadas pelas “doenças profissionais”, *strictu sensu*, e pelas intoxicações profissionais agudas;
- **GRUPO II:** Doenças em que o Trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário, exemplificadas por todas as doenças “comuns”, mais frequentes ou mais precoces em determinados grupos ocupacionais, e que, portanto, o nexos causal é de natureza eminentemente epidemiológica. A Hipertensão Arterial e as Neoplasias Malignas (Cânceres), em determinados grupos ocupacionais ou profissões constituem exemplo típico;
- **GRUPO III:** Doenças em que o Trabalho desencadeia e/ou agrava um distúrbio latente, ou doença já estabelecida ou pré-existente, ou seja, atua como concausa, tipificadas pelas doenças alérgicas de pele e respiratórias e pelos distúrbios mentais, em determinados grupos ocupacionais ou profissões.

O reconhecimento da relação entre o adoecimento e o trabalho desempenhado pelo trabalhador começa por uma pergunta simples na anamnese, proposta pelo médico italiano Bernardino Ramazzini, em 1700 - “Qual é a sua profissão?”. Já naquela época, Ramazzini alertava os médicos que a chave para o diagnóstico correto e o tratamento adequado poderia estar na resposta a essa pergunta. Infelizmente, passados tantos anos, essa informação ainda não é colhida ou não é valorizada, constituindo apenas um item de identificação no prontuário.

Deve-se ressaltar que falhas no reconhecimento da relação entre o adoecimento e o trabalho, atual ou pregresso, desenvolvido pelo trabalhador têm repercussões importantes sobre a qualidade da atenção nos serviços de saúde para garantir a integralidade do cuidado e os desdobramentos na esfera trabalhista e previdenciária. Considerando que as doenças relacionadas ao trabalho (DRT) são frequentemente evitáveis, mas não necessariamente curáveis, a prevenção e a detecção precoce destas enfermidades são essenciais para a adoção de ações de vigilância e promoção de saúde.

Para facilitar a identificação da relação entre o adoecimento e o trabalho a Organização Internacional do Trabalho (OIT) publicou em 1925 a sua primeira Lista de Doenças Ocupacionais, com três doenças, e fez diversas revisões com ampliação desde então⁹. As mudanças ao longo do tempo implicam na necessidade de revisão dos critérios de definição e na atualização quanto aos processos saúde-doença-trabalho, para que a lista seja utilizada no desenvolvimento de políticas sobre doenças ocupacionais e na promoção de sua prevenção.⁵ A versão mais recente foi publicada de 2010, e a discussão envolveu representantes governamentais, representações dos empregadores e dos trabalhadores^{5,9}.

No Brasil, a Lei Orgânica da Saúde Nº. 8.080, de 1990, estabelece, entre as atividades destinadas à promoção, proteção e assistência à saúde sob responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), a “revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais”¹⁰. A primeira lista de doenças relacionadas ao trabalho (LDRT) brasileira foi publicada em 1999, pela Portaria Nº. 1.339 do Ministério da Saúde, e atualmente está incluída na Portaria de Consolidação Nº. 5, de 2017^{2,3}.

Partindo dos 27 agentes ou grupos de agentes patogênicos previamente reconhecidos pelo sistema previdenciário,¹¹ foram identificadas 198 doenças que deram origem à LDRT do Brasil, organizada por “dupla entrada”, isto é, por “agente” (Lista A) e por “doença” (Lista B)^{2,3}. Utilizando a taxonomia e codificação da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID10), pretendia-se que a Lista B auxiliasse os profissionais do sistema de saúde que assistem trabalhadores a estabelecer a relação entre a doença apresentada pelo trabalhador e situações de exposição a agentes ou fatores de risco presentes no trabalho atual ou pregresso. A Lista A facilitaria a identificação dos agentes ou fatores de risco^{2,3}.

Além de cumprir a determinação legal, a revisão periódica, atualização e ampliação da LDRT possibilita o acompanhamento das transformações nos processos produtivos em curso no país que acarretam consequências para a saúde dos trabalhadores. Ademais, oportuniza a análise da experiência acumulada após a adoção da lista e a incorporação dos avanços do conhecimento técnico-científico no período.

Como mencionado anteriormente, os distúrbios de voz relacionados ao trabalho não foram contemplados na primeira LDRT do Brasil^{2,3}. Na versão de 1999 a única patologia correlacionada aos distúrbios de voz foi a laringotraqueíte crônica (CID10 J37.1), associada à exposição ocupacional ao agente de natureza química bromo. Entretanto, a presença destes distúrbios entre grupos profissionais com grande volume de trabalhadores, como professores e

operadores de teleatendimento, tem se apresentado como agravos que demandam prevenção, assistência e reabilitação específicos. Portanto, o reconhecimento donexo desses quadros clínicos com o trabalho é fundamental, não apenas para a orientação do plano terapêutico, mas também para a vigilância epidemiológica e dos ambientes e condições de trabalho (vigilância em saúde do trabalhador).¹²

Considerando a exigência legal e a necessidade de atualizar a LDRT, em 2018, a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (CGSAT/DSASTE/SVS/MS) iniciou o processo para a atualização LDRT do Brasil. O processo foi conduzido em cinco etapas:

- a) Elaboração da primeira versão da atualização da LDRT, com revisão de listas oficiais nacionais, internacionais e estrangeiras, e consulta dirigida a profissionais que fazem uso da lista brasileira em pesquisa, vigilância e assistência aos trabalhadores;
- b) Discussão de uma primeira versão da lista atualizada em oficina de trabalho para análise e discussão com grupo de especialistas no campo da Saúde Pública/Saúde do Trabalhador;
- c) Análise das contribuições da oficina de trabalho, elaboração da segunda versão da atualização da LDRT e disponibilização desta versão para consulta pública durante 60 dias, realizada por formulário eletrônico (FormSUS);
- d) Análise das contribuições da consulta pública e elaboração da terceira versão da atualização da LDRT, com encaminhamento para revisão técnica pela equipe da CGSAT/DSASTE/SVS/MS; e
- e) Revisão da Consultoria Jurídica (Conjur) do Ministério da Saúde e publicação da Portaria de atualização¹³.

Na consulta às listas elaboradas e vigentes em outros países, ou bloco de países, foram identificados os distúrbios de voz relacionados ao trabalho em várias delas. A Colômbia incluiu na sua LDRT os diagnósticos de laringotraqueíte crônica (CID10 J37.1), pólipos das cordas vocais e da laringe (CID10 J38.1), nódulos das cordas vocais (CID10 J38.2) e a disфонia (CID10 R49.0) por sobrecarga vocal no trabalho. A Espanha reconhece a relação entre casos de nódulos das cordas vocais (CID10 J38.2) e a sobrecarga vocal no trabalho. No processo de consulta dirigida e consulta pública, diversas contribuições foram encaminhadas para a inclusão de do diagnóstico de doença das cordas vocais e da laringe não classificada em outra parte (CID10 J38) e sua relação com ambiente e condições de trabalho.

A atualização 2020 da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho “a ser adotada como referência das doenças e agravos oriundos do processo de trabalho” foi publicada em 01 de setembro de 2020 no Diário Oficial da União, Portaria Nº. 2.309/GM/MS, que alterou a Portaria de Consolidação Nº. 5/2017.¹ Entretanto, foi revogada em 02 de setembro de 2020 pela Portaria Nº. 2.345/GM/MS¹⁴. Em 08 de setembro de 2020 a Portaria Nº. 2.384/GM/MS, retomou a vigência da versão 1999 da LDRT¹⁵. Esse processo mobilizou manifestações contrárias de inúmeros segmentos sociais, entre eles o Conselho Nacional da Saúde (CNS), que recomendou a adoção da atualização 2020 nas práticas do SUS. Em 2021, o Conselho Estadual de Saúde do Estado da Bahia aprovou a adoção da LDRT-atualização 2020 que foi incorporada pela Secretaria Estadual de Saúde daquele Estado nas redes de atenção à saúde¹⁶.

Considerações Finais

As LDRT espelham a interface trabalho-saúde-doença em uma sociedade e, por definição, devem ser construídas a partir de ampla participação social. A atualização periódica é necessária para que reflita o estágio dos processos produtivos adotados e o conhecimento científico disponível sobre os fatores de risco para a saúde decorrentes da exposição ocupacional e os possíveis danos e consequências sobre a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, em dada sociedade.

A LDRT é um instrumento ou ferramenta clínico-epidemiológico destinado a orientar a atenção integral à saúde dos trabalhadores, na rede de serviços de saúde, em especial, os procedimentos de assistência e a vigilância em saúde. As informações produzidas subsidiam o planejamento de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças, de reabilitação profissional, entre outras, a fim de oferecer ao trabalhador uma atenção integral eficaz, que é papel do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, o reconhecimento dos distúrbios da voz como doenças relacionadas ao trabalho possibilita direcionar ações específicas que visam proteger os trabalhadores. O reconhecimento de casos relacionados ao trabalho é parte da vigilância epidemiológica, que nos permite avaliar se as ações sanitárias estão sendo eficazes, bem como as modificações nos processos de trabalho passíveis de provocar adoecimento.

Finalizando, apresentamos no Quadro 1 a relação entre distúrbios de voz e agentes ou fatores de risco relacionados ao trabalho, conforme Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho do Ministério da Saúde do Brasil – atualização 2020¹.

Quadro 1. Relação entre distúrbios de voz e agentes ou fatores de risco relacionados ao trabalho, conforme Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho do Ministério da Saúde do Brasil – atualização 2020.

<p>J04.2 J37.1</p>	<p>Laringotraqueíte Aguda Laringotraqueíte Crônica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição a bromo; e/ou iodo; e/ou agentes químicos cáusticos e/ou tóxicos, em atividades de trabalho. • Trabalho com sobrecarga vocal associada e/ou agravada por: <ul style="list-style-type: none"> ○ Fatores psicossociais relacionados à característica e à organização do trabalho: jornada de trabalho prolongada, sobrecarga, acúmulo de atividades ou de funções, ausência de pausas e de locais de descanso durante a jornada, falta de autonomia, ritmo de trabalho acelerado para o cumprimento de metas, trabalho sob forte pressão, insatisfação com o trabalho ou com a remuneração, postura e equipamentos inadequados, dificuldade de acesso à hidratação e aos sanitários, dentre outros não especificados. ○ Fatores relacionados ao ambiente de trabalho: pressão sonora acima dos níveis de conforto, acústica desfavorável, mobiliário e recursos materiais inadequados ou insuficientes, desconforto e choque térmico, má qualidade do ar, ventilação inadequada do ambiente, baixa umidade, exposição a produtos químicos irritativos de vias aéreas superiores (solventes, vapores metálicos, gases asfixiantes) e presença de poeira ou fumaça no local de trabalho, dentre outros não especificados.
--------------------------------------	--	---

J38	Doenças das cordas vocais e da laringe não classificadas em outra parte	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho com sobrecarga vocal associada e/ou agravada por: <ul style="list-style-type: none"> ○ Fatores psicossociais relacionados à característica e à organização do trabalho: jornada de trabalho prolongada, sobrecarga, acúmulo de atividades ou de funções, ausência de pausas e de locais de descanso durante a jornada, falta de autonomia, ritmo de trabalho acelerado para o cumprimento de metas, trabalho sob forte pressão, insatisfação com o trabalho ou com a remuneração, postura e equipamentos inadequados, dificuldade de acesso à hidratação e aos sanitários, dentre outros não especificados. ○ Fatores relacionados ao ambiente de trabalho: pressão sonora acima dos níveis de conforto, acústica desfavorável, mobiliário e recursos materiais inadequados ou insuficientes, desconforto e choque térmico, má qualidade do ar, ventilação inadequada do ambiente, baixa umidade, exposição a produtos químicos irritativos de vias aéreas superiores (solventes, vapores metálicos, gases asfixiantes) e presença de poeira ou fumaça no local de trabalho, dentre outros não especificados.
J38.2	Nódulos das cordas vocais	
R49	Distúrbios da Voz	

Referências

1. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria N°. 2.309, de 28 de agosto de 2020. Altera a Portaria de Consolidação N°. 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e atualiza a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.309-de-28-de-agosto-de-2020-275240601>.

2. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº. 1.339, de 18 de novembro de 1999. Dispõe sobre a lista de doenças relacionadas ao trabalho. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.339-de-19-de-novembro-de-2020-257608309>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação Nº. 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html.
4. International Labour Organization. P155 - Protocol of 2002 to the Occupational Safety and Health Convention, 1981. Geneva: ILO, 2002.
5. International Labour Organization. List of occupational diseases (revised 2010). Identification and recognition of occupational diseases: Criteria for incorporating diseases in the ILO list of occupational diseases. Geneva: ILO, 2010.
6. Driscoll T. Deemed disease in Australia. Australia: Safe Work Australia; 2015.
7. Schilling RSF. More effective prevention in occupational health practice?. Occupational Medicine. 1984;34(3), 71-79.
8. Dias EC [Org]. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.
9. Kim E, Kang S. Historical review of the List of Occupational Diseases recommended by the International Labour organization (ILO). Ann Occup Environ Med. 2013;25:14.
10. 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
11. Brasil. Decreto Nº. 2.172, de 5 de março de 1997. Aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social. Diário Oficial da União 09 abr 1997.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho – DVRT. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 42 p.
13. Silva-Junior JS, Bandini M, Baêta KF, Dias EC. Atualização 2020 da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho do Brasil. Rev Bras Saúde Ocup (No prelo).
14. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº. 2.345, de 02 de setembro de 2020. Torna sem efeito a Portaria Nº. 2.309/GM/MS, de 28 de agosto de 2020. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.345-de-2-de-setembro-de-2020-275488423>.
15. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº. 2.384, de 08 de setembro de 2020. Repristina os arts. 423 e 424 da Seção IV do Capítulo III do Título III e o Anexo LXXX da Portaria de Consolidação Nº. 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.384-de-8-de-setembro-de-2020-276379302>.
16. Secretaria de Saúde da Bahia. Portaria Estadual Sesab Nº. 31, de 14 jan 2021. Institui a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho para o Estado da Bahia – LDRT-BA. Disponível em http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/PortariaEstadualSesab_31_LDRT-BA_14jan2021-1.pdf

CAPÍTULO 5: O QUE VOCÊ DEVE SABER SOBRE PROTOCOLOS DE COMPLEXIDADE DIFERENCIADA?

Flávia Nogueira e Ferreira-de-Sousa 

O perfil dos recursos humanos e capacitação específica para atuação na área é um dos principais desafios para a implantação da Saúde do Trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Iniciativas neste sentido são consideradas como ações estratégicas na Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), que, por exemplo, cita em seu Art. 9º, letra b):

Art. 9º São estratégias da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora:

b) produção conjunta de **protocolos**, normas técnicas e atos normativos, com harmonização de parâmetros e indicadores, para **orientação aos Estados e Municípios no desenvolvimento das ações de vigilância**, e especialmente como referência para os processos de pactuação entre as três esferas de gestão do SUS (PNSTT, 2013).

Dessa maneira, o Ministério da Saúde lançou uma série de publicações, chamadas de “Protocolos de Complexidade Diferenciada”, com o intuito de atender os trabalhadores com suspeita de doenças e agravos à saúde relacionados ao trabalho (DART), incluindo os procedimentos compreendidos entre o primeiro atendimento até a notificação. Além disso, esta série oferece recomendações e parâmetros para o diagnóstico, tratamento e prevenção das DART. Trata-se, pois, de dotar o profissional do SUS de mais um instrumento para orientar o cumprimento de seu dever enquanto agente de Estado, contribuindo para melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores e, por conseguinte, para a garantia de seu direito à saúde. Atualmente temos 14 protocolos publicados:

1. Anamnese Ocupacional - Manual de Preenchimento da Ficha Resumo de Atendimento Ambulatorial em Saúde do Trabalhador (Firaast) (2006);
2. Notificação de Acidentes do Trabalho: Fatais, Graves e com Crianças e Adolescentes (2006);
3. Exposição a Materiais Biológicos (2006);

4. Atenção à Saúde dos Trabalhadores Expostos ao Chumbo Metálico (2004);
5. Perda Auditiva Induzida por Ruído (Pair) (2006);
6. Pneumoconioses (2006);
7. Risco Químico – Atenção à Saúde dos Trabalhadores Expostos ao Benzeno (2006);
8. Câncer Relacionado ao Trabalho – Leucemia Mielóide Aguda/Síndrome Mielodisplásica Decorrente da Exposição ao Benzeno (2006);
9. Dermatoses Ocupacionais (2006);
10. Dor relacionada ao trabalho: Lesões por esforços repetitivos (LER), Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort) (2012);
11. Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho - DRVT (2018);

Além destes 11 protocolos, existe mais um publicado em Edição Especial: Trabalho infantil - Diretrizes para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos (2005). A maior parte dos Protocolos de Complexidade Diferenciada é de 2006, dessa forma várias orientações contidas neles estão desatualizadas, com exceção do Protocolo de Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho – DRVT, publicação mais recente. A CGSAT em parceria com instituições de ensino, serviços da Rede nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e representações de trabalhadores está atualizando alguns destes protocolos e incorporando outros temas de relevância para a área que vão além do diagnóstico da DART e da notificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan) como: vigilância de ambientes e processos de trabalho e Linha de Cuidado de Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (DART). Portanto, existe a preocupação de ampliação dos temas abordados nos protocolos de complexidade diferenciada, como pode ser percebido ao se comparar os protocolos de DVRT e Pneumoconioses, por exemplo.

Para implementação dos protocolos, o Ministério da Saúde investiu em capacitações dos profissionais de saúde da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (Renast), com cursos de curta duração e aperfeiçoamento e pretende fortalecer o programa de educação permanente em saúde do trabalhador para que as ações dos protocolos sejam divulgadas e incorporadas ao processo de trabalho dos serviços de saúde. Percebe-se que apesar dos esforços em publicar protocolos de Visat e implementar capacitações direcionadas, ainda é um grande desafio para o SUS a realização de ações específicas para a saúde do trabalhador, principalmente para identificação da relação de doenças e agravos com o trabalho e vigilância de ambientes e processos de trabalho, como a inspeção sanitária em saúde do trabalhador.

Dentre todos os protocolos apenas o relativo ao DVRT não se refere a uma DART de notificação compulsória no Sinan, ficando esta decisão a cargo dos Estados e municípios. O DVRT também não está dentre as Doenças da Lista de Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (LDRT) do Ministério da Saúde, apesar de ter um protocolo próprio (Brasil, 1999). Estar na LDRT é muito importante para orientar o diagnóstico das doenças, ações de vigilância epidemiológica e vigilância de ambientes e processos de trabalho no SUS, sendo um instrumento valiosíssimo para a melhor compreensão da relação entre o trabalho e adoecimento. A LDRT desempenha, função importante na medida em que leva em consideração o critério epidemiológico para ajudar no processo de elaboração e implementação de políticas públicas voltadas à prevenção de DART. Ainda, orienta e direciona o foco e as ações dos profissionais de saúde e segurança no trabalho, bem como de formuladores e executores das políticas públicas de promoção e prevenção de adoecimentos laborais.

Porém, não estar incluído na LDRT não significa que o DVRT não possa estar relacionado ao trabalho, ou seja, a lista não é exaustiva, enfermidades que não estão nela contidas podem ser reconhecidas como relacionadas ao trabalho se houver histórico de exposição ocupacional que justifique o nexo de causa ou concausa. Por exemplo, há muitos estudos que sustentam, empiricamente a relação do distúrbio de voz com o trabalho e o grupo de profissionais da voz mais estudado são os professores, seja pelo contingente de trabalhadores, pelas condições de trabalho ou pela facilidade de investigação. Por outro lado, a presença de um código-diagnóstico na LDRT não significa o reconhecimento automático de nexo ocupacional, sendo necessário fazer um adequado diagnóstico, que inclui diagnóstico diferencial e o necessário estudo da relação com o trabalho (Dias et al. 2021).

Dessa maneira, destaca-se a importância da anamnese ocupacional na investigação da relação do Distúrbio de Voz com o trabalho. Uma boa anamnese é fundamental para o diagnóstico em geral e para o conhecimento da história de exposição ambiental e ocupacional dos fatores de risco para o desenvolvimento do DVRT, ou seja, é informação basilar para o entendimento do distúrbio. Durante a anamnese, inicialmente, é preciso colher os dados ocupacionais da pessoa. Porém, para não reduzir essa etapa à simples pergunta “Qual é o seu trabalho?”, é importante incluir também na avaliação e caracterizar bem outros questionamentos como: há quanto tempo está nessa função? Quais produtos ou instrumentos você costuma manusear/estar em contato? Há colegas do serviço em situações semelhante à sua?

Além da ocupação atual, é importante investigar as ocupações anteriores, dada a variabilidade dos períodos de latência requeridos para o surgimento de uma patologia relacionada ao trabalho. Ressalta-se que, mesmo havendo fatores pessoais que possam desencadear um distúrbio de voz, fatores de ambiente e organização do trabalho são determinantes do adoecimento. De acordo com o Protocolo do DVRT (Brasil, 2018) determinantes sociais ou fatores de risco agravantes e desencadeantes do DVRT podem ser agrupados da seguinte forma:

1. Fatores relacionados à característica e à organização do trabalho: jornada de trabalho prolongada, sobrecarga, acúmulo de atividades ou de funções, demanda vocal excessiva, ausência de pausas e de locais de descanso durante a jornada, falta de autonomia, ritmo de trabalho acelerado para o cumprimento de metas, trabalho sob forte pressão, insatisfação com o trabalho ou com a remuneração, postura e equipamentos inadequados, dificuldade de acesso à hidratação e aos sanitários, entre outros.
2. Fatores relacionados ao ambiente de trabalho: pressão sonora acima dos níveis de conforto, acústica desfavorável, mobiliário e recursos materiais inadequados ou insuficientes, desconforto e choque térmico, má qualidade do ar, ventilação inadequada do ambiente, baixa umidade, exposição a produtos químicos irritativos de vias aéreas superiores (solventes, vapores metálicos, gases asfixiantes) e presença de poeira ou fumaça no local de trabalho, entre outros.
3. Fatores relacionados ao indivíduo: idade, sexo feminino, alergias respiratórias, doenças de vias aéreas superiores, influências hormonais, medicações, etilismo, tabagismo e outros.

Uma doença ou agravo relacionado ao trabalho pode ter três classificações, de acordo com Schilling (1984):

- I. Trabalho como causa única e necessária;
- II. Como um fator contributivo;
- III. Como fator provocador de distúrbio latente ou agravante de doença estabelecida.

O DVRT, por ser multicausal, encontra-se nas classificações II e III, havendo uma probabilidade aumentada de ocorrência da doença quando fatores de risco relacionados ao trabalho se apresentam (Przysiezny & Przysiezny, 2015). Desta forma, a relação entre doença e trabalho é confirmada, levando-se em conta o excesso de casos em determinados grupos de trabalhadores, assim como existência de fatores de risco relacionados ao trabalho.

Fica evidente a necessidade de implementação de ações de educação permanente para a Renast para manejo, vigilância, promoção, proteção à saúde e reabilitação do DVRT, apesar de publicação do Protocolo deste distúrbio. Por fim, ressalta-se a importância da identificação do DVRT entre pessoas que utilizam a voz profissionalmente, com o objetivo de que as condições e características do próprio trabalho sejam o objeto de intervenções de promoção e proteção da saúde vocal desses trabalhadores.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº. 1.339, de 18 de novembro de 1999. Dispõe sobre a lista de doenças relacionadas ao trabalho. Diário Oficial da União. 19 Nov 1999. [acesso em 18 maio 2021]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.339-de-19-de-maio-de-2020-257608309>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Organizado por Elizabeth Costa Dias. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Anamnese ocupacional: manual de preenchimento da Ficha Resumo de Atendimento Ambulatorial em Saúde do Trabalhador (Firaast) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador ; 2. Protocolos de Complexidade Diferenciada) 52 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador; 1).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Exposição a materiais biológicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 76 p.:il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador ; 3. Protocolos de Complexidade Diferenciada).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde dos trabalhadores expostos ao chumbo metálico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 44 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador ; 4. Protocolos de Complexidade Diferenciada).
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Perda auditiva induzida por ruído (Pair) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 40 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador ; 5. Protocolos de Complexidade Diferenciada).
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pneumoconioses / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção

- à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 76 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador ; 6. Protocolos de Complexidade Diferenciada).
9. EC Dias, JS Silva-Junior, KF Baeta, M Bandini. Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho—obrigação legal de base técnica se transforma em imbróglgio político-social: reflexões sobre possíveis saídas. *Saúde debate* 45 (129). Apr-Jun 2021. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112914>.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Risco químico: atenção à saúde dos trabalhadores expostos ao benzeno / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 48 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador ; 7. Protocolos de Complexidade Diferenciada).
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Câncer relacionado ao trabalho : leucemia mielóide aguda – síndrome mielodisplásica decorrente da exposição ao benzeno / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 48 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador ; 8. Protocolos de Alta Complexidade).
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Dermatoses ocupacionais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 92 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador ; 9).
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Dor relacionada ao trabalho : lesões por esforços repetitivos (LER) : distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort) / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 68 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador ; 10. Protocolos de Complexidade Diferenciada).
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho – DVRT / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 42 p. : il. (Saúde do Trabalhador ; 11. Protocolos de Complexidade Diferenciada).
 15. Przysieszny PE, Przysieszny LTS. Work-related voice disorder. *Braz Otorhinolaryngol* 2015; 81(2):202-211.
 16. Schilling RSF. More effective prevention in occupational health practice. *J Soc Occup Med* 1984; 34(3):71-79.

CAPÍTULO 6: DISTÚRBIO DE VOZ RELACIONADO AO TRABALHO (DVRT): HISTÓRICO E PRÓXIMAS AÇÕES

Léslie Piccolotto Ferreira 

Pablo Rodrigo Rocha Ferraz 

A importância de um Protocolo de Complexidade Diferenciada

Embora neste e-book um capítulo especial aprofunde as questões relacionadas a Protocolos de Complexidade Diferenciada, resolvemos de forma breve retomar a questão, para contextualizar o Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT).

Sabe-se que a Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (RENAST), rede essa desenvolvida de forma articulada entre o Ministério da Saúde (MS), as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, visa à atenção integral a saúde dos trabalhadores de todos os setores da economia (formal, informal, público e privado, das áreas urbanas e rurais), por meio de ações de vigilância em saúde, promoção da saúde, prevenção de agravos e doenças, assistência, reabilitação, educação permanente, disseminação e intercâmbio de informações, assim como troca de experiências e gestão de conhecimento em Saúde do Trabalhador¹.

Essa rede é a principal estratégia da organização da Saúde do Trabalhador e tem por objetivo implementar ações em todos os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo a atenção básica como ordenadora da rede e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) como retaguarda técnica especializada e apoiadora^{1,2}.

Com o intuito de atender os trabalhadores com suspeita de agravos à saúde relacionados ao trabalho, tem-se realizado publicações definidas após discussões com grupo técnico e revisão bibliográfica que definem um texto, que na sequência será avaliado por especialistas da comunidade científica e apresentado para consulta pública, seguido por ajustes e publicação oficial.

O objetivo dessas publicações é oferecer aos profissionais da saúde orientações técnicas e epidemiológicas de um determinado agravo, no sentido de buscar na história

pessoal e profissional do trabalhador dados que possam trazer informações sobre a relação da doença apresentada pelo trabalhador e seu contexto profissional. Buscam explicitar recomendações e parâmetros para notificação, diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças relacionadas ao trabalho.

Não são publicações que se destinam apenas a profissionais da rede SUS (Vigilância em Saúde, Atenção Básica, média e alta complexidade), mas também aos que atuam em serviços privados, serviços de saúde das empresas e Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), com vistas a saúde de qualquer trabalhador independente de seu vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho¹.

Para a Fonoaudiologia, certamente o mais conhecido dentre as publicações, denominadas Protocolo de Complexidade Diferenciada, é o relacionado a Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR)³, por ter sido publicado a mais tempo e estar frequentemente presente no dia a dia do atendimento de trabalhadores.

Publicação do DVRT: conquista que levou muito tempo para acontecer...

A publicação do Protocolo DVRT, ocorreu em 31 de julho de 2018, depois de mais de 20 anos de discussões em eventos ou bastidores, com a participação de representantes de universidades, associações e conselhos de classe, sindicatos de trabalhadores, CERESTs, entidades assistenciais e jurídicas, dentre outros, contando assim com fonoaudiólogos, médicos otorrinolaringologistas e do trabalho, e também com outros profissionais que transitam no mundo da Saúde do Trabalhador^{1,4-8}.

Muitas pessoas colaboraram durante esse processo e certamente a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) orgulha-se de ter sido a protagonista desse movimento, abrindo suas portas anualmente desde 1997, para a realização de eventos, pesquisas, artigos, enfim manter o debate constante até chegar a efetiva publicação^{4-6,8-10}. Os interessados podem conhecer os inúmeros “capítulos” da “novela” (ou “episódios da série...”) lendo comunicações e artigos publicados a respeito⁸⁻¹² e até o próprio Protocolo¹ que registra inúmeras pesquisas realizadas, que alicerçaram a elaboração do documento.

Diversos profissionais de destaque no nosso país, envolvidos com as questões da Saúde do Trabalhador estiveram presentes no decorrer desses anos, vivenciando momentos por vezes densos e outros tensos, contribuindo muito na ampliação das discussões e fica aqui nosso eterno agradecimento a todos eles.

Interessante ressaltar que apesar do tempo extenso, nesse percurso diferentes rumos foram sendo definidos, e esses, certamente contribuíram para, de um lado ampliar o olhar dos profissionais da saúde, principalmente do fonoaudiólogo quanto as questões da Saúde do Trabalhador, e de outro acolher mais e melhor os trabalhadores. Vamos destacar três deles.

- O primeiro é a questão de inicialmente o primeiro documento elaborado ter como foco questões trabalhistas (Instituto Nacional de Seguro Social – INSS) e, portanto, ser voltado para aqueles trabalhadores em que se constatava estarem acometidos do agravo. No momento seguinte em que o documento passou a ser direcionado ao MS, o foco ampliou e por meio de linha de cuidado estabelecida, incentiva o planejamento e implantação de ações de promoção da saúde, assim como de prevenção e tratamento do agravo¹².
- Outra questão é o envolvimento de fonoaudiólogos e médicos otorrinolaringologistas e do trabalho na direção de definirem que de fato o agravo era relacionado ao distúrbio de voz e não à laringopatia relacionada ao trabalho, o que beneficiou aqueles trabalhadores que têm distúrbio de voz de característica funcional e não têm diagnóstico de alteração de laringe.
- Finalmente a própria definição do DVRT que na publicação se apresenta como “*qualquer forma de desvio vocal relacionado à atividade profissional que diminua, comprometa ou impeça a atuação ou a comunicação do trabalhador, podendo ou não haver alteração orgânica da laringe*” (BRASIL, 2018a, p. 11)¹. Numa primeira versão do Protocolo, finalizado em 2011 e que foi para consulta pública na sequência¹³, o DVRT era definido como qualquer forma de desvio vocal diretamente relacionado ao uso da voz. Ao ser retirado, na versão atual, o termo “diretamente” possibilitou que não apenas os denominados profissionais da voz (professores, cantores, locutores, teleoperadores, entre outros) estariam sendo beneficiados com o Protocolo, mas também aqueles que, no seu ofício, mesmo não tendo a voz como instrumento de trabalho, estão expostos a produtos químicos ou fumaça, como no caso dos cabeleireiros, profissionais de limpeza ou chapeiros de churrascaria e lanchonetes.

A classificação proposta no DVRT é a de Costa, Pontes e Almeida¹⁴, que apresentam três tipos de adoecimento relacionados ao trabalho:

- Casos de trabalhadores expostos a substâncias irritativas da mucosa respiratória presentes no ambiente e no processo de trabalho, tendo como consequência

laringites inespecíficas e crônicas (como no caso dos cabeleireiros e chapeiros mencionados anteriormente);

- Relativos à constituição do próprio indivíduo, como as alterações estruturais mínimas da laringe, que, se presentes, podem ser um fator agravador;
- Distúrbios vocais decorrentes do uso intenso da voz no exercício do trabalho, frequentes entre os chamados profissionais da voz.

Quanto aos fatores de risco, três categorias são detalhadas:

- Fatores relacionados ao trabalhador, decorrentes da “*idade, sexo feminino, alergias respiratórias, doenças de vias aéreas superiores, influências hormonais, medicações, etilismo, tabagismo e outros*” (BRASIL, 2018a, p. 12)¹;
- • fatores relacionados ao ambiente, como a presença de “*pressão sonora acima dos níveis de conforto, acústica desfavorável, mobiliário e recursos materiais inadequados ou insuficientes, desconforto e choque térmico, má qualidade do ar, ventilação inadequada do ambiente, baixa umidade, exposição a produtos químicos irritativos de vias aéreas superiores (solventes, vapores metálicos, gases asfixiantes) e presença de poeira ou fumaça no local de trabalho, entre outros*” (BRASIL, 2018a, p. 12)¹;
- • fatores relacionados à organização do trabalho, como “*jornada de trabalho prolongada, sobrecarga, acúmulo de atividades ou de funções, demanda vocal excessiva, ausência de pausas e de locais de descanso durante a jornada, falta de autonomia, ritmo de trabalho acelerado para o cumprimento de metas, trabalho sob forte pressão, insatisfação com o trabalho ou com a remuneração, postura e equipamentos inadequados, dificuldade de acesso à hidratação e aos sanitários, entre outros*” (BRASIL, 2018a, p. 12)¹.

O DVRT, assim como os demais Protocolos, apresenta recomendações e parâmetros para Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), que é um componente do Sistema nacional de Vigilância em Saúde, que tem como meta a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio de ações que possam minimizar os agravos e seus determinantes.

As recomendações apresentadas no DVRT podem ser divididas em quatro eixos¹, todos eles melhor definidos e descritos em outros capítulos deste e-book:

- Linha de Cuidado – que vem a ser a “organização das ações e serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território, que permite a articulação entre conhecimentos, tecnologias, profissionais e instituições, para que

o cidadão possa acessá-los de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e seguindo uma lógica técnico-sanitária” (BRASIL, 2018a, p. 24)¹. Dessa forma, define as portas de entrada, ordena o acesso, oferece atendimento adequado às necessidades do trabalhador, racionaliza a oferta de serviços entre outros;

- Diagnóstico – com levantamento inicial do quadro clínico, com registro de sinais e sintomas; realização da avaliação por meio de levantamento da história clínica, laboral (fatores de risco do ambiente, condições e organização do trabalho) e evidências epidemiológicas; avaliação médica com visibilização da região laringofaríngea, realizada preferencialmente por um otorrinolaringologista; avaliação fonoaudiológica da voz; e inspeção in loco do posto/atividade de trabalho para investigação da relação com o trabalho, se necessário;
- Tratamento, reabilitação e retorno ao trabalho – partindo do diagnóstico, com proposta de programa de tratamento (medicamentoso ou cirúrgico) e a reabilitação específica para cada caso, buscando a atenção integral da saúde do trabalhador, possibilitando a readaptação vocal e o retorno do trabalhador ao seu ambiente de trabalho;
- Vigilância de ambientes e processos de trabalho – com o propósito de realizar inspeção e intervir nos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde dos trabalhadores, visando eliminar ou, na sua impossibilidade, atenuar e controlar esses fatores¹.

O principal ponto de partida para dar início a essa sequência é realizar a notificação do caso no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) do MS, que tem como objetivo “coletar, transmitir e disseminar dados gerados pelos sistemas de vigilância epidemiológica municipais, estaduais e federal, além de realizar a análise das informações epidemiológicas para o planejamento da saúde e da necessidade de intervenções”¹⁵.

Assim sendo, ele é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, permitindo ainda que estados e municípios possam incluir outros problemas de saúde importantes em sua região, constituindo-se em instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções^{9,15,16}.

DVRT: próximos desafios

Apesar de toda euforia assim que o DVRT foi publicado em 2018, quem estava acompanhando o processo tinha a clareza de que uma etapa tinha sido finalizada, mas outras tantas estavam pela frente para serem vividas...

No segundo semestre desse ano, muitas atividades foram planejadas na direção de, além de comemorar, apontar os próximos passos.

Os caminhos apontam para algumas direções que serão aqui explicitadas e que foram também apresentadas em diferentes eventos.

Podemos resumir em quatro ações, a saber: divulgar a publicação do DVRT; realizar a notificação do DVRT; inserir o CID R49 (referente a distúrbios da voz) na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT); e finalmente capacitar o fonoaudiólogo e demais profissionais da saúde no manejo do DVRT.

- Quanto à divulgação, assumimos o compromisso de atender todos os convites feitos, por Instituições de Ensino Superior, sociedades científicas e demais interessados, para falar e compartilhar os ganhos advindos da publicação do DVRT. Com a pandemia foi possível falar de forma remota em diferentes regiões, e certamente docentes e corpo discente de vários cursos puderam conhecer o histórico e entender melhor quais são os próximos passos. Infelizmente tivemos pouco retorno por parte de Sindicatos, instância essa que a nosso ver é muito importante, para que seja possível agregar ao nosso movimento aquele contemplado pela publicação do DVRT: o trabalhador. Nos primeiros Seminários de Voz da PUC-SP tivemos a participação efetiva dos representantes e trabalhadores de diferentes Sindicatos, contudo por questões da conjuntura atual, hoje esses estão afastados, conseguindo dar pouca atenção às questões relacionadas à saúde, uma vez que as conquistas salariais são mais emergentes. A divulgação do DVRT está ainda muito incipiente quando até mesmo entre os fonoaudiólogos há ainda aqueles que desconhecem, ou se sabem da publicação, acreditam de forma errônea que esse documento atende apenas aqueles que estão trabalhando em locais de atendimento público. Divulgar o documento levando a todos os trabalhadores o entendimento sobre o respaldo conquistado com esse documento, que prevê a promoção da saúde e a prevenção e tratamento do DVRT dos trabalhadores, é tarefa prioritária de todos os fonoaudiólogos;
- O segundo aspecto destacado é a notificação do DVRT. Como realizar a notificação do DVRT? Essa foi a principal questão, apresentada no mesmo dia da publicação do documento, até porque sabemos que é por meio dela que o agravo “existe”, ou

seja, se não há notificação, os problemas não estarão registrados e, portanto, não é possível planejar, implementar e implantar nenhuma ação, etc. No dia, fomos orientados na direção de que a notificação fosse realizada via SINAN, como exposto anteriormente. Sabíamos da complexidade de utilizarmos esse Sistema e tínhamos a informação de que o Rio de Janeiro e Alagoas vinham notificando fazia algum tempo¹⁰. Fonoaudiólogos envolvidos com a questão da Saúde do Trabalhador e ao mesmo tempo com o DVRT, tinham proposto uma ficha de notificação que reuniu de certa forma as experiências dos estados citados anteriormente. Essa ficha foi publicada como uma primeira proposta, e certamente até a finalização dela houve muita discussão em que diferentes profissionais foram envolvidos⁹. Após a publicação desse material por iniciativa da Dr^a. Marcia Tiveron, profissional do Centro de Vigilância Sanitária (Divisão Técnica de Vigilância Sanitária do Trabalho, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. São Paulo), os dados da ficha foram inseridos em formulário específico (FormSUS) e disponibilizado, inicialmente para o Estado de São Paulo, e em seguida para qualquer interessado. No ano de 2019, foi possível apresentar no Congresso da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia os dados referentes a um levantamento ainda incipiente, de 117 dessas notificações, registradas 17 na sua quase totalidade por um único CEREST (111-94,8%). Os dados evidenciaram um perfil de trabalhador acometido pelo DVRT, que as pesquisas em sua maioria apontam: média de idade de 45 anos, mulheres (99-83,3%), com curso superior completo (94-80,3%), atuando como professor/a (81-69,2%); em relação às condições de trabalho, o uso excessivo da voz (111-94,8%), necessidade de falar alto (90-76,9%) e presença de ruído no ambiente (81-69,2%) foram os fatores mais mencionados, e dentre as comorbidades, alergias respiratórias (63-53,8%), refluxo (32- 27,3%) e infecção respiratória (20-17,9%), as mais registradas. Quanto aos sinais e sintomas vocais, a maioria mencionou rouquidão (112-95,7%), cansaço ao falar (74-63,2%) e ardor na garganta ao falar (67-57,2%) e os CIDs registrados foram R49-Disfonia funcional (58-50,0%), J38-Doenças das cordas vocais e da laringe (50-43,1%) e J38 -Nódulos nas cordas vocais (8-6,8%)¹⁷. Em especial neste ano de 2021, fomos surpreendidos pela notícia de que os instrumentos de coleta disponibilizados no formato FormSUS não seriam mais disponibilizados, uma vez que há por parte do Ministério da Saúde interesse em elaborar uma única ficha para notificação de qualquer agravo à saúde do trabalhador. Mais recentemente e ainda em elaboração,

surgiu a ideia de registrar os dados em formato Google Forms[®], enquanto uma ficha única não é divulgada pelo MS. Pelo relato, percebe-se que ainda há um longo caminho para intensificar a questão da notificação do DVRT;

- Outro aspecto importante é o que se refere a inserção do distúrbio de voz na LDRT do MS. No ano de 2019, demos início a um movimento, assim que soubemos que haveria a criação de uma comissão para revisão e atualização da referida lista, publicada pela última vez em 1999. Sabendo que haveria uma consulta pública entre 28 de novembro de 2019 e 2 de fevereiro de 2020, incentivamos a participação efetiva dos fonoaudiólogos no sentido de enviarem suas sugestões. Finalmente a nova LDRT foi publicada por meio da Portaria GM/MS Nº. 2.309, de 28 de agosto de 2020¹⁸, sendo composta por duas listas complementares e reversas: na Lista A, constavam os agentes/fatores de risco e agravos por meio da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) e na Lista B, ao contrário, os agravos eram demonstrados com seus respectivos agentes/fatores de risco. Finalmente a questão do DVRT tinha sido contemplada, considerando como principal fator de risco o “trabalho com sobrecarga vocal”, sendo aspectos agravantes os “fatores psicossociais relacionados à característica e organização do trabalho” e os “fatores relacionados ao ambiente de trabalho”. Os agravos estabelecidos como tendo relação com o trabalho foram: laringotraqueíte aguda (J04.2); laringotraqueíte crônica (J37.1); doenças das cordas vocais e da laringe não classificadas em outra parte (J38); nódulos das cordas vocais (J38.2); e distúrbios de voz (R49). Porém, em menos de 24 horas de sua publicação, enquanto comemorávamos a vitória, a nova LDRT foi revogada, por meio da Portaria GM/MS Nº. 2.345/2020^{11,19}, ou seja, voltamos para a estaca zero. Entretanto, a iniciativa da Secretaria de Saúde da Bahia pode servir de exemplo, enquanto a LDRT atualizada, não é oficializada, ou seja, essa secretaria publicou uma Portaria Estadual em janeiro de 2021²⁰ e instituiu a nova LDRT a ser seguida no referido estado;
- A última ação, não menos complexa e necessária, vai à direção de capacitar o fonoaudiólogo para o manejo do DVRT. Esse assunto requer o envolvimento de diferentes instâncias e algumas ações foram realizadas ou estão em curso, até porque, apesar do Conselho Federal de Fonoaudiologia reconhecer a atuação do fonoaudiólogo na Saúde do Trabalhador²¹, alguns desafios temos pela frente para superar, relacionados à formação desse profissional nessa área, incorporando até

mesmo o olhar para os agravos, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF)²². Em especial, na PUC-SP em 2018, após a publicação do DVRT, organizamos um Seminário, em parceria com o CEREST-SP, em que as discussões caminharam na direção de melhor entender o panorama sobre o DVRT, e nesse evento foram incluídas também discussões sobre a Perda Auditiva Induzida pelo Ruído (PAIR), dois agravos à Saúde do Trabalhador, presentes no dia a dia do fonoaudiólogo. No ano seguinte, contando mais uma vez com a mesma parceria, os transtornos mentais também foram incluídos nas discussões, uma vez que no contexto de trabalho nos dias de hoje, esses atravessam inúmeras vezes os casos de DVRT e PAIR atendidos. A Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), em parceria com a PUC-SP, organizou dois eventos, nos anos de 2017 e 2019, e nesse último²³, algumas tarefas foram arroladas entre os participantes e publicadas no 97º Boletim da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa)²⁴. Esse material serviu de pauta para o Fórum denominado Agravos da comunicação à Saúde do Trabalhador: DVRT e PAIR, ocorrido no mesmo ano, no X Congresso Internacional de Fonoaudiologia, XXVII Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia, III Encontro Mineiro de Fonoaudiologia, sediado na cidade de Belo Horizonte/MG²⁵. Os presentes ao final encaminharam solicitação para a criação de um Grupo de Trabalho (GT) que tivesse participação de representantes de diferentes Departamentos da SBFa (Voz, Audição e Equilíbrio, Saúde Coletiva e Comissão de Ensino), com o objetivo de reconhecer o distúrbio de voz formalmente como doença relacionada ao trabalho e incluí-lo na lista de agravos de doença relacionado ao trabalho; fomentar a notificação da PAIR de modo a mantê-la na lista de agravos relacionados ao trabalho e ampliar os fatores causadores da perda auditiva ocupacional, a exemplo dos contaminantes químicos; e finalmente capacitar os fonoaudiólogos que atuam tanto a rede pública como em consultório particular sobre o manejo do DVRT e PAIR. Esse grupo foi denominado GT-Saúde do Trabalhador: DVRT/PAIR, e encontra-se sob a coordenação da Prof^a. Dra Maria Lucia Vaz Masson e Prof^a. Dr^a. Claudia Giglio de Oliveira Gonçalves, e desde o ano de 2020, oficialmente participou do Congresso da SBFa. Em especial nesse ano, foi iniciada a capacitação oficial do fonoaudiólogo, por meio de atividade realizada em parceria mantida entre SBFa e Conselho Federal de Fonoaudiologia. Uma capacitação certificada para a aplicação do Protocolo DVRT, pretende ser lançada no Congresso da SBFa em 2021. Cabe destacar o incansável trabalho da

Dra Marcia Tiveron, como uma das responsáveis pela Divisão de Vigilância Sanitária do Trabalho - CEREST Estadual de SP, que tem nos últimos anos organizado encontros com os fonoaudiólogos que atuam nos diferentes CERESTs do estado, permitindo discussões a respeito do manejo do DVRT. Certamente outras iniciativas dos serviços também têm sido planejadas e devem ser divulgadas, na direção de servirem como experiências para outros CERESTs do nosso país. Aliás, a questão do registro dessas iniciativas, por meio de notas, realização de pesquisas, publicação em anais ou por meio de artigos científicos e capítulos de livro devem fazer parte de todos os envolvidos com as questões ora discutidas, uma vez que esse material pode se constituir, além de registro histórico, em informações para melhor formação dos interessados. Mais uma vez, com orgulho mencionamos o livro *Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho: práticas fonoaudiológicas*, organizado pelo LaborVox, que contou com a participação de mais de 100 autores de diferentes regiões do país, e em 36 capítulos oferece inúmeras ideias de ações que podem ser colocadas em prática no trabalho com diferentes profissionais da voz²⁶.

Finalizando, destacamos a importância de estarmos envolvidos cada vez mais nas discussões do DVRT, participando das iniciativas das diferentes instâncias e conhecendo de perto as ações desenvolvidas pelos CERESTs (você conhece o trabalho do CEREST próximo ao local em que você atua?), pelas IES e entidades de classe e científicas.

Foram mais de 20 anos de batalha para conseguirmos a publicação do DVRT, mas temos certeza de que é por meio de um movimento que envolva um número sempre maior de interessados que conseguiremos dar conta, em menor tempo, das inúmeras tarefas que temos pela frente.


Referências


1. Brasil. Protocolo Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho – DVRT [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador; 2018 [cited 2021 Jul 2]. 42 p. Available from: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/protocolo-disturbio-voz-relacionado-trabalho-dvrt>.
2. Ferreira LP, Märtz MLW. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho: a experiência dos Cerest. BEPA [Internet]. 2010;7(76):13–9. Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/ses-sp/2010/ses-27937/ses-27937-4588.pdf>.
3. Brasil. Protocolo de Perda auditiva induzida por ruído (Pair) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações

- Programáticas Estratégicas; 2006. Available from: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/protocolo-perda-auditiva-induzida-ruído-pair>.
4. Ferracciu CCS, Almeida MS de. O distúrbio de voz relacionado ao trabalho do professor e a legislação atual. *Rev CEFAC*. 2014 Apr;16(2):628–33.
 5. Ferreira LP, Bernardi APA. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho: resgate histórico. *Distúrb Comun*. 2011;23(2):233–6.
 6. LABORVOX. Seminário de Voz [Internet]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). 2021 [cited 2021 Jul 2]. Available from: <https://www.pucsp.br/laborvox/eventos/seminario.html>.
 7. Jesus MTA de, Ferrite S, Araújo TM de, Masson MLV. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho: revisão integrativa. *Rev Bras Saúde Ocup* [Internet]. 2020 Oct 2 [cited 2021 Jun 20];45. Available from: <http://orcid.org/0000-0001-5344-3751>.
 8. Ferreira LP. DVRT: dos Consensos de Voz Profissional ao Protocolo de Complexidade Diferenciada no SUS. *Fonoaudiol na Saúde do Trab*. 2012;(7):1–4.
 9. Ferreira LP, Nakamura HY, Zampieri E, Constantini AC. Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho: proposta de uma ficha de notificação individual. *Distúrbios da Comun*. 2018;30(1):170–8.
 10. Masson MLV, Ferrite S, Pereira LMA, Ferreira LP, Araújo TM. Seeking the recognition of voice disorder as work-related disease: Historical-political movement. *Ciênc saúde colet.ia Saúde Coletiva*. 2019;24(3):805–16.
 11. Masson MLV, Ferreira LP, Giannini SPP, Souza MT, Maeno M, Gândara MER, et al. Distúrbio de voz: reconhecimento revogado junto com a nova lista de doenças relacionadas ao trabalho. *Rev bras saúde ocup* [Internet]. 2020;45(e32). Available from: <http://orcid.org/0000-0002-3230-7248http://orcid.org/0000-0003-0183-9361>.
 12. São Paulo. Distúrbios de voz relacionados ao trabalho. BEPA. 2006;3(26):16–22.
 13. Brasil. Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT): Protocolo de Complexidade Diferenciada da Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador; 2012.
 14. Costa H., Pontes PAL, Almeida SIC. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho. In: Mendes R, editor. *Patologia do Trabalho*. 3rd ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2013. p. 1167–76.
 15. Brasil. SINANWEB: Perguntas frequentes [Internet]. Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS), Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis. 2018 [cited 2021 Jul 2]. Available from: <http://portalsinan.saude.gov.br/perguntas-frequentes>.
 16. Brasil. Vídeo Tutorial: SINAN e a Vigilância em Saúde do Trabalhador [Internet]. Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador (PISAT), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Ministério da Saúde (MS). 2021 [cited 2021 Jul 2]. Available from: <http://www.ccvisat.ufba.br/video-tutorial-sinan-e-a-vigilancia-em-saude-do-trabalhador>.
 17. Souza MT, Giannini SPP, Pereira MM, Ferreira LP. Notificações do Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT): análise preliminar [Internet]. *Anais do X Congresso Internacional de Fonoaudiologia, XXVII Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia, III Encontro Mineiro de Fonoaudiologia*. 2019 [cited 2021 Jul 2]. Available from: http://sbfa.org.br/portal/anais2019/eposter/eposter_11277.pdf.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2.309, de 28 de agosto de 2020. Altera a Portaria de Consolidação no 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e atualiza a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). *Diário Oficial da União* [Internet]. 2020 [cited 2021

- Jun 30]. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.309-de-28-de-agosto-de-2020-275240601>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM no 2.345, de 02 de setembro de 2020. Torna sem efeito a Portaria no 2.309/GM/MS, de 28 de agosto de 2020. Diário Oficial da União [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 30]. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.345-de-2-de-setembro-de-2020-275488423>.
 20. Bahia. Portaria Estadual Sesab no 31, de 14 de Janeiro de 2021. Institui a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho para o Estado da Bahia - LDRT-BA. Diário Oficial do Estado da Bahia. [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 30]. Available from: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/PortariaEstadualSesab_31_LDRT-BA_14jan2021-1.pdf.
 21. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução CFFa no 428, de 2 março de 2013. Dispõe sobre a atuação do fonoaudiólogo na saúde do trabalhador e dá outras providências [Internet]. 2013 [cited 2021 Jun 30]. Available from: https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_428_13.htm.
 22. Gonçalves CGO, Souza MT, Masson MLV. Saúde do Trabalhador e Fonoaudiologia: perspectivas e desafios. In: Marquesan IQ, Silva HJ, Tome MC, editors. Tratado de especialidades em Fonoaudiologia [Internet]. 1st ed. São Paulo: Roca; 2014 [cited 2021 Jun 30]. p. 730–6. Available from: https://www.researchgate.net/publication/342533412_Saude_do_Trabalhador_e_Fonoaudiologia_perspectivas_e_desafios.
 23. Montalti E. Seminário sobre voz e trabalho reúne especialistas da América Latina na Unicamp [Internet]. 2019 [cited 2021 Jun 30]. Available from: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/en/relacoes-publicas/saladeimprensa/seminario-sobre-voz-e-trabalho-reune-especialistas-da-america-latina-na-unicamp>.
 24. Constantini AC, Silva ERZ, Nakamura HY, Ferreira LP. Boletim Informativo do II Seminário Latinoamericano de Voz e Trabalho da [Internet]. Vol. 97, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. 2019 [cited 2021 Jul 2]. Available from: <https://www.sbfa.org.br/boletins/boletim-n97-2019.html>.
 25. SBFA. Fórum Agravos da comunicação à Saúde do Trabalhador: DVRT e PAIR. [Internet]. Anais do X Congresso Internacional de Fonoaudiologia, XXVII Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia, III Encontro Mineiro de Fonoaudiologia. 2019 [cited 2021 Jul 2]. Available from: <http://sbfa.org.br/portal/anais2019>.
 26. Ferreira LP, Silva MAA, Giannini SPP. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho: práticas fonoaudiológicas [Internet]. 1st ed. São Paulo: Roca; 2014. Available from: <https://www.booktoy.com.br/disturbio-de-voz-relacionado-ao-trabalho-7833>.

CAPÍTULO 7: NOTIFICAÇÃO DA PERDA AUDITIVA INDUZIDA POR RUÍDO: INSTRUMENTO DE VIGILÂNCIA DA SAÚDE DOS TRABALHADORES

Helenice Yemi Nakamura 

Claudia Giglio de Oliveira Gonçalves 

Introdução

A Saúde do Trabalhador (ST) considerada, como um campo da Saúde Coletiva, tem como objetivo o estudo e a ação sobre as relações produção-consumo e saúde-doença dos trabalhadores buscando transformar os processos produtivos para que sejam promotores de saúde, com a participação ativa do próprio trabalhador¹. A ST pode, do mesmo modo, ser entendida como um “movimento, um campo de construção” que nasce e cresce, com e por conta da organização dos trabalhadores, e que tem como característica também a busca de “mudança de paradigmas sociais, políticos e econômicos” que subjagam trabalhadores².

A fim de conhecer para intervir, as ações de vigilância em ST visam identificar e analisar as condições de trabalho com vistas a intervenções sanitárias, propondo-se a implementação de melhorias e tornando os espaços de trabalho mais seguros. Apesar dos avanços na conceituação da área da Saúde do Trabalhador, ainda coexistem modelos de atuação aos trabalhadores considerados superados, como o modelo denominado de Saúde Ocupacional. Segundo Mendes e Dias³, esse modelo surgiu no final da década de 1940, ampliando-se a atuação médica nas empresas pela intervenção sobre os ambientes de trabalho para controlar os riscos ocupacionais; tem como características a ação por equipes multiprofissionais, multicausal e ênfase na “higiene industrial”. O modelo da Saúde Ocupacional influencia o surgimento no Brasil dos serviços denominados na legislação de Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), que são centrados no médico como responsável. Autores criticam o modelo da Saúde Ocupacional por, na prática, pretender a adaptação física e mental dos trabalhadores ao trabalho, garantindo, assim, um trabalhador mais apto à produção^{3,4}.

Os modelos de práticas voltadas à saúde dos trabalhadores estão relacionados à compreensão sobre trabalho e saúde em cada momento histórico. Desta maneira, o surgimento do modelo teórico-metodológico e de práticas da ST surgiu a partir de discussões sobre saúde e promoção da saúde ocorridas no final da década de 1960. A partir da Declaração de Alma-Ata (1978), na I Conferência Internacional sobre Assistência à Saúde que trouxe um novo olhar em relação ao processo saúde/doença, os aspectos sociais foram considerados como relevantes⁵.

Ganha força, então, o Modelo da Determinação Social do processo saúde/doença, que propõe a análise de como as relações sociais interferem nos aspectos da população, levando ao adoecimento. Desta maneira, entende-se a “saúde” como um objeto de estudo complexo e que se realiza nos aspectos geral, particular e singular dos indivíduos e seus cotidianos⁶. O modelo da Determinação Social do processo saúde/doença desencadeou uma reflexão sobre o trabalho e a sua centralidade enquanto organizador da vida social, portanto, determinante das condições de vida e saúde⁷. Os profissionais envolvidos nessa discussão analisam a importância da organização social nos aspectos da saúde de um dado território e em uma época/contexto histórico específico, são profissionais principalmente oriundos da medicina social latino-americana, da saúde coletiva no Brasil e do movimento de promoção à saúde no Canadá.

Uma outra perspectiva que orienta as políticas e as práticas em saúde no Brasil, é a dos Determinantes Sociais da Saúde - DSS, que inclui os fatores os sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (Figura 1).



Fonte: (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991 apud COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

Figura 1 - Determinantes sociais da saúde

Ainda é um desafio para a área da ST conseguir que os profissionais da saúde incorporem em sua prática cotidiana a compreensão de que o trabalho é um dos determinantes do processo saúde-doença, e que exige o envolvimento de todo o sistema de saúde para garantir cuidado integral aos trabalhadores.

Segundo DEJOURS⁸ o trabalho é o espaço de construção do sentido e, portanto, de conquista da identidade, da continuidade e historicidade do sujeito; os trabalhadores devem ser reconhecidos como sujeitos ativos, com um saber derivado de suas vivências e experiências no trabalho e capazes de ser agentes de transformações, reforçando a necessidade das ações voltadas aos trabalhadores com ênfase na promoção da saúde, em consonância com as políticas públicas de saúde⁴.

Os profissionais da Fonoaudiologia também estão envolvidos nesse processo da ST, uma vez que alguns distúrbios da comunicação podem ser relacionados ao trabalho, como as disfonias e as perdas auditivas ocupacionais ocasionadas por ruído intenso, ou por alguns contaminantes químicos, vibrações, entre outros agentes de risco⁹. Segundo a Resolução Nº. 428 de 02/03/2013 do Conselho Federal de Fonoaudiologia, é dever do fonoaudiólogo atuar na Saúde do Trabalhador, realizando ação de vigilância em saúde do trabalhador, identificando os fatores determinantes dos agravos à saúde no trabalho para intervir sobre eles¹⁰.

A P.A.I.R. no Trabalho e a Legislação Brasileira

Num breve histórico sobre como a perda auditiva no trabalho surgiu na legislação brasileira, foi em 1978, através das Normas Regulamentadoras (NR) da Portaria do Ministério do Trabalho N.º 3.214, da Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT que é citado pela primeira vez, o ruído intenso como agente de risco de perda auditiva ao trabalhador (foram aprovadas 28 NRs relativas à Segurança e Medicina do Trabalho, sendo que algumas se referem direta ou indiretamente ao ruído e seu impacto na audição de trabalhadores, como as NR-6, NR-7, NR-9, NR-15). Destaca-se a NR-7 (primeira versão em 1978), sob o título de “Exames Médicos” que estabelecia a realização de exames médicos ocupacionais e, nessa primeira versão, definia a obrigatoriedade da realização de exames de audiometria tonal por via aérea, nas frequências de 500, 1000, 2000 e 4000 Hz, para trabalhadores expostos a níveis de ruído superiores a 85 dBA. Esse possível “dano à saúde auditiva” era então calculado pela tabela de Fowler, já em desuso há algumas décadas¹¹. Somente em 1998, com uma nova redação da NR 7 (Portaria Nº. 19 de 09/04/98) é que são definidos os parâmetros mínimos

para a avaliação e acompanhamento da audição de trabalhadores expostos ao ruído intenso. Em relação aos benefícios sociais, garantidos pelo órgão previdenciário (Previdência Social), ao qual os trabalhadores contratados por regime de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho tinham direito, na Lei Nº. 8213 em 1991, pelo Decreto Nº. 611 de 1992, o ruído intenso passou a ser considerado como possível causador de perda auditiva profissional. A PAIR passou a ser considerada um agravo de notificação obrigatória pela Previdência Social, e deveria ser registrada por Comunicação de Acidentes de Trabalho - CAT (artigo 169 da CLT- Consolidação das Leis do Trabalho e na Lei 8213/1991 que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social), para que os trabalhadores contribuintes da Previdência Social fossem analisado no seu direito à concessão de benefícios em relação a perda auditiva no trabalho. A PAIR no trabalho foi reconhecida como doença ocupacional importante e como doenças de notificação compulsória pelo Ministério da Saúde pela Portaria Nº. 777 em 2004. A caracterização das doenças do ouvido relacionadas ao trabalho está descrita no Capítulo 13, do Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho¹².

É importante ressaltar que foi a partir da nova Constituição Brasileira em 1988 que a saúde dos trabalhadores passou a ser um direito e de competência do Sistema Único de Saúde (SUS). A criação da RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador em 2002 (Portaria Nº. 1.679/GM) insere as ações de saúde dos trabalhadores na Atenção Básica e implementa ações de vigilância e promoção em saúde do trabalhador.

A Notificação da PAIR

No Brasil, a Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR é considerada como doença ocupacional pelo Ministério da Saúde e há obrigatoriedade de sua notificação compulsória no Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação – SINAN ao Sistema Único de Saúde - SUS, o que tornaria possível o conhecimento de sua prevalência para o planejamento de ações de capacitação e organização de recursos necessários para a sua prevenção e reabilitação^{13,14,15}.

Considerando os Códigos Sanitários dos Estados, Resoluções das Secretarias de Saúde dos Estados e Resolução Nº. 428 de 02/03/2013, do Conselho Federal de Fonoaudiologia, que no Item III, do primeiro Artigo coloca como competência do fonoaudiólogo a notificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), *os agravos de notificação compulsória, relacionados à saúde do trabalhador, associados aos distúrbios*

fonoaudiológicos, não haveria motivos para que o profissional não realize as notificações de sua competência¹⁰.

Também no cumprimento do código de ética do fonoaudiólogo, Art. 6º XIII – notificar doenças e agravos, conforme a legislação vigente, como disposto no capítulo IV que trata das responsabilidades gerais. Assim, a notificação da PAIR é uma das responsabilidades do fonoaudiólogo¹⁶.

Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN)

Notificar, segundo o Ministério da Saúde é “comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde (...) para que sejam adotadas medidas de intervenção”¹⁷.

Ao SINAN, devem ser notificados os casos suspeitos (que ainda não estão com diagnóstico conclusivo) ou confirmados de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria de Consolidação Nº. 4, de 28 de setembro de 2017, Anexo V - Capítulo I). Os estados e municípios podem incluir outros problemas de saúde de acordo com as necessidades da região, como exemplo, na cidade de Campinas foi acrescentado os acidentes com motociclistas e em Curitiba as intoxicações por agrotóxicos (incluindo nesse protocolo a avaliação da audição). Os dados inseridos no sistema do SINAN e analisados tornam-se informações importantes para o planejamento de ações em saúde e que podem subsidiar o plano plurianual de saúde (PPA) do município, o planejamento de ações dirigidas a determinadas categorias profissionais ou mesmo dirigir recursos para a pesquisa científica.

Para que doenças ou agravos à saúde sejam notificados no SINAN, como a PAIR, foi necessário além do seu reconhecimento como uma doença relacionada ao trabalho (DRT), a elaboração de uma ficha de investigação (FIN) específica e disponível no portal do Ministério da Saúde (<http://portalsinan.saude.gov.br/drt-pair>).

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde	SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO	Nº
FICHA DE INVESTIGAÇÃO		PAIR
Definição de caso: Todos os casos de Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) caracterizados pela diminuição gradual da acuidade auditiva, decorrente da exposição continuada ao ruído, associado ou não a substâncias químicas, no ambiente de trabalho. É sempre neurossensorial, geralmente bilateral, irreversível e passível de não progressão uma vez cessada a exposição ao ruído.		

Fonte: FIN PAR

Em publicação do Ministério da Saúde aparecem como sinônimos para a PAIR:

(...) perda auditiva por exposição ao ruído no trabalho, perda auditiva ocupacional, surdez profissional, disacusia ocupacional, perda auditiva induzida por níveis elevados de pressão sonora, perda auditiva induzida por ruído ocupacional, perda auditiva neurossensorial por exposição continuada a níveis elevados de pressão sonora de origem ocupacional¹⁸.

Cabe aos profissionais de saúde, tanto dos **serviços públicos e privados** a “notificação compulsória” da PAIR, que consta da lista nacional de notificação compulsória e em conformidade com Art. 3º, da Portaria MS/GM Nº. 204, de 2016, em conformidade com o Art.8o da Lei Nº. 6259 de 1975 (Brasil, 2016/1975). Mesmo que o município adote o Relatório de Atendimento ao Acidentado do Trabalho (RAAT), o profissional de saúde deve notificar o SINAN¹⁹.

Para o preenchimento da FIN de PAIR há um instrutivo, há normas e manuais que auxiliam o profissional, na ficha há campos de preenchimento obrigatórios e essenciais para o seguimento do documento nas Secretarias de Saúde. Na suspeita de PAIR, cabe ao fonoaudiólogo munido de informações sobre a história ocupacional e os resultados da avaliação audiológica preencher a ficha FIN referente à PAIR.

Por se tratar de uma ficha em que a Classificação Internacional de Doenças - CID que aparece já na ficha específica é o H83.3 que significa “agravo/doença relacionada a PAIR”, muitos fonoaudiólogos, erroneamente, alegam que não podem preencher a ficha por tratar-se de diagnóstico de uma patologia. Essa alegação não se sustenta diante dos pressupostos apresentados anteriormente, principalmente porque a notificação deve ser realizada na suspeita do agravo, quando não é necessário se quer um exame audiométrico para acompanhá-la. A investigação aprofundada e o diagnóstico final serão realizados pelas equipes do CEREST e a Rede de assistência do SUS. Mas, para aqueles que ainda têm dúvidas e querem se resguardar, no Item 52 da FIN pode ser colocar o CID H-903 “Perda de audição bilateral neurossensorial”.

Perda Auditiva Induzida Pelo Ruído - PAIR	
PAIR	49 Tipo de Ruído Predominante <input type="checkbox"/>
	1-Ruído Contínuo 2-Ruído Intermitente 3-Ambos 9-Ignorado
	50 Exposição Concomitante a Ruído e: <input type="checkbox"/> Solvente a Base de Tolueno <input type="checkbox"/> Metais Pesados <input type="checkbox"/> Medicamentos Ototóxicos
	1-Sim 2- Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Gases Tóxicos <input type="checkbox"/> Outros: _____
51 Sintomas	<input type="checkbox"/> Zumbido <input type="checkbox"/> Tontura <input type="checkbox"/> Dificuldade p/ compreensão da fala
1-Sim	<input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Outros
2- Não	
9-Ignorado	52 Diagnóstico Específico
	CID 10 <input type="text"/>

Fonte: FIN PAR

Na ficha ainda há espaço para complementação de informações sobre o caso, que não são possíveis de serem incluídas em outros campos. Já existe também um instrutivo para o preenchimento da ficha de investigação da PAIR (http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/DRT%20PAIR/DRT_PAIR_v5_instr.pdf) em que aparece em destaque os campos de preenchimento obrigatório, sem os quais impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no SINAN. Há também a indicação dos campos de preenchimento essencial que são dados necessários à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional. Para que não parem dúvidas sobre o preenchimento da ficha há também um dicionário de dados (http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/DRT%20PAIR/DIC_DADOS_DRT_PAIR_v5.pdf).

Outro material que pode ser utilizada por aqueles profissionais que estão começando a realizar as notificações é o Protocolo de Complexidade Diferenciada Nº. 5 (http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/Protocolo_PAIR.pdf) que trata também desde a definição da PAIR, o seu diagnóstico diferencial, tratamento e reabilitação e as formas de prevenção¹⁸.

A ficha da PAIR segue um fluxo até chegar ao Ministério da Saúde, conforme pode ser observado na Figura 2²⁰:



Fonte: Nakamura, 2019
 Figura 2 - Fluxo da ficha do SINAN

Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)

A notificação no SINAN da PAIR deve ser realizada para quaisquer trabalhadores, independente do vínculo de trabalho, ou seja, autônomos, terceirizados e formais. Após o preenchimento da ficha no município esta segue para a Secretaria do Estado e, posteriormente, para o Ministério da Saúde. Já o registro da CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho para a Previdência Social, deve ser realizado para os trabalhadores que estejam vinculados pelas Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e, portanto, são contribuintes da Previdência Social (INSS). Para trabalhadores estatutários deve ser preenchida uma ficha própria.

A abertura da CAT está acontecendo atualmente de forma remota, no endereço da secretaria da previdência, do Ministério da Economia (<https://www.gov.br/pt-br/servicos/registrar-comunicacao-de-acidente-de-trabalho-cat>). O registro da CAT deve ser realizado preferencialmente pelo empregador, para comunicar um acidente de trabalho ou de trajeto, bem como uma doença ocupacional. Com o preenchimento dos dados, essas informações seguem para a Secretaria da Previdência e, dependendo do ocorrido, podem ou não gerar benefícios para o empregado, mediante perícia.

Espera-se que esteja clara a diferença entre os instrumentos SINAN e CAT e a responsabilidade do fonoaudiólogo.

PREVIDÊNCIA SOCIAL
Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT

Cadastramento • Relatórios • Sair

Cadastro de Comunicação de Acidente de Trabalho
Os campos precedidos com asterisco(*) são de preenchimento obrigatório

Tipo de Comunicação de Acidente de Trabalho

* Tipo da CAT:

Pesquisar

* Tipo Empregador:

* Número CNPJ:

* NIT/PIS/PASEP:

* Data do Acidente:

Último Dia Trabalhado:

⚠ Não é permitido fazer teste de cadastramento da CAT.

Ok Cancelar

Fonte: <https://cadastro-cat.inss.gov.br/CATInternet/faces/pages/cadastramento/cadastramentoCat.xhtml>

Desafio na Prática do Fonoaudiólogo: Identificação e Notificação da Perda Auditiva Relacionada com o Trabalho

A perda auditiva é um problema de saúde que cresce continuamente, e em diferentes faixas etárias no conjunto da população.

Para a Organização Mundial da Saúde – OMS²¹ as alterações na audição ocasionam uma restrição na performance funcional do indivíduo com relação às suas atividades normais, caracterizada por dificuldades em ouvir sons ambientais e comunicação, trazendo como consequências impactos na qualidade de vida de seu portador.

O portador da PAIR no trabalho sofre limitações ou impossibilidades em desempenhar seu papel social, com restrições na sua vida social e comunicativa. Além do ruído, já reconhecido pela legislação como fator gerador de perdas auditivas ocupacionais, existem, como referido, outros agentes otoagressores no ambiente de trabalho, como a vibração, as temperaturas extremas, os solventes, os asfixiantes e os metais podem desencadear ou agravar alterações auditivas²².

Mesmo a PAIR sendo um agravo ocupacional frequente e reconhecida há muito tempo, são escassos ou limitados seus dados epidemiológicos e, portanto, não há registros epidemiológicos que caracterizem a sua real situação no país^{9,23}. A subnotificação dos agravos em ST, no geral, dificulta o conhecimento do problema e inviabiliza as inspeções aos ambientes de trabalho, o que é um entrave às ações de vigilância²⁴ e à saúde dos trabalhadores acometidos de PAIR.

Dados nacionais do SINAN mostram que de 2006 a 2020 foram notificados no Brasil 8.182 casos de PAIR no trabalho, o que não expressa o contingente de trabalhadores com PAIR no país, considerando-se estimativas internacionais de que 7% da população nos países desenvolvidos e 21% nos países em desenvolvimento, como no Brasil, apresentam PAIR²⁵. Os Estados Unidos, país que tem um controle mais preciso sobre os casos de PAIR, estimou a prevalência geral da PAIR em torno de 19 a 20% e a incidência geral anual em torno de 9%, considerando o período de 1981 a 2010²⁶. Desta maneira, do total da População Economicamente Ativa segundo o IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2020²⁷ (em torno 81,7 milhões de pessoas até Agosto de 2020), se considerarmos apenas aquelas pessoas no setor secundário, que inclui as indústrias e a construção civil representando 21% desse total (em torno de 17.157 milhões de trabalhadores) poderíamos estimar que 3.602 milhões de trabalhadores no país têm PAIR. Mesmo acreditando que existem medidas preventivas em curso nas indústrias e na construção civil (o que nem sempre é verdade), o número de casos de PAIR registrados atualmente no SINAN representaria apenas 0,22% daqueles casos de PAIR existentes.

Considerando-se que a notificação, como registro documental, é importante para que as estimativas da ocorrência de acidentes e doenças relacionada ao trabalho sejam divulgadas e consideradas nas políticas públicas, os serviços de saúde necessitam dedicar maior atenção a

essa questão, buscando maneiras para ampliar a notificação, melhorar o encaminhamento dos trabalhadores com suspeita de PAIR aos serviços especializados e adotar medidas para a prevenção. Nesse sentido, a Atenção Básica tem papel importante por ser a porta de entrada na rede do SUS e porque pode acolher os trabalhadores, principalmente aqueles que não estão no mercado formal de trabalho²⁸.

A partir da notificação dos casos de PAIR, torna-se possível o conhecimento de sua ocorrência para tornar eficaz qualquer planejamento de ações de capacitação e organização de recursos necessários para prevenir e diagnosticar PAIR, assim como também reabilitar os portadores de alterações auditivas, minimizando o impacto da perda auditiva na vida dos trabalhadores¹⁴.

Segundo a literatura, alguns fatores levam a não notificação de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho: a desinformação sobre o procedimento da notificação, o desconhecimento das características dos agravos, a terceirização do trabalho e a informalidade entre outros^{29,30}. Podemos acrescentar, ainda, nesta lista a cultura da pouca importância dada às doenças relacionadas ao trabalho na área da Fonoaudiologia. Prevalece, ainda, entre os fonoaudiólogos o desconhecimento da legislação, a discussão restrita sobre o tema da saúde do trabalhador na formação do fonoaudiólogo, a ideia errada de que ao notificar o fonoaudiólogo está incorrendo em infração ética devido ao diagnóstico da PAIR ou ainda, o receio de perder seu emprego quando esse profissional atua contratado pelas empresas. Fica a pergunta para reflexão: Mas e o profissional que está nos serviços públicos, porque não notifica a PAIR?

Os profissionais da saúde, muitas vezes, têm receios de notificar a PAIR por considerarem que isso pode prejudicar o trabalhador perante seu empregador, antevendo consequências como as fiscalizações nos locais de trabalho que podem decorrer da notificação³⁰. Em estudo desenvolvido com profissionais da atenção básica (incluindo fonoaudiólogos) de um município sobre a percepção e o conhecimento desses a respeito da notificação da PAIR, os autores observaram que entre os motivos para a não notificação da PAIR estavam: a não formação específica em saúde do trabalhador e falta de capacitação para identificar possíveis perdas auditivas ocupacionais, o tempo reduzido para consultas dificultando o procedimento de notificação, o desconhecimento dos procedimentos para a notificação e o receio de prejudicar o trabalhador em seu trabalho³⁰. Entretanto, a alegação de falta de conhecimento por parte do fonoaudiólogo sobre a notificação da PAIR não exime o profissional do cumprimento das suas obrigações como bem colocado no Item II, do Art. 4º que trata dos princípios éticos da profissão que aponta para a “busca de maximizar os

benefícios e minimizar os danos aos clientes e à coletividade (...).” Ao não notificar o fonoaudiólogo dificulta ao trabalhador o reconhecimento de uma doença causada no trabalho, pode comprometer a ascensão na carreira do sujeito e o fragilizar em caso de demissão.

Há parceiros na ST que podem nos orientar e auxiliar no processo de notificação da PAIR, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), que são unidades com a função de suporte técnico, no âmbito da saúde dos trabalhadores, atuando como articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador e que estão distribuídos no país³¹.

Considerações Finais

A notificação da PAIR em trabalhadores é importante e urgente para reverter o atual quadro de sub-registro e dar visibilidade a essa questão, permitindo que a vigilância em saúde do trabalhador faça parte das políticas e dos programas de saúde. Trata-se de um significativo agravo que interfere na comunicação do trabalhador. Nesse sentido, a identificação, a notificação e o cuidado ao trabalhador com PAIR é de responsabilidade do fonoaudiólogo, independente do seu local de atuação, público ou privado.

Ao dar visibilidade a PAIR, será possível uma maior valorização também dos Programas de Preservação Auditiva e da própria prática da Fonoaudiologia na área da ST. Porém, ainda existem desafios a serem enfrentados, considerando as barreiras comuns que levam à subnotificação dos casos, como trabalhadores com PAIR sem diagnóstico ou sem o reconhecimento da relação do agravo com o trabalho, o não reconhecimento dos outros agentes otoagressivos presentes nos ambientes de trabalho para sua notificação e controle e a omissão dos fonoaudiólogos e demais profissionais da saúde, tanto na Rede de Atenção pública como nos serviços privados de Saúde e segurança no Trabalho, em notificar a PAIR, o que infringe a legislação e o código de ética profissional.

Entre os caminhos para vencer os desafios, pode-se apontar: a necessidade de ênfase durante a formação dos fonoaudiólogos, desde a graduação até a formação continuada, sobre a notificação dos agravos relacionados ao trabalho, o envolvimento dos próprios trabalhadores e suas entidades representativas nessas questões, um maior suporte e orientação aos profissionais da saúde sobre os agravos relacionados ao trabalho na área da Fonoaudiologia permitindo sua identificação e encaminhamentos corretos, além da notificação e o fortalecimento da Rede de assistência aos trabalhadores em suas questões auditivas no SUS.

Referências

1. Lemos-Pinheiro GM, Alvarez AM, Pires DEP. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saúde Colet*. 2012;17(8): 2105-15.
2. Mendes R. Saúde do trabalhador: muito além de apenas uma questão semântica. In: Mendes R. (org) *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador, Proteção*. 2018. p: 1030-1034.
3. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho a saúde do trabalhador. *Rev Saúde Públ*. 1991;25(5):394-400.
4. Gomez CM. Campo da Saúde do Trabalhador: trajetória, configuração e transformações. IN: Gomez CM, Machado JMH, Pena PGL (org.) *Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.: il. (Série B. Textos Básicos em Saúde).
6. Breilh L. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
7. Pinheiro TMM, Dias EC, Silveira AM, Silva JM. Saúde do trabalhador. IN: Campos et al. (org.) *Tratado de Saúde Coletiva 2Ed.*, São Paulo, 2012.
8. Dejours C. *Cooperation et construction de l'identité en situation de travail*. *Futur Antérieur*, 16, 1993.
9. Gonçalves CGO. *Saúde do Trabalhador: da estruturação à avaliação de programas de preservação auditiva*. São Paulo: Roca;2009.
10. Fonoaudiologia. Resolução CFFa n. 428 Dispõe sobre a atuação do fonoaudiólogo na saúde do trabalhador e dá outras providências. D.O.U. 02/03/2013.
11. Gonçalves CGO. *O ruído, as alterações auditivas e o trabalho: estudo de casos em indústrias metalúrgicas de Piracicaba*. Tese doutorado em Saúde Coletiva. Faculdades de Ciências Médicas Universidade Estadual de Campinas UNICAMP; 2003. Acesso: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/308422>.
12. Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde / Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias ; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al.* – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. 580 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.114)
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.104 de 25 de Janeiro de 2011. Estabelece as normas relativas à notificação compulsória de doenças. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26/01/2011*.
14. Galdino A, Santana VS, Ferrite S. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. *Cad Saúde Públ*. 2012;28(1):145-159.
15. Gonçalves CGO, Souza MT, Masson MLV. Saúde do trabalhador e fonoaudiologia: perspectivas e desafios. IN: Marchezan I et al. (org.). *Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia*. São Paulo:Roca, 2014. P. 730-736.
16. Fonoaudiologia. Resolução CFFa Nº. 490 Código de Ética da Fonoaudiologia. Publicado no *Diário Oficial da União, Seção 1, páginas 196 a 198, dia 07 de março de 2016*.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde,*

- Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Perda auditiva induzida por ruído (Pair). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 40 p. (Saúde do Trabalhador: Protocolos de Complexidade Diferenciada, n. 5; Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 85-334-1144-8. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_perda_auditiva.pdf. Acesso em: 15 de jun 2021.
 19. São Paulo. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Sanitária/ Divisão de Vigilância Sanitária do Trabalho – DVST – Perda Auditiva Induzida por Ruído – PAIR. Orientações Técnicas para Notificação no SINAN. São Paulo: Centro de Vigilância Sanitária, 2018.
 20. Nakamura HY. Saúde do trabalhador na atenção básica. In: Lopes AC, Gonçalves CGO, Andrade WTL. Fonoaudiologia e Saúde Auditiva do Trabalhador. (orgs). Book Toy. 2019. p: 217-231.
 21. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: classificação detalhada com definições. [S. l.], 2003.
 22. Gonçalves, CGO. Audiologia Ocupacional: perspectivas e desafios In: Intervenção em Fonoaudiologia: comunicação sem limites. 1 ed. São Paulo: Pulso editorial, 2013, v.1, p. 56-69.
 23. Santana MCCP, Brandão KKCP, Goulart BNG, Chiarini BM. Fonoaudiologia e saúde do Trabalhador: vigilância é ação! Revista CEFAC. 2009; 11(3):522-28
 24. Vasconcellos LCF, Ribeiro FSN. Investigação epidemiológica e intervenção sanitária em saúde do trabalhador: o planejamento segundo bases operacionais. Cad Saúde Públ. 1997;13(2):269-75.
 25. Nelson DI, Nelson RY, Concha-Barrientos M, Fingerhut M. The global burden of occupational noise-induced hearing loss. Am J Ind Med. 2005;48: 446-58.
 26. Masterson EA, Themann CL, Luckhaupt SE, Li J, Calvert GM. Hearing difficulty and tinnitus among U.S. workers and non-workers in 2007. Am J Ind Med. 2016;59(4):290-300.
 27. IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua PNADC. Jun-jul-ago 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html>. Acesso em 23 de Junho de 2021
 28. Pedroso HC, Gonçalves CGO, França A. Atenção à saúde do trabalhador exposto ao ruído no SUS: da notificação da PAIR às ações de vigilância. IN: Lopes AC et al. (org.) Fonoaudiologia e saúde auditiva do trabalhador. Ribeirão Preto:Booktoy, 2019.
 29. Mendes R, Campos ACC. Saúde e Segurança no Trabalho Informal: Desafios e Oportunidades para a Indústria Brasileira. Rev Bras Med Trab. 2004;2(3):209-223.
 30. Pedroso HC, Gonçalves CGO. Percepção e conhecimento dos profissionais da saúde da atenção primária sobre notificação da perda auditiva induzida pelo ruído em Curitiba – Paraná. CoDAS. 2016; 28(05):575-82.
 31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 41 – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 136 p.

CAPÍTULO 8: SAÚDE MENTAL E DISTÚRBIOS DE VOZ RELACIONADOS AO TRABALHO: NOTAS INTRODUTÓRIAS

Renata Paparelli

Tássia Bertoncini de Almeida

Mesmo sem refletir muito sobre o tema, sabemos a importância que o trabalho tem em nossas vidas: passamos uma parte significativa da infância, adolescência e juventude nos preparando para trabalhar (quando se pertence a um segmento de classe em que isso é possível); definimo-nos pela nossa ocupação; é no trabalho que passamos a maior parte da vida adulta, sendo ali que se dá uma parte importante de nossa sociabilidade, nossas relações com outros e com o mundo social; sabemos do sofrimento que a situação de desemprego produz. Como entender, então, o trabalho como elemento que pode contribuir para o adoecimento, para a produção de transtornos mentais?

De acordo com a perspectiva marxista, é a capacidade de realizar trabalho, de agir no mundo de modo consciente e planejado, que nos diferencia dos demais animais. É essa capacidade que permite aos seres humanos superar o determinismo biológico e inventar culturas tão distintas entre si, que se transformam a partir de temporalidades históricas, que estão ancoradas em linguagem^{1,2}. Em síntese, os seres humanos produzem coisas, ideias, explicações, que acabam por reinventar as formas de se ser gente no mundo. Trabalho é, portanto, potência humana implicada, energia investida na construção de formas de viver e habitar o planeta.

Essa potência, no modo capitalista de produção, é reduzida à força de trabalho, uma mercadoria que é comprada e investida na produção de outras mercadorias (que podem ser objetos materiais, ideias, serviços etc.) para atender interesses privados, referentes à valorização do valor investido na produção das mercadorias. Ao mesmo tempo em que é equiparada às demais mercadorias que constam no processo de trabalho, a força de trabalho contém em si um diferencial importante: sendo a expressão da energia humana, do engenho, das habilidades, da inteligência humanas, é a força de trabalho que amplia o valor das mercadorias, que acrescenta valor a cada uma delas no processo de trabalho. Essa análise

marxista do processo de trabalho capitalista permite que entendamos que, no interior de uma relação que aparece como sendo algo que se dá entre pessoas livres e iguais, um que compra e um que vende sua força de trabalho há, na verdade, uma relação de exploração. É a exploração da força de trabalho que permite a realização do lucro por parte dos proprietários dos meios de produção. Em outras palavras, aquilo que vulgarmente se chama de lucro é o trabalho realizado pelo trabalhador¹, que agregou valor ao produto e não foi pago na sua totalidade, é trabalho não pago, é a exploração da mais-valia.

Temos, assim, que toda forma de organizar o trabalho que é explorado de modo a fornecer lucro (o trabalho produtivo, em Marx) tem como objetivo explorar ao máximo a força de trabalho para a produção de mercadorias que realizem o lucro para os proprietários dos meios de produção. Para nós, é fundamental entender esse elemento para que possamos superar a ideia de que o modo através do qual o trabalho é organizado tem algo de fortuito ou que tem a intenção de favorecer os trabalhadores em sua busca por condições adequadas de trabalho. Enfim, não se trata de uma questão técnica, mas sim, política, já que envolve a dimensão do poder. Nesse sentido, a luta por melhores condições de trabalho confunde-se com a luta pelo fim da exploração da força de trabalho.

Processo saúde-doença: fruto de múltiplas determinações

A compreensão tradicional e hegemônica no campo da saúde concorda com a definição apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), afirmando que “saúde é o completo estado de bem-estar biopsicossocial”. Essa definição aparentemente adequada carrega grandes problemas, dentre eles, impede o estabelecimento do nexos entre saúde e trabalho, desconsiderando a complexidade envolvida nessa relação³.

A primeira crítica que se pode fazer a esse conceito é sua pouca operacionalidade, já que esse “completo estado de bem-estar biopsicossocial” é algo inalcançável, ou, no mínimo, efêmero. Outra crítica diz respeito à noção de “estado” como algo que define a saúde. Se o que caracteriza os seres vivos é justamente a ideia de movimento, como caracterizar a saúde como algo estático, como um “estado”?

Além disso, nessa concepção está presente uma divisão nítida entre saúde e doença. Sabemos o quanto as doenças são legitimadas como tais a partir de processos que se dão no campo social, não estando, nesse sentido, apartadas do contexto em que são delimitadas e

¹ Quando empregamos o termo “trabalhador”, referimo-nos à classe trabalhadora como um todo, ou seja, aos mais diversos gêneros e orientações sexuais, bem como pertencimentos étnico-raciais.

definidas como problemas de saúde. Dois exemplos são suficientes para explicitar essa questão: o alcoolismo, considerado durante décadas como sendo um problema de “caráter”, associado à preguiça e à delinquência, atualmente está definido como sendo um transtorno mental, o que permite que se liberte de seu jugo moral; e a homossexualidade, atualmente considerada pelo campo científico como uma orientação sexual dentre outras, que historicamente foi considerada uma patologia (e mesmo no tempo presente há uma disputa nesse sentido). Fica claro, portanto, que os limites entre o que é considerado normal ou patológico têm claros contornos sociais, que acabam por borrar as bordas dessas fronteiras.

Até aqui, apresentamos críticas que embasam outra compreensão de saúde: o processo saúde-doença. E quais seriam os fatores causadores dos processos de adoecimento humanos? Na compreensão tradicional, os agentes etiológicos responsáveis pelos adoecimentos são identificados a partir de procedimentos diagnósticos que investigam o corpo adoecido ou seu entorno mais imediato, os hábitos de vida, as famílias e suas configurações. As ferramentas diagnósticas acabam por permitir que se identifique apenas essas dimensões. Essa abordagem não consegue explicar, porém, a distribuição desigual dos agravos à saúde entre grupos sociais distintos, como é o caso das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT) ou os transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT). Como entender os motivos pelos quais, ao se comparar duas amostras equivalentes de pessoas quanto aos critérios de idade, etnia, gênero, classe social, dentre outros, membros da categoria bancária terão incidência muito maior de LER/DORT e de TMRT do que os da outra amostra?

Para entender esses agravos, é preciso incluir outras dimensões na investigação do processo saúde-doença. É preciso analisar não apenas o organismo que padece, mas sim o contexto adoecedor. É preciso entender que os caminhos percorridos pelas pessoas em suas trajetórias, seus modos de andar a vida, produzem marcas nos sujeitos, adaptações aos terrenos percorridos, dada a plasticidade do humano. Laurel e Noriega (1989)⁴ chamam essas transformações de “estereótipos de adaptação”, característicos dos coletivos que vivem situações semelhantes, realidades muitas vezes deformantes às quais acabam tendo que se adaptar. Nas palavras desses autores:

(...) muitos dos processos de adaptação não somente significam a sobrevivência em condições corporais precárias, como também, até, podem se converter em seu contrário, ou seja, em destruidores da integridade corporal⁴.

O contrário do estereótipo de adaptação é ter meios para intervir, transformar, ser sujeito de sua vida (no interior dos limites historicamente colocados). É quando a realidade oferece condições para as pessoas também operarem sobre ela, transformando-a, intervindo sobre o que gera desconforto. Trata-se, aqui, de uma visão dinâmica do processo saúde-doença, equivalendo saúde à potência de ação, transformação, enfrentamento.

Nesse sentido, para entendermos as determinações do processo saúde-doença, temos que analisar a pessoa em sua relação com o mundo, já que há processos que despotencializam, assujeitam, impedem, bem como aqueles que realizam o contrário disso, promovendo saúde. Assim, chegamos à formulação de que o processo saúde-doença é fruto de múltiplas determinações. Em nosso campo, o da saúde mental relacionada ao trabalho (SMRT), detemo-nos nos casos em que, no interior das múltiplas determinações do processo saúde-doença, o trabalho ocupa lugar de destaque, ou seja, em que há nexos entre processo de trabalho e produção de adoecimento.

Cabe aqui uma questão: o que, no processo de trabalho, impede os trabalhadores de intervirem sobre o que gera desconforto, transformarem a realidade do trabalho e, portanto, potencializa o adoecimento?

Saúde Mental e Trabalho: as relações de controle e penosidade

Explorar a força de trabalho no processo de produção de mercadorias exige dos proprietários dos meios de produção (ou de seus representantes) o controle do processo de trabalho, dado que o interesse envolvido é o de extrair a maior porção de mais-valia possível. Assim, instala-se uma luta cotidiana entre compradores e vendedores de força de trabalho: de um lado, explorar o máximo possível as energias da classe trabalhadora; do outro, ao menos manter as capacidades intactas, preservando a saúde. O que está em jogo é a possibilidade de os trabalhadores terem controle sobre o seu processo de trabalho, de modo a conseguir respeitar o seu próprio limite subjetivo, conseguir adaptar as demandas do trabalho às suas próprias necessidades, fazendo frente às investidas do capital.

Entendemos por limite subjetivo o quanto cada trabalhador suporta as demandas do trabalho num determinado período de tempo. Esse limite, longe de ser estático, modifica-se no decorrer da semana, do mês, da vida de uma pessoa, já que somos seres caracterizados pela transformação. Essa constatação, associada à presença de outra característica dos seres humanos, que é o fato de sermos diferentes uns dos outros, enfatiza a importância de os

trabalhadores poderem exercer controle sobre o processo de trabalho, de modo a respeitar o seu limite subjetivo.

Sato (1995)⁵ aprofunda a discussão sobre a organização do trabalho, que tem como núcleo as questões do poder e do controle do trabalhador sobre o próprio trabalho. Em pesquisa sobre a penosidade do trabalho de condutores de ônibus urbanos, a autora verifica que, para que se possa afirmar a presença de controle efetivo por parte dos trabalhadores, ou seja, para que se possa afirmar que uma determinada atividade não seja penosa, geradora de desgaste mental, alguns requisitos devem estar presentes simultaneamente para que haja respeito ao limite subjetivo:

- O poder, que diz respeito à possibilidade de o trabalhador interferir no planejamento do trabalho de modo a modificar os contextos que geram incômodo, sofrimento e esforço em demasia;
- A familiaridade, que se refere à experiência do trabalhador no desempenho da tarefa.

Quando esse limite subjetivo não é respeitado de modo sistemático e continuado, temos o desgaste mental. Seligmann-Silva (1994)⁶, partindo do referencial teórico do materialismo histórico, resgata a definição de desgaste proposta por Laurell e Noriega (1989)⁴, que implica em “perda de capacidade potencial e/ou efetiva, corporal e psíquica” e a afirmação desses mesmos autores sobre a utilização deformada e deformante das potencialidades psíquicas e do próprio corpo do trabalhador no trabalho alienado. Define o desgaste mental como:

Se há perda e deformação, ou seja, se há transformações negativas de um estado anterior mais satisfatório, pode-se entender o processo como desgaste mental, processo constituído de “experiências que se constroem, diacronicamente, ao longo das experiências de vida laboral e extralaboral dos indivíduos”⁶.

É a partir dessa perspectiva de saúde-doença e de sofrimento psíquico relacionado ao trabalho que teceremos algumas reflexões sobre a relação entre Distúrbios de Voz relacionados ao Trabalho (DVRT) e Saúde Mental.

DVRT e Saúde Mental

Como vimos, o processo saúde-doença não é algo estanque, assim como não o é a relação entre saúde mental e saúde física. Além disso, ele é multideterminado e tem relação

direta com elementos da organização social, sendo o trabalho um ponto central. Em geral, o sofrimento relacionado ao trabalho afeta os trabalhadores integralmente. Então, mesmo os processos, a princípio, vistos como físicos, têm impacto e são impactados por elementos psíquicos e sociais.

O número de estudos que tratam da relação entre DVRT e saúde mental não é grande, mesmo assim, a partir desse material e das contribuições teóricas do campo da SMRT, podemos tecer algumas reflexões sobre essa relação. A maior parte dos estudos sobre DVRT é com docentes⁷. Fica evidente que os elementos da organização do trabalho que aparecem na literatura como relacionados a distúrbios de voz, são semelhantes àqueles que aparecem como fonte de desgaste mental em pesquisas com a mesma categoria, dentre eles se destacam as salas de aulas lotadas, inexistência de local para descanso, tempo de duração das aulas, jornadas extensas de trabalho e as ameaças de agressão e violência^{8,9}.

O poder limitado de intervenção dos trabalhadores frente ao seu próprio trabalho é um elemento que aparece em diversas pesquisas também como algo impactante tanto no desenvolvimento de distúrbios de voz, quanto nos agravos à saúde mental.

O que nos parece aqui, é que o sofrimento psíquico e os distúrbios de voz são consequências de uma mesma organização do trabalho, que impede o trabalhador de incidir sobre os elementos que causam sofrimento e desgaste - que vão se manifestar no corpo, na psique e na interação desse trabalhador com o mundo.

Para compreender a voz, os valores atribuídos a ela e os impactos causados pelos problemas vocais, precisamos considerar que esta é resultado da interação entre fatores orgânicos, psicossociais e socioculturais^{9,10}. A mesma coisa vale para analisarmos a forma como os profissionais que têm a voz como seu principal instrumento de trabalho se relacionam com o uso desta e com eventuais alterações.

Para os trabalhadores que têm a voz como instrumento de trabalho, um distúrbio afeta diretamente seu cotidiano laboral. A impossibilidade de fazer certas coisas, o sentimento de limitação, as adaptações necessárias são elementos de desgaste relacionados a esses distúrbios. Isso tem impacto direto na imagem que o trabalhador tem de si mesmo e também na relação que tem com seu próprio trabalho^{7,8,11}.

Nas entrevistas realizadas por Rissi et al. (2014)¹¹ com professores que apresentavam DVRT ficou evidente o impacto que o distúrbio tinha na autoestima e autoimagem, inclusive corporal, dos entrevistados, sendo os sentimentos de impotência e frustração os mais citados. A sensação de não poder realizar plenamente seu trabalho e com a qualidade desejada é algo comum em diversas profissões e muitas vezes está relacionada com uma organização do

trabalho que impede que seja realizado de acordo com os desejos ou expectativas do próprio trabalhador. Esse trabalho impedido é fonte constante de sofrimento e o DVRT pode ser um elemento a mais para esse sentimento de impedimento¹².

O que vemos é um sofrimento mental relacionado a uma deterioração da autoimagem do trabalhador, que Seligmann-Silva (2011)¹³ apresenta como um possível desgaste da subjetividade, e que, muitas vezes, tem como consequência uma perda de sentido do trabalho, o que acaba tornando-o ainda mais penoso.

A relação com os colegas de trabalho e com as chefias e gestores também fica impactada. Com frequência, os processos de adoecimento são vistos como mentiras e simulações para justificar faltas ou redução de carga de trabalho e com os distúrbios de voz não é diferente. Isso pode ser motivo de perseguição por parte da chefia e rompimento dos laços de confiança e companheirismo com os pares, fatores que tendem a agravar o sofrimento psíquico.

Além disso, os DVRT acabam afetando também a vida fora do trabalho. As relações sociais e a capacidade de comunicação podem se ver dificultadas pelos problemas de voz, o que pode aumentar o isolamento desses trabalhadores.

Tudo isso acaba sendo fonte de sofrimento, ansiedade e angústia quanto ao presente e ao futuro. A incerteza sobre a possibilidade de continuar em sua profissão, o medo das perdas financeiras, da demissão, dos julgamentos por eventuais afastamentos, o desgaste das relações pessoais dentro e fora do trabalho, são carregados por sentimentos de medo e vergonha, além da frustração e perda de sentido do trabalho.

E ainda, o processo de adoecimento relacionado ao trabalho é permeado por um sentimento de culpa por parte do trabalhador. O discurso hegemônico sobre o processo de saúde-doença é um discurso da individualização do processo, que apaga o papel das relações de trabalho e da organização do trabalho. Portanto, o adoecimento é, muitas vezes, visto como relacionado a fatores individuais, inclusive pelos próprios trabalhadores adoecidos¹⁴.

A batalha pelo reconhecimento do DVRT como uma doença no trabalho também é uma batalha para o enfrentamento da culpabilização individual do trabalhador:

A compreensão do adoecimento de voz, não com base na culpabilização do indivíduo que não saberia utilizar a sua voz, traduzido pelo binômio “mau uso/abuso vocal”, e sim como uma imposição necessária para superar as precárias condições de trabalho às quais estava submetido, foi um marco que possibilitou ao fonoaudiólogo redimensionar sua prática a fim de responder à realidade de adoecimento de um elevado número de trabalhadores¹⁵.

A ausência de reconhecimento dos distúrbios de voz como doença do trabalho é um elemento a mais de desgaste mental uma vez que deslegitima o processo de sofrimento e alimenta argumentos que responsabilizam o indivíduo - desresponsabilizando, desse modo, a organização do trabalho -, assim como dificulta o acesso a benefícios previdenciários, à promoção de políticas públicas específicas e ao tratamento adequado^{7,11,15}.

Diversos estudos apontam a falta de poder de intervenção dos trabalhadores sobre o próprio trabalho como elemento importante no desenvolvimento de DVRT. A mesma questão que faz com que os trabalhadores ultrapassem seu limite subjetivo e que tornam o trabalho penoso. Ironicamente, não ter voz sobre o próprio trabalho e a forma como este é organizado, pode ser um fator central no sofrimento psíquico e no desenvolvimento de distúrbios de voz.

O trabalho explorado no capitalismo é um trabalho que nos assujeita, silencia e nos isola. E justamente, portanto, o enfrentamento a esse quadro de sofrimentos passa pelo resgate da voz dos trabalhadores, pelo resgate de sua potência como sujeitos ativos e transformadores da realidade.

Enfrentando o sofrimento relacionado ao trabalho

Frente à constatação que no núcleo do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho está a limitação, mais ou menos severa, do poder de intervir sobre o trabalho por parte do trabalhador frente a uma organização do trabalho recheada de fatores de desgaste e penosidade, nos perguntamos: por onde passa o enfrentamento aos processos de sofrimento?

Primeiramente, passa pelo reconhecimento do nexos entre esses processos e trabalho. A batalha que tem sido dada para que o DVRT seja plenamente reconhecido - nos âmbitos das políticas públicas e legislações - é, portanto, um primeiro passo essencial para o enfrentamento desse quadro e de seus reflexos na saúde mental. Além disso, esse reconhecimento auxilia no combate ao discurso hegemônico do adoecimento como resultado de questões individuais, discurso que desconsidera a organização do trabalho e as relações e exploração como fatores centrais.

O reconhecimento desse nexos, permite, também, que a escuta aos trabalhadores em situação de sofrimento seja feita de forma mais apropriada e que seu sofrimento seja validado, contribuindo, assim, para um processo de enfrentamento à culpa, medo e vergonha.

Mas, essencialmente, o combate ao DVRT, ao sofrimento psíquico a ele associado ou a qualquer outra doença relacionada ao trabalho, passa pela transformação dos fatores de desgaste presentes na organização e nas relações de trabalho. Essa transformação só é

possível através de uma participação ativa dos trabalhadores que vivem cotidianamente dentro dessa realidade adoecedora de trabalho.

As estratégias de enfrentamento se fortalecem, então, a partir da construção de espaços de coletividade e solidariedade entre os trabalhadores - indo no sentido oposto ao que as práticas capitalistas de isolamento e competitividade tentam impor à classe trabalhadora. Por isso, deve ser papel também dos profissionais da saúde que atendem essas pessoas o fortalecimento de sindicatos, coletivos, associações e organizações de trabalhadores, onde estes possam discutir e pensar ações de transformação da realidade e das relações sociais de trabalho.

Referências

1. Marx, K. O Capital: crítica da economia política. São Paulo: Ciências Humanas, 1978.
2. Aguiar, WMJ et al. Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
3. Dejours, C. Por um novo conceito de saúde. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, abr-mai-jun 1986; n.54: 7-11.
4. Laurell, AC e Noriega, M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
5. Sato, L. A Representação Social do Trabalho penoso In: Spink, MJP., organizador, O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995.
6. Seligmann-Silva, E. Desgaste mental no trabalho dominado, RJ: Editora UFRJ; Cortez Editora, 1994.
7. Jesus, MTA et al. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho: revisão integrativa. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional [online]. 2020; v. 45 e.26.
8. Paparelli, R. Desgaste mental do professor da rede pública de ensino: trabalho sem sentido sob a política de regularização de fluxo escolar. Tese (194fls). Universidade de São Paulo: São Paulo, 2009.
9. Brito, AF. Distúrbio de Voz e Síndrome de Burnout em Docentes. Dissertação (68fls). PUCSP, São Paulo; 2015
10. Petroucic, RT e Friedman, S. Os sentidos da perda de voz. Distúrbios da Comunicação, São Paulo; 2006; 18(1): 39-49.
11. Rissi, V, Rozin, S e Ceconelo, WW. O Impacto dos Distúrbios de Voz na Qualidade de Vida de Docentes. Revista Profissão Docente Uberaba. Jul.-Dez.,2014; v. 14, n. 31:54-67.
12. Jackson Filho, JM. Engajamento no trabalho, impedimentos organizacionais e adoecer: a contribuição da Ergonomia da Atividade no setor público brasileiro. Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo, 2015, 40 (131): 98-108.
13. Seligmann-Silva, E. Trabalho e desgaste mental – o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo, Editora Cortez, 2011.
14. Paparelli, R, Sato, L e Oliveira, F. A saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional [online]. 2011. v. 36, n. 123: 118-127.

15. Masson, MLV, Ferrite, S, Pereira, LMA, Ferreira, L.P e Araújo, TM. Em busca do reconhecimento do distúrbio de voz como doença relacionada ao trabalho: movimento histórico-político. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019; 24 (3):805-816.

CAPÍTULO 9: LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS / DOENÇAS OSTEOARTICULARES RELACIONADAS AO TRABALHO (LER/DORT)

Luciane Frizo Mendes🔍

Patrícia Jundi Penha🔍

Renata Escorcio🔍

Histórico e Conceituação

O trabalho tem diversos significados para as pessoas e para a sociedade, podendo proporcionar realização pessoal, prazer, subsistência e riqueza, autonomia, bem-estar e saúde, como também adoecimento¹. Nesse sentido, o processo de saúde e doença dos trabalhadores deve ser compreendido à luz dos fatores físicos e psicossociais do indivíduo, das condições do ambiente e do trabalho, sendo este representado por condicionantes sociais, econômicas, tecnológicas e organizacionais².

Historicamente, há relatos de dor relacionada ao trabalho que datam desde a Antiguidade^{3,4}. Porém, foi em 1.700 que um médico italiano, chamado Ramazzini, descreveu doenças relacionadas a profissões como, por exemplo, afecções dolorosas decorrentes de movimentos repetidos das mãos realizados pelos escribas e notários^{1,4}. Com a Revolução Industrial, houve aumento da prevalência dos acometimentos relacionados ao trabalho decorrentes do desequilíbrio entre as condições físico-funcionais dos trabalhadores e suas atividades ocupacionais¹. Nesse contexto histórico, diversos países sofreram epidemias de LER/Dort, como Inglaterra, países escandinavos, Japão, Estados Unidos, Austrália e Brasil¹.

No Brasil, por meio da Portaria Nº. 4.062 de 06/08/1987, a Previdência Social reconheceu a tenossinovite do digitador como doença ocupacional⁵. O termo Lesões por Esforços Repetitivos (LER) foi oficializado pela Resolução SS 197/92 de 08/06/1992 pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; e, em março de 1993, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) publicou a Norma Técnica para Avaliação de Incapacidade para LER⁵. Porém, como o termo LER se restringia a apenas um dos fatores etiológicos que é a repetitividade do movimento e, também, não se relacionava diretamente ao trabalho⁴, em

1998, foi substituído pelo termo Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (Dort)⁵. O termo Dort surgiu da tradução de *Work-Related Musculoskeletal Disorder (WRMD)* mais comumente utilizado em todo o mundo e, conseqüentemente, na literatura internacional. De acordo com o Ministério da Saúde e da Previdência Social, as nomenclaturas oficiais são LER e Dort, devendo ser grafadas da seguinte forma: LER/Dort¹.

Conceituam-se LER/Dort como afecções do sistema musculoesquelético, que acometem preferencialmente os membros superiores e a coluna cervical, comprovadamente ou não, associadas ao trabalho⁵.

O quadro clínico da LER/Dort é variado e inclui diversos sinais e sintomas, de início insidioso, como dor, parestesia (formigamento, dormência, alfinetadas e queimação), sensação de peso e fadiga; e, abrange as tendinites, tenossinovites (incluindo a estenosante DeQuervain), sinovites, peritendinites (especialmente de ombros, cotovelos, punho e mãos), epicondilites, dedo em gatilho, cisto, síndromes compressivas (túnel do carpo, túnel ulnar, do pronador redondo, desfiladeiro torácico), síndrome cervical ou radiculopatia cervical, entre outras⁵. Há, também, quadros mais generalizados, como síndrome miofascial, mialgias, distrofia simpático-reflexa, dentre outros. Os quadros clínicos citados podem ser desencadeados por trabalho realizado em postura estática ou com movimentos repetitivos, fadiga por ritmo elevado de trabalho e falta de tempo de recuperação pós-contração^{4,5}. A etiologia das LER/Dort é multifatorial e será abordada mais a frente, neste capítulo.

A LER/Dort constitui importante agravo à saúde do trabalhador pelo impacto que provoca nas capacidades funcional e laboral do trabalhador e, por conseguinte, pelo impacto econômico e social⁶.

Panorama epidemiológico

O panorama epidemiológico da LER/Dort deve ser discutido com base em seus condicionantes sociodemográficos e socioeconômicos que levam a transformações no processo de trabalho; e, portanto, priorizar-se-á a apresentação de dados epidemiológicos que refletem a realidade brasileira.

A LER/Dort está entre as três doenças crônicas relacionadas ao trabalho mais prevalentes no Brasil. Durante o período de 2011 a 2013, essa condição representava a principal causa de auxílio-doença por acidente concedido pela Previdência Social, após as causas externas⁶. Em 2013, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), conjuntamente com o Ministério da Saúde, realizou investigação sobre a prevalência de

doenças crônicas por meio da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e, em uma amostra de 146,3 milhões de pessoas, 3.568.095 referiram diagnóstico de LER/Dort (2,44%)⁷.

Segundo dados do Ministério da Saúde, durante o período de 2007 a 2016, houve aumento de 184% do total de notificações para LER/Dort (de 3.212 em 2007 para 9.122 em 2016), sendo o aumento maior para o sexo feminino (184%) do que masculino (178,6%)⁸. Por sua vez, os coeficientes de incidência estimados foram 3,5/100 mil habitantes em 2007 e 9,6/100 mil em 2016⁸. Acredita-se que esse considerável aumento tem sido reflexo de modificações na organização e processos de trabalho⁸, que priorizam meta, produtividade, lucro e competitividade no mercado¹ e que levam a estratégias organizacionais como intensificação do ritmo e jornada de trabalho, sistema de horas extras, pagamento de prêmio-produção; e, que, muitas vezes, ultrapassam os limites físico e psicossociais dos trabalhadores^{4,6}. Além disso, parte desse considerável aumento também pode ser reflexo da Portaria Nº. 777, de 28 de abril de 2004, do Ministério da Saúde, que tornou compulsória a notificação da LER/Dort, assim como de outros agravos à saúde do trabalhador⁶.

De modo geral, o panorama das notificações de LER/Dort para o período de 2007 e 2016 foi: 51,7% para o sexo feminino; 38,9% na raça/cor branca; 33,6% de 40 a 49 anos; 58,4% na região Sudeste, sendo esta a que apresentou maior coeficiente de incidência (95,78/100 mil habitantes)⁸. Das notificações ocorridas no período relatado, 54% dos casos evoluíram para incapacidade temporária, 5,4% para incapacidade permanente parcial; e, apenas 1,7% para cura⁸.

A maior prevalência de LER/Dort no sexo feminino associa-se a diversos fatores como: diferenças anatomofisiológicas (estatura, massa corporal e composição osteomuscular), inserção da mulher em atividades menos qualificadas, mais monótonas, repetitivas e com piores condições de trabalho e a “dupla jornada” frequentemente assumida pelas mulheres^{2,6,9-11}.

A associação da idade ao aparecimento da LER/Dort pode relacionar-se às faixas etárias de maior produtividade e atividade, podendo exigir maiores cargas de trabalho que, associadas ao limite fisiológico do indivíduo, resultam em processos degenerativos; e, também, ao maior tempo de exposição àquela determinada atividade^{6,12}.

Embora a prevalência de LER/Dort tenha sido maior na raça branca em termos percentuais, o coeficiente de incidência foi maior para a raça amarela (71,3/100 mil habitantes) e preta (62,2/100 mil habitantes)⁸. A região Sudeste, por sua vez, apresentou maior prevalência de LER/Dort por possuir maior concentração industrial e, também, melhor

organização e captação das notificações pela Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)^{6,8}.

Ainda segundo levantamento realizado pelo Ministério da Saúde⁸, as dez ocupações em que houve maior prevalência de LER/Dort foram: faxineiro (4,7%), operador de máquinas fixas (4,6%), alimentador de linha de produção (4,5%), cozinheiro geral (3,1%), montador de veículos (linha de montagem) (2,9%), empregado doméstico (2,9%), pedreiro (2,5%), operador de caixa (1,6%), soldador (1,2%) e motorista de caminhão (1,1%). De acordo com dados do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), no Brasil, maior parcela de trabalhadores que se aposentaram por invalidez foram os do comércio e indústria, sendo a lombalgia a principal causa dessa aposentadoria¹³. A literatura, por sua vez, aponta algumas características das ocupações como fatores predisponentes à ocorrência da LER/Dort, dentre elas: jornadas extensas de trabalho, sistema de horas extras e remuneração por produtividade¹⁴.

Em relação à escolaridade e a ocorrência de LER/Dort, o levantamento brasileiro mostrou prevalência de 32,7% de LER/Dort em trabalhadores com ensino médio completo e 9,4% com ensino fundamental incompleto⁸. A literatura aponta associação do baixo nível de escolaridade com a LER/Dort, refletindo possível atuação em atividades com maior solicitação física do que mental^{6,15,16}.

Principais Fatores Determinantes

O adoecimento por LER/Dort está associado a um conjunto de fatores causais presentes na situação de trabalho que podem ter alguma relação direta ou indireta com as diversas manifestações clínicas destes distúrbios.

Ao analisar a exposição aos fatores de riscos para o estabelecimento denexo causal do trabalho com LER/Dort, é necessário observar a região anatômica exposta, a intensidade e o tempo de exposição aos fatores de risco e a organização temporal da atividade de trabalho^{1,17}.

Até o momento, não há uma evidência de causalidade demonstrada experimentalmente, mas os estudos epidemiológicos confirmam o risco de desenvolvimento de lesões musculoesqueléticas associadas à exposição ocupacional¹⁸.

Os fatores de risco encontrados em diversas condições de trabalho são vastos, mas didaticamente tem-se compilado estes fatores em biomecânicos, organizacionais e psicossociais.

Fatores Biomecânicos

Os fatores de risco biomecânicos são determinados pelo ambiente físico, pelos equipamentos, mobiliários dos postos de trabalho, bem como, pela natureza das tarefas executadas pelos trabalhadores. Estes elementos da situação de trabalho, quando não dimensionados e planejados para respeitarem a antropometria e a fisiologia humana, levam a sobrecargas musculoesqueléticas.

Entre as situações que levam a sobrecargas podemos destacar¹⁹:

- Posturas estáticas: posições fixas e não naturais como ombros elevados acima de 90°, rotações extremas de tronco, flexão e extensão de cabeça, posicionamento do punho em extrema flexão ou extensão, entre outras;
- Movimentos repetitivos: ciclos de trabalho com duração menor que 30 segundos ou trabalhos que solicitem movimentos similares das extremidades superiores e sem pausas por mais de 50% do tempo do ciclo de trabalho;
- Força excessiva: carregamento e levantamento de cargas e manuseio de ferramentas pesadas sem pega anatomofuncional;
- Pressão mecânica localizada: contato direto de um segmento do corpo contra um objeto duro, que leva a lesão dos tecidos moles, bastante comum em digitadores que apoiam o antebraço em cantos retos da mesa, ou no uso de ferramentas com pegas estreitas, que geram grande pressão na palma da mão.

As vibrações e baixas temperaturas também estão associadas aos fatores determinantes de sobrecarga. O frio, pelo aumento da atividade muscular para produção de calor (tremor) ou pela vasoconstrição, visando à conservação da temperatura corporal, pode agravar sobrecargas decorrentes do trabalho. E as vibrações estão associadas a lesões osteomusculares, vasculares e encarceramentos nervosos, como a Síndrome do Túnel do Carpo (STC), pois aumentam a força de contração muscular para controlar o objeto que está oscilando. Além disso, a presença de vibração e de temperaturas baixas diminui a destreza manual²⁰.

O ambiente físico também pode levar à sobrecarga de certos grupos musculares, por exemplo, quando a iluminação está inadequada, insuficiente ou gerando ofuscamento, leva a adoção de posturas desconfortáveis para melhorar a visão. Ou ainda, em ambientes com ruídos que geram uma sensação sonora desagradável, dificultando a execução da tarefa, os posicionamentos viciosos surgem como estratégia para manter a atenção no trabalho ou mesmo para se afastar da fonte do ruído^{21,22}.

Fatores Organizacionais

Os fatores de risco para LER/Dort relacionados à organização do trabalho compreendem a divisão do trabalho e dos homens e inclui o tempo de duração da jornada de trabalho, a quantidade de horas extras, o tempo de pausa entre os ciclos de trabalho, incentivos a produtividade, ritmo de trabalho determinado pela gerência ou linhas de montagem, trabalho monótono e sem conteúdo, volume de trabalho exacerbado em determinados períodos e invariabilidade das tarefas²³.

A ausência ou insuficiência de pausas durante o trabalho está diretamente ligada à estrutura organizacional da empresa e é um dos fatores associados ao surgimento de LER/Dort. Intervalos de tempo para o repouso são necessários para recuperação dos tecidos evitando fadiga e, conseqüentemente, lesões musculoesqueléticas²⁰.

Os modelos organizacionais impõem ritmos de trabalho que estão associados à repetitividade, fragmentam o trabalho e estabelecem metas que desconsideram a diversidade entre os trabalhadores. O controle sobre o trabalho é perdido, o que sobrecarrega os trabalhadores²⁰.

Fatores Psicossociais

Os fatores psicossociais são caracterizados pela percepção que o trabalhador possui sobre os aspectos do ambiente de trabalho, da estrutura organizacional e das relações de trabalho.

Para Dejours²⁴, a percepção subjetiva que os indivíduos possuem de seus trabalhos, especificamente como lidam com a organização do trabalho, pode desencadear sofrimento ou prazer, a depender da capacidade deste trabalhador em poder mobilizar ações que possam transformar sua atividade de trabalho, ou seja, quanto maior a possibilidade de flexibilização e adaptação às condições de trabalho, menor será o impacto na saúde.

Neste sentido, as questões envolvendo a comunicação dos trabalhadores com suas chefias e com seus próprios colegas de trabalho estão associadas ao desenvolvimento de LER/Dort: quanto maior a dificuldade de comunicação, maior o risco de adoecimento.

Carvalho et al.²⁵, em um estudo transversal para investigar a prevalência e fatores associados à dor musculoesquelética em trabalhadores da indústria de calçados, verificaram associação entre presença de dor musculoesquelética, na região do pescoço e membros superiores, com o baixo apoio social do supervisor e com situações de alta demanda

psicológica. Estes achados corroboram estudos mais clássicos que associam a presença de demandas psicológicas com aumento da tensão muscular e, conseqüentemente, com sintomas musculoesqueléticos²⁶.

E, por fim, vale destacar que uma situação presente socialmente aqui no Brasil, o desemprego, gera entre os trabalhadores o medo de perder o emprego, fato que faz com que as pessoas se sujeitem às condições de trabalho insatisfatórias e que levam ao adoecimento por LER/Dort, temendo a marginalização social enfrentada por aqueles que não possuem uma ocupação remunerada^{24,27}.

Tratamento

O processo de tratamento e reabilitação do paciente com LER/Dort não depende da atuação terapêutica de um único profissional. A equipe multidisciplinar deve ser composta por médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermeiro, assistente social, psicólogo, profissional de terapias complementares e terapeuta corporal, sendo necessário o emprego de técnicas diversificadas para garantir uma melhor recuperação¹.

Um pressuposto importante na abordagem terapêutica em LER/Dort é o diagnóstico precoce do trabalhador com sintomas, acompanhado do afastamento da situação de exposição ocupacional²⁸.

O plano de tratamento deve contemplar^{1,28}:

- Orientações: esclarecer ao paciente sobre o processo de adoecimento por LER/Dort, sobre as etapas do seu tratamento e sobre a importância do seu papel ativo em sua recuperação;
- Medicamentos: a prescrição de medicamentos pelo médico deve ser criteriosa e adequada a cada paciente. O uso de anti-inflamatórios e analgésicos são eficazes para o controle da dor aguda e, no caso de dor crônica, o uso de drogas psicotrópicas associado ao esquema medicamentoso tem sido um importante aliado no controle dos sintomas algícos;
- Fisioterapia: é um tratamento fundamental para o paciente, tanto a utilização de recursos físicos (eletroterapia, termoterapia e fototerapia) quanto recursos manuais (massoterapia) são importantes para o controle da dor e a redução da resposta inflamatória. A associação destes recursos com a cinesioterapia (exercícios) tem sido preconizada para potencializar a analgesia, o relaxamento muscular e, conseqüentemente, a capacidade funcional. É importante que o tratamento seja

acompanhado por um fisioterapeuta que será capaz de avaliar e estabelecer as melhores condutas para cada caso, e modificá-las sempre que necessário. O tempo de duração do tratamento deve ser estabelecido para cada caso pelo profissional. A cinesioterapia em grupo também tem sido uma abordagem terapêutica com resultados positivos na reabilitação dos pacientes com dor crônica;

- Terapia Ocupacional: tem contribuído para o processo de reabilitação e retorno ao trabalho do paciente com LER/Dort através de abordagens individuais e em grupo, utilizando diferentes estratégias de reflexão e de simulação das atividades cotidianas e laborais. O terapeuta ocupacional prescreve órteses para melhorar o posicionamento, para facilitar o movimento ou para prevenção de deformidades;
- Psicoterapia: com sessões individuais ou em grupo, este tratamento visa discutir as repercussões da LER/Dort no cotidiano do paciente, favorecer a emancipação e a autonomia do paciente em seu tratamento e oferecer suporte para enfrentar e superar as dificuldades do retorno ao trabalho;
- Acupuntura: com agulhas ou laser, a técnica tem mostrado resultados positivos para o controle da dor dos pacientes;
- Terapias complementares: as práticas de *do-in*, shiatsu, e, em especial, o Liang Go vem sendo orientadas, pois auxiliam na manutenção e recuperação da saúde²⁹.

As intervenções cirúrgicas para o tratamento de LER/Dort não têm se mostrado eficazes. Segundo o protocolo de complexidades diferenciadas para o controle da dor relacionada ao trabalho, os pacientes com LER/Dort, quando submetidos a procedimentos cirúrgicos, tendem a evoluir para quadros de dor crônica, de difícil controle¹.

É preciso refletir que não adianta recuperação clínica de um indivíduo com LER/Dort se o mesmo continuar exposto às mesmas condições de trabalho. Assim, as ações preventivas no ambiente de trabalho deveriam ser parte integrante no processo de tratamento e reabilitação desses trabalhadores e da prevenção de novos casos.

Prevenção

A prevenção de LER/Dort nos ambientes de trabalho é complexa e depende de uma abordagem global que avalie o trabalhador, a situação de trabalho (ambiente físico, ferramentas, características das tarefas) e a organização do trabalho³⁰.

A prevenção primária desse acometimento envolve a redução dos fatores de risco laborais e melhoria das condições de trabalho.

A intervenção ergonômica vem sendo utilizada para analisar e diagnosticar os fatores de riscos, assim como para planejar modificações para prevenir a ocorrência de LER/Dort¹⁹.

A análise ergonômica do trabalho permite a avaliação da atividade de trabalho real do indivíduo, detectando os desequilíbrios entre o homem e seu posto de trabalho, através de observação sistemática e uso de ferramentas para análise do risco biomecânico. Também possibilita a compreensão da carga física e mental e estabelece um diagnóstico da situação real de trabalho. A partir daí, é possível traçar planos de melhorias que, junto com todos os envolvidos (trabalhadores e gerência), determinarão as modificações do trabalho a curto, médio e longo prazo²⁸.

No Brasil, a Norma Regulamentadora Nº. 17 (NR-17) do Ministério do Trabalho³¹ estabelece parâmetros para “a adaptação de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente”. E determina como competência da empresa a realização da análise ergonômica do trabalho.

Essa norma trouxe indicações importantes para a prevenção de LER/Dort, em especial na atividade de trabalho com processamento de dados.

Entre as indicações para prevenção destacam-se³¹:

- Adequação de mobiliário, equipamentos, ferramentas e dispositivos às características psicofisiológicas do trabalhador;
- Alternância das tarefas e rodízio entre os postos de trabalho, com objetivo de diminuir a monotonia e diversificar os grupos musculares solicitados durante a atividade de trabalho;
- Introdução de pausas para descanso, a fim de recuperar as estruturas anatômicas solicitadas. Para os trabalhadores com atividades de digitação em processamento de dados, a NR-17 estabelece que são necessárias pausas de 10 minutos para cada 50 minutos trabalhados;
- Redução da jornada de trabalho, em especial para atividades de trabalho que apresentam dificuldade de modificação dos fatores de risco;
- Modificações na organização do trabalho, promovendo a sensibilização da gerência sobre a importância da participação dos trabalhadores nas decisões das metas de produção e formas de controle e supervisão do trabalho.

Como medidas complementares de prevenção de LER/Dort, estão os programas de ações de educação em saúde, como as palestras para trabalhadores e gerência sobre os fatores de risco e os principais sintomas; os treinamentos sobre técnicas para o levantamento e

transporte manual de peso, orientações posturais e exercícios compensatórios durante a jornada de trabalho, que promovem a redução do impacto da carga de trabalho²⁸.

Aspectos legais referentes às LER/Dort

De acordo com a legislação vigente no Brasil, as patologias correlacionadas com as LER/Dort devem ser consideradas como doenças do trabalho e seus efeitos jurídicos são equiparados ao acidente do trabalho. Desta forma, conforme o artigo 19 da Lei Nº. 8.213, de 24 de julho de 1991, “acidente do trabalho é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, ou de empregador doméstico, ou pelo exercício do trabalho do segurado especial, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter temporário ou permanente”. Pode causar desde um simples afastamento, a perda ou a redução da capacidade para o trabalho, até mesmo a morte do segurado. Também são considerados como acidentes de trabalho:

- a) O acidente ocorrido no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado;
- b) A doença profissional, desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade; e
- c) A doença do trabalho, adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente³².

A partir do início da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, o Estado passou a ter competência legal sobre o processo saúde-doença relacionado ao trabalho. Estratégias foram criadas para garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador. Em 2002, foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), com objetivo de disseminar ações de saúde do trabalhador, articuladas às demais redes do SUS. Com a definição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador em 2005, a RENAST passou a ser a principal estratégia da organização da Saúde do Trabalhador no SUS, sob a responsabilidade da então Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, hoje Coordenação Geral da Saúde do Trabalhador (CGSAT). Em 2012, por meio da Portaria Nº. 1.823, foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), com destaques aos Artigos 2, “A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade

decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos” e Artigo 3, “Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política”. Tais políticas foram criadas considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença”³³.

Apesar dos avanços obtidos por meio de políticas públicas, ainda há grandes desafios a se considerar, como, a dificuldade de profissionais de saúde implicarem o trabalho no processo saúde e doença do indivíduo, dificultando o cuidado e a reabilitação destes, outro conflito se dá em estabelecer a relação nexos causal, entre doença e trabalho, impossibilitando assim, o registro oficial da doença³⁴.

A partir do momento que um acidente ou uma doença é reconhecido como decorrente do trabalho, a empresa deve emitir o Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), para que o trabalhador tenha acesso ao benefício auxílio-doença acidentário, garantindo 12 meses de estabilidade ao trabalhador após o retorno.

O preenchimento do CAT é fundamental para obtenção de dados epidemiológicos, mas muitos trabalhadores, como os autônomos, domésticos, subempregados, rurais entre outros são excluídos por não terem a cobertura do Seguro Acidente de Trabalho (SAT), o que gera uma subnotificação das informações, impossibilitando que os dados estatísticos apresentados anualmente correspondam com a realidade.

De acordo com informações obtidas no site da Previdência Social, há uma nova forma de concessão de benefícios acidentários em casos de acidentes sem CAT registrada, o acidente pode ser identificado por meio de um dos possíveis nexos: Nexos Técnico Profissional/Trabalho, Nexos Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP, Nexos Técnico por Doença Equiparada a Acidente do Trabalho ou Nexos Individual.

Vale ressaltar que a empresa deve comunicar o acidente de trabalho, ocorrido com o trabalhador ou trabalhadora, havendo ou não afastamento do trabalho, até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato à autoridade competente, sob pena de multa, aplicada e cobrada na forma do Art. 286 do Regulamento da Previdência Social – RPS, aprovado pelo Decreto Nº. 3.048, de 6 de maio de 1999.

Os dados de acidentes de trabalho sem CAT registrada são obtidos pelo levantamento da diferença entre o conjunto de benefícios acidentários concedidos pelo INSS com data de acidente no ano e o conjunto de benefícios acidentários concedidos com CAT vinculada,

referente ao mesmo ano. Os dados de caracterização do acidentado são obtidos do Sistema Único de Benefícios (SUB).

Apresentamos aqui a série histórica de 2016 a 2018 referente à quantidade de acidentes de trabalho, por situação do registro e motivo, segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), no Brasil. É importante ressaltar que esses são os últimos dados que constam no Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho (AEAT). De 2016 a 2018, o total de acidentes de trabalho incluindo os que tiveram CAT registrada e os que não tiveram CAT registrada foi 585.626, 557.626 e 576.951 respectivamente. Quando distinguimos os acidentes de trabalho com CAT registrada de 2016 a 2018, temos 478.039, 453.839 e 477.415, respectivamente, os acidentes sem CAT registrada de 2016 a 2018 foram 107.587, 103.787 e 99.536 respectivamente³⁵.

Estes dados revelam um alto número de trabalhadores afastados de suas atividades, neste sentido, é esperado uma alta demanda por reabilitação profissional e isto só pode ser considerada com efetivação de políticas intersetoriais, de construção de políticas que atendam as demandas desses trabalhadores.

O retorno ao trabalho é um grande desafio dentro do campo da Saúde do Trabalhador, questões multifatoriais podem ser consideradas como facilitadoras ou então, como barreiras de retorno, tais como, dor, aspectos psicossociais, afastamento do trabalho, modificações nos postos de trabalho, demanda psicológica do trabalho, apoio organizacional, de colegas e da chefia, programas de retorno ao trabalho e tempo de afastamento, requisitos estes que devem ser observados neste processo³⁶.

Para que o processo de reabilitação dos trabalhadores em situação de afastamento do trabalho por LER/Dort tenha efeitos permanentes são necessárias ações integradas junto à saúde, previdência social e empresas. Corroborando com Zavarizzi e Alencar³⁴, “é importante atentar às políticas públicas, para que sejam mais incisivas na responsabilização das empresas pela produção do adoecimento no trabalho. Porém, agir nas relações entre capital e trabalho pressupõe agir em conflito com as relações de poder políticas e empresariais, sendo que estas últimas visam prioritariamente ao lucro, muitas vezes à custa de exploração da mão de obra de trabalhadores. Além disso, há pouca intervenção do Estado no mercado, como pressupõe o neoliberalismo. Estas são questões que, entre outras, vêm impondo grandes desafios para o campo da saúde do trabalhador”³⁴.

Referências Bibliográficas

1. Ministério da Saúde (BR). Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos (LER): distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort). Brasília (DF); 2012.
2. Ministério da Saúde do Brasil (BR). Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília (DF); 2001.
3. Dembe AE. Occupational and disease: how social factors affect the conception of work-related disorders. New Haven and London: Yale University Press; 1996.
4. Pinto SN. Fisioterapia na saúde do trabalhador. Londrina: Editora e Distribuidora Educacional S. A.; 2017.
5. Ministério da Saúde (BR). Lesões por esforços repetitivos (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). Brasília (DF); 2001.
6. Viegas LRT, Almeida MMC. Perfil epidemiológico dos casos de LER/Dort entre trabalhadores da indústria no Brasil no período de 2007 a 2013. *Rev Bras Saude Ocup.* 2016; 41: e22.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Pesquisa nacional de saúde: 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro (RJ); 2013.
8. Ministério da Saúde (BR). Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília (DF); 2019.
9. Maciel AVV, Fernandes MB, Medeiros LS. Prevalência e fatores associados a sintomatologia dolorosa entre profissionais da indústria têxtil. *Rev Bras Epidemiol.* 2006; 9(1): 94-102.
10. Magnano TSBS, Lisboa MTL, Griep RH, Kirchof ALC, Guido LA. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010; 18(3): 08 telas.
11. Madalozzo R, Martins SR, Shiratori L. Participação no mercado de trabalho e no trabalho doméstico: homens e mulheres têm condições iguais? *Estudos Feministas.* 2010; 18(2): 547-66.
12. Coggon D, Ntani G, Palmer KT, Felli VE, Harari R, Barrero LH, et al. The CUPID (Cultural and Psychosocial Influences on Disability) study: methods of data collection and characteristics of study sample. *PLoS One.* 2012; 7(7): e39820.
13. Meziat Filho N, Silva GA. Invalidez por dor nas costas entre segurados da Previdência Social do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2011; 45(3): 494-502.
14. Ghisleni AP, Merlo ARC. Trabalhador contemporâneo e patologias por hipersolicitação. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 2005; 18(2): 171-6.
15. Alcantara MA, Nunes GS, Ferreira BCMS. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho: o perfil dos trabalhadores em benefício previdenciário em Diamantina (MG, Brasil). *Cien Saude Colet.* 2011; 16(8): 3427-36.
16. Coggon D, Ntani G, Palmer KT, Felli VE, Harari R, Barrero LH, et al. Disabling musculoskeletal pain in working populations: is it the job, the person, or the culture? *Pain.* 2013; 154(6): 856-63.
17. Kuorinka I, Forcier L. Les lésions attribuables au travail répétitif: ouvrage de référence sur les lésions musculo-squelettiques liées au travail. Quebec: Multimondes e Maloin; 1995.
18. Wells R. Análise de Tarefas. In: Ranney D. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. São Paulo: Rocca; 2000.
19. Maciel RH. Ergonomia e lesões por esforços repetitivos. In: Codo W, Almeida MCCG, organizadores. Lesões por Esforços Repetitivos: Diagnóstico, Tratamento e Prevenção: uma abordagem multidisciplinar. Petrópolis: Vozes; 1995, p. 163-221.

20. Ministério da Saúde (BR). Lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). Brasília (DF); 2005a.
21. Melzer ACS. Fatores de risco físicos e organizacionais associados a distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho na indústria têxtil. *Fisioter Pesqui.* 2008; 15 (1): 19-25.
22. Abrahão J, Sznclwar L, Silvino A, Sarmet M, Pinho D. Introdução à ergonomia: da prática à teoria. São Paulo: Editora Blucher; 2009.
23. Lima MEA. A dimensão psicológica. In: Araújo JNG, Lima MEA, Lima FPA. LER: dimensões ergonômicas, psicológicas e sociais. Belo Horizonte: Health; 1998, p. 201-17.
24. Dejours C. Novas Formas de Organização do Trabalho e Lesões por Esforços Repetitivos (LER): Abordagem através da Psicodinâmica do Trabalho. In: Sznclwar LI, Zidan LN. O trabalho humano com sistemas informatizados no setor de serviços. São Paulo: Plêiade; 2000, p. 37-44.
25. Carvalho RLRB, Fernandes RCP, Lima VMC. Demandas psicológicas, baixo apoio social e repetitividade: fatores ocupacionais associados à dor musculoesquelética de trabalhadores da indústria de calçados. *Rev Bras Saude Ocup.* 2019; 44: e6.
26. Bongers PM, Winter CR, Kompier MAJ, Hildebrandt VH. Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. *Scand J Work Environ Health.* 1993; 19(5): 297-312.
27. Lancman S. Les Lesion par efforts repetitifs au Bresil: l'expression de la souffrance dans le travail et le peur du choage. In: 3º Colloque International de Psychodynamique et Psychopathologie du Travail la Peur et L'action dans le Champ du Travail; 2001; Paris. Paris: CNAM; 2001. p. 107-13.
28. Ministério da Saúde (BR). Diagnóstico, reabilitação, prevenção e fisiopatologia das LER/DORT. Brasília (DF); 2005b.
29. Livramento G, Franco T, Livramento A. A ginástica terapêutica e preventiva chinesa Lian Gong/Qi Gong como um dos instrumentos na prevenção e reabilitação da LER/DORT. *Rev Bras Saude Ocup.* 2010; 35(121): 74-86.
30. Chiavegato Filho LG, Pereira Jr A. LER/DORT: Multifatorialidade etiológica e modelos explicativos. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* 2004; 8 (14): 149-62.
31. Ministério do Trabalho (BR). Norma Regulamentadora N°17 (NR-17). [acesso em 26 jun 2021]. Brasília; 2018. Disponível em URL: <http://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nr17.htm>.
32. Presidência da República (BR). Lei n. 8213, de 24 de julho de 1991: dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social. Brasília (DF); 1991.
33. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1823, de 23 de agosto de 2012: Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora a ser adotada no Sistema Único de Saúde. Brasília (DF); 2012.
34. Zavarizzi CP, Alencar MCB. Afastamento do trabalho e os percursos terapêuticos de trabalhadores acometidos por LER/DORT. *Saúde Debate.* 2018; 42(116): 113-24.
35. Ministério da Fazenda (BR). Instituto Nacional do Seguro Social. Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho. Brasília (DF); 2018.
36. Saldanha JHS, Pereira APM, Neves RF, Lima MAG. Facilitadores e barreiras de retorno ao trabalho de trabalhadores cometidos por LER/DORT. *Rev Bras Saude Ocup.* 2013; 38 (127): 122-38.

CAPÍTULO 10: LINHA DE CUIDADO DO DISTÚRBO DE VOZ RELACIONADO AO TRABALHO: A PRÁTICA DO CUIDADO E O CUIDADO DA PRÁTICA

Susana Pimentel Pinto Giannini🔍

Márcia Tiveron de Souza🔍

Rodrigo Dornelas🔍

As discussões acerca do Distúrbio da Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT) completam 24 anos na mesma época em que o fonoaudiólogo comemora 40 anos de regularização de sua profissão. Percebe-se, assim, que mais da metade do tempo de regularização da profissão, fonoaudiólogos pesquisadores, clínicos e professores se debruçaram no que chamamos de conquista pela saúde e bem-estar dos trabalhadores que fazem uso profissional da voz, sendo a docência a profissão com o maior risco de adoecimento vocal relacionado ao trabalho. O termo “conquista” deve-se ao esforço empreendido para pesquisar, por tantos anos, essa condição, resultando em dados que favorecem ações práticas e intervenções, ou seja, a pesquisa contribuindo com a clínica, e o inverso, e com políticas públicas de proteção ao trabalhador profissional da voz.

Neste texto falaremos sobre cuidado em saúde. Cuidado que se refere, segundo o dicionário, a um “ato bem feito, aprimorado”; na saúde, o cuidado é tido como dedicação, afeição, preocupar-se com o outro¹. Assim, o cuidado exige do profissional de saúde aptidões essenciais como a ética nas relações pessoais, empatia e solidariedade². O cuidado em saúde tem como objetivo, dentre outros, o bem-estar, conforto e mudança de estilo de vida na perspectiva dos processos de educação em saúde.

Sabe-se que a produção de cuidado em saúde é dinâmica e adquire características de acordo com o contexto político e social, o que requer dos profissionais adaptações e desenvolvimento de competências e habilidades para conduzir projetos e estratégias a partir dos conceitos de clínica ampliada e de apoio matricial².

A Fonoaudiologia propõe reflexões acerca do cuidado em saúde quando se aproxima das suas práticas na Atenção Básica, mais especificamente no NASF. A reflexão da prática fonoaudiológica nos territórios da Atenção Básica contribui para a produção e sistematização

do cuidado em saúde, de acordo com as necessidades específicas da população, de forma a enfrentar os graves efeitos de distúrbios de linguagem, voz, motricidade oral e audição³.

O cuidado em saúde pode ser organizado em “linhas de cuidado”, por meio de fluxogramas assistenciais e planejamentos terapêuticos nos diferentes níveis de atenção, o que facilita a instalação de rotinas e protocolos e viabiliza o diálogo entre profissionais, serviços e usuários de uma Rede de Atenção à Saúde.

O que é linha de cuidado?

A atenção integral como diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) está contemplada desde a Constituição de 1988 no Brasil, tendo, como eixo norteador, um modelo com base em condicionantes históricos, culturais, econômicos e sociais em relação às “necessidades em saúde”⁴ (p. 95). O conceito de necessidades de saúde inclui, como fatores determinantes e condicionantes da saúde, educação, trabalho, alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, transporte, renda, lazer e acesso a bens e serviços essenciais⁵.

Da mesma forma, a Portaria Nº. 1.823, de 23 de agosto de 2012, que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, garante a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, com inserção de ações “em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede”, considerando todos os seus componentes⁶.

Rede de atenção é a forma de organização das ações e serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território, que permite a articulação entre conhecimentos, tecnologias, profissionais e instituições, para que o cidadão possa acessá-los de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e seguindo uma lógica técnico-sanitária⁸. A rede deve criar uma hierarquia de complexidade de serviços, organizar o referenciamento e o contra-referenciamento seguindo uma inteligência epidemiológica, oferecer atendimento adequado às necessidades do indivíduo, definir suas portas de entrada, ordenar o acesso por ordem cronológica e de risco, e definir as linhas de cuidado do território⁸.

Linhas de cuidado são os percursos assistenciais realizados pelo maior número de pessoas decorrentes de situações de saúde semelhantes, com vistas à promoção de equidade e integralidade da atenção⁴. Significa uma trajetória definida por diretrizes clínicas, por “arranjos organizacionais, tendo na constituição de equipes de referência de apoio matricial o seu eixo estruturante”⁴ (p. 99). Essa trajetória é composta por ações de promoção, prevenção,

diagnóstico, tratamento e reabilitação para determinados segmentos populacionais ou determinados agravos, ou outros determinantes, como gênero ou ciclo de vida.

Uma linha de cuidado pressupõe, portanto, um conjunto de ações orientadas pelas necessidades de saúde daquela parcela da população por meio do funcionamento articulado das equipes de saúde, com foco no sujeito, e não em um modelo padronizado e determinado de ações de saúde. A criação de linhas de cuidado contribui para a estruturação do cuidado que seja direcionada à integralidade da atenção⁹.

Como construir uma linha de cuidado?

As etapas para a construção de uma linha de cuidados são:

1. Análise de situação de saúde: definição do cenário do território em relação a possíveis riscos à saúde da população trabalhadora, por meio de levantamento de dados demográficos, econômicos e geográficos;
2. Identificação das doenças e agravos relacionados ao trabalho mais prevalentes na região ou mais perigosos, como doenças ou acidentes que podem levar a óbito;
3. Definição de prioridade e oportunidade de uma das doenças ou agravos para a elaboração da linha de cuidado;
4. Análise sobre a história natural da doença ou agravo para a qual se pretende elaborar a linha de cuidado, definindo as ações de prevenção, o tratamento possível e os desfechos;
5. Definição dos serviços da rede que comporão a linha e capacitação dos profissionais envolvidos;
6. Definição de locais de trabalho prioritários para a execução de ações de vigilância sanitária do trabalho, no sentido de indicar possíveis adequações necessárias nos ambientes e processos de trabalho na prevenção dessas doenças ou agravos;
7. Elaboração de roteiros de inspeção sanitária adequados à prevenção/redução dos riscos relacionados à doença ou agravo priorizado nessa linha de cuidado
8. Capacitação dos profissionais de vigilância sanitária para a execução das inspeções.

Como vimos, a construção de uma linha de cuidado deve englobar a prevenção, o diagnóstico precoce, o tratamento e a reabilitação. Partindo do reconhecimento e do mapeamento das atividades produtivas no território, bem como do reconhecimento e da identificação da população trabalhadora e de seu perfil sócio ocupacional, é possível

reconhecer e identificar os potenciais riscos e impactos à saúde dos trabalhadores, das comunidades e ao meio ambiente advindos das atividades produtivas no território⁶.

Como eixo estruturante do sistema de saúde, a atenção básica é o espaço apropriado para identificar, em cada território, quais são as atividades econômicas que conferem risco ao trabalhador.

Mas como identificar um trabalhador em risco de apresentar um Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT)? Se uma pessoa procura uma UBS com queixa de rouquidão, o que pode fazer o profissional da Atenção Básica suspeitar de que essa queixa esteja relacionada ao seu trabalho? A pergunta indicada pelo médico italiano Bernardino Ramazini em 1.700 “Qual é a sua ocupação?” é, até hoje, a melhor forma de proteção aos trabalhadores contra riscos à sua saúde, decorrente do seu trabalho ou das condições em que este é realizado em qualquer atendimento em saúde. Ou seja, é necessário haver a identificação e o registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários em cada unidade ou serviço de atenção à saúde.

Tendo a possibilidade de identificar como esse trabalhador adoecido pode ser identificado, cabe definir como ele poderá acessar o serviço de saúde e ser acolhido.

A linha de cuidado tem início, em geral, na atenção básica, que, além de se constituir no primeiro nível de atenção à saúde, tem o papel de organizar e integrar as redes de atenção à saúde, garantindo o acesso aos serviços, a continuidade do cuidado e o vínculo do trabalhador. A partir da suspeita da relação entre o problema de saúde apresentado pelo usuário e o seu trabalho, deve ser feito o encaminhamento para diagnóstico em um serviço de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média ou alta complexidade. Mesmo na suspeita, deve ser realizada a notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e o encaminhamento a um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), além da emissão de relatórios e atestados médicos, incluindo o laudo de exame médico da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos pertinentes⁶.

Porém, ainda que, normalmente, a Unidade Básica de Saúde (UBS) seja a responsável por tais ações, em relação ao DVRT, nem sempre a porta de entrada é uma UBS, pela especificidade do agravo em questão. Um professor com rouquidão persistente, por exemplo, pode ser atendido em um Ambulatório de Especialidades, serviço de média complexidade, unidade que, neste caso, passa a ter a mesma função que a UBS: atendimento, orientação, notificação ao SINAN e encaminhamento ao CEREST. Da mesma forma, se o trabalhador for recebido em um serviço de alta complexidade, essa unidade também será responsável pelo acolhimento e identificação do caso, notificação ao SINAN e encaminhamento ao CEREST.

É necessário reforçar, portanto, que a linha de cuidado para um agravado não é única, mas sim, construída a partir da especificidade da região.

Após a identificação dos serviços de saúde existentes no território para a assistência do trabalhador, os profissionais desses serviços devem ser capacitados tanto para a identificação como para a notificação dos agravos.

E qual é o papel do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador nesta trajetória? O CEREST é um estabelecimento de atenção especializada em Saúde do Trabalhador, que dispõe de Serviço de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), além de prestar, à rede de serviços do SUS, suporte técnico-pedagógico e clínico-assistencial para a atenção integral à saúde dos usuários trabalhadores urbanos e rurais, o que compreende as ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação¹⁰.

O monitoramento da linha de cuidado, realizado pelo CEREST, é a ação que garante o seu bom funcionamento. Esse monitoramento inclui as ações de capacitação da RAS- Rede de Assistência e das Vigilâncias, mantendo o fluxo em funcionamento, retroalimentando o sistema com informações e promovendo as ações necessárias durante todo o processo.

Por meio do matriciamento realizado pelas equipes técnicas dos CERESTs é possível a incorporação de conteúdos de Saúde do Trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes de Atenção Básica, uma vez que os profissionais precisam estar capacitados para identificar e acolher esse trabalhador. Da mesma forma, o matriciamento também favorece a produção de protocolos, de linhas guias e linhas de cuidado em saúde do trabalhador, de acordo com os níveis de organização da vigilância e atenção à saúde, de forma a prevenir novos casos e o monitoramento dos já adoecidos⁶.

Importante ressaltar que uma linha de cuidado de DVRT sempre deve ter, como referência, o Protocolo de Complexidade Diferenciada DVRT que estabelece as diretrizes e estratégias voltadas à identificação e tratamento dos indivíduos portadores desses agravos e a eliminação ou minimização dos riscos que os provocam.

Uma iniciativa para a construção de linha de cuidado para DVRT no Estado de São Paulo é o documento “Procedimentos a serem adotados para os casos de Agravos da Comunicação Relacionados ao Trabalho – ACRT: Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho – DVRT e Perda Auditiva Induzida por Ruído – PAIR: Orientações Técnicas para a Assistência, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica”. Esse documento, ainda não publicado, proposto pelo CEREST Estadual de São Paulo, esclarece que os agravos relacionados à saúde do trabalhador sempre implicam no desenvolvimento de ações individuais e coletivas, pois, paralelamente à assistência prestada ao trabalhador portador do

agravo, é necessária e fundamental a investigação da relação com o trabalho e a intervenção no ambiente e na organização do trabalho, de modo a minimizar os riscos, evitando novos casos e a piora clínica dos existentes. O objetivo deste documento é ser um instrumento para direcionar o atendimento, diagnóstico, investigação e vigilância da exposição e dos agravos da comunicação relacionados ao trabalho.

Seu público alvo é constituído por profissionais da rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente os CEREST Regionais e Municipais no estado de São Paulo, dos serviços privados, incluindo os serviços de saúde das empresas e os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT).

Um dos avanços propostos é a utilização da CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde) como forma de qualificar os laudos em Fonoaudiologia e Saúde do Trabalhador, deixando explícito como o agravo afeta a funcionalidade do trabalhador, quais as consequências disso e como propor formas de reabilitação. A CIF tem um amplo potencial de aplicação para a Saúde do Trabalhador em todo espectro de abrangência da linha de cuidado, das ações da Atenção Básica à reabilitação, o que facilitaria a padronização dos registros e uma análise sistematizada dos dados em todo o percurso¹¹.

Bibliografia

1. Vale EG, Pagliuca LMF. Construção de um conceito de cuidado em enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. Rev. Bras. Enferm. [internet]. 2011, 64 (1). Acesso em 29jun2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100016>.
2. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. Saúde debate. [internet]. 2017, 41 (115).
3. Molini-Avejónas DR, Mendes VF, Amato CAH Rev. soc. bras. fonoaudiol. [internet]. 2010, 15(3). Acesso em 29jun2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-80342010000300024>. Acesso em 29jun2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>.
4. Oliveira RG, Bomfim RLD, Graboís V, Campos CEA, Gribel EB Organização da atenção. In: Oliveira, RG (Org.). Qualificação de gestores do SUSRio de Janeiro, RJ : EAD/Ensp, 2009.p93-120.
5. Brasil. Lei Nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação à saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20set1990; Seção 1.
6. 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 União. 24ago2012; Seção 1.

7. Brasil. Portaria Nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 31dez2010, seção 1.
8. Souza MT. Projeto de Implantação de Linha de Cuidado: Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho - DVRT. In: II Seminário Latino americano de Voz e Trabalho, 22 de agosto 2019; São Paulo: Pontifícia Universidade Católica. Acesso em 29jun2021. Disponível em: [3rede-e-linha-de-cuidado-dvrt.pdf](#) ([pucsp.br](#))
9. Cavalheiro MTP. Fonoaudiologia e saúde da família. Rev. CEFAC. 2009; 11(2). Acesso em 29jun2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-18462009000200002>;
10. Brasil. Portaria Nº. 1.206, de 24 de outubro de 2013. Altera o cadastramento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Diário Oficial da União. 25out2013, seção 1.
11. Marcelino MA, Núbila HBV. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e potenciais aplicações em Saúde do Trabalhador. In: Mendes R. Patologia do trabalho. 3ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013, 2076 p.

CAPÍTULO 11: DIAGNÓSTICO DO DISTÚRBO DE VOZ RELACIONADO AO TRABALHO: REFLEXÕES MULTIDISCIPLINARES SOBRE O USO DA VOZ NO TRABALHO

Marta Assumpção de Andrada e Silva✉

Maria Fernanda de Queiroz Prado Bittencourt✉

Gustavo Polacow Korn✉

Maria Cristina de Menezes Borrego✉

1) Voz, trabalho e saúde

A voz humana acalma, excita, faz sonhar, amedronta, entristece, desamina, alenta, alegre, entusiasmo, acautela, dá esperança, convence, vende. A voz pode compor personagens e cenários junto com imagens, sons e músicas de fundo ou pode ter vida própria, sem auxílio das imagens ou de outros sons. (Maeno,2015:XV)¹

Ao considerar a complexidade da produção, qualidade e utilizações da voz, a disfonia, um sintoma relacionado ao distúrbio da voz, não podia ser diferente. As alterações de voz são multifatoriais e subjetivas. Esses distúrbios costumam ter sintomas e/ou queixas muito variados, independentemente da presença ou não de lesões nas pregas vocais (PPVV), popularmente conhecidas como cordas vocais. É preciso ter clareza, por exemplo, que imagens laríngeas semelhantes podem produzir qualidades vocais distintas, que a voz de uma pessoa varia dependendo da hora do dia e do interlocutor, entre outras situações e aspectos que demonstram como a voz é difícil de ser mensurada, quantificada e, também, diagnosticada². A qualidade da voz depende da fonte glótica (PPVV) e do filtro (região supraglótica). O filtro é a região acima das PPVV que contempla as cavidades laringofaringe, orofaringe e nasofaringe, cavidades oral e nasal (na Figura 1, representado pelo F vermelho espelhado). Dessa forma, é preciso ter claro, ao diagnosticar uma disfonia, que a voz é composta e influenciada por vários fatores, internos e externos, dependentes do trato vocal, da saúde geral do indivíduo e das questões emocionais e/ou psíquicas.

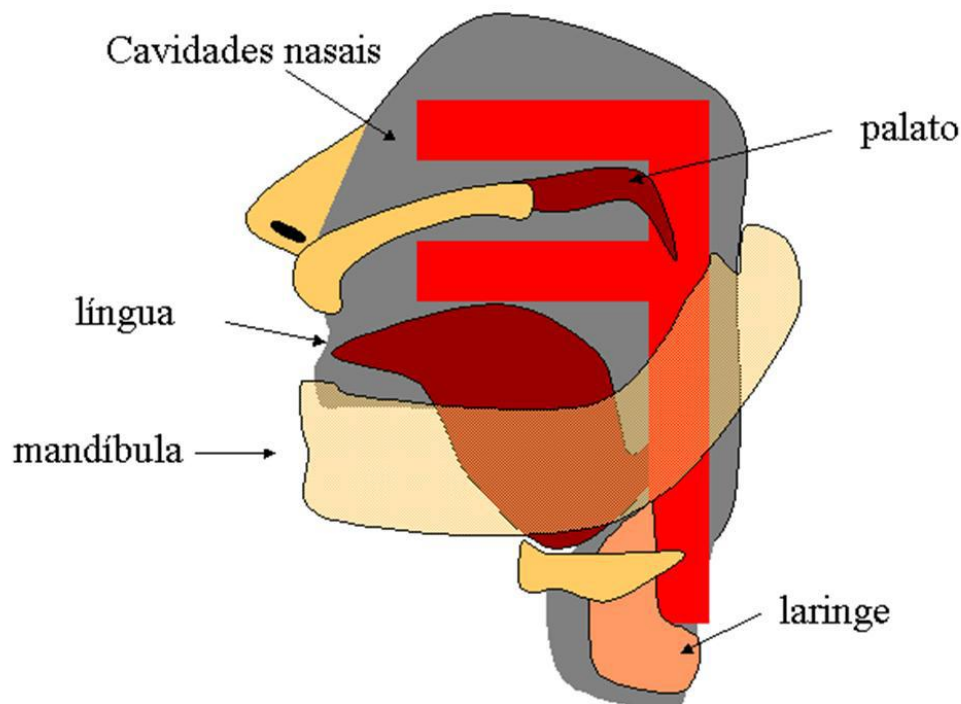


Figura 1 – Esquema representativo da região supraglótica, com destaque no F espelhado em vermelho para laringofaringe, orofaringe, nasofaringe, cavidade oral e nasal.

Diagnosticar uma alteração de voz é, de fato, muito complexo e, essencialmente, multiprofissional. O médico otorrinolaringologista, para chegar ao diagnóstico laríngeo, precisa realizar sua avaliação, com basicamente anamnese e exame, e o fonoaudiólogo, para sua avaliação da voz, também fará um levantamento da história e seu exame. Além destes profissionais, o médico do trabalho e outras especialidades como Endocrinologia, Ginecologia, Psiquiatria, Neurologia, Fisioterapia, entre outros, também podem compor o grupo multiprofissional envolvido no diagnóstico da alteração de voz, sendo que a necessidade estará relacionada ao contexto e à situação. Desta forma, em uma escola, por exemplo, o primeiro profissional a ser procurado pode ser um psicólogo; já numa indústria, provavelmente será um médico do trabalho. É preciso ter claro o papel de cada um, com discussões e esclarecimentos de cada ponto de vista, pois só desta maneira é possível fazer um diagnóstico adequado. Em muitos casos, para se chegar a um único diagnóstico, será necessário reunir as avaliações de cada profissional envolvido no caso num relatório mais abrangente e completo. O código dos distúrbios da voz na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) é R49, o de disфонia (alteração de voz) é R49.0 e o de afonia (perda da voz) é R49.1, sendo este último raramente utilizado, uma vez que determinar um quadro de afonia não é tão simples por conta dos fatores acima citados. No caso da disфонia, geralmente se utiliza o CID R49.0 para a sua

classificação, lembrando que ela pode ter diferentes causas, apresentar ou não uma lesão laríngea, podendo estar relacionada ao trabalho e associada a algum tipo de sofrimento psíquico.

Para Lucca (2012)³, para o estabelecimento donexo causal de uma doença relacionada com o trabalho, muitas vezes é essencial uma investigação muito detalhada. No caso da voz, Ferreira et al. (2019)⁴ destacam que a temática é complexa, uma vez que depende da concepção de homem e de mundo de quem avalia. Para as autoras, o desafio é compreender o sintoma, sem perder de vista a associação dos fatores de risco do ambiente e da organização do trabalho, as questões do próprio sujeito, além dos fatores psicossociais.

O Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT) é qualquer forma de desvio vocal relacionado à atividade profissional que diminua, comprometa ou impeça a atuação ou a comunicação do trabalhador, podendo ou não haver alteração orgânica da laringe⁵. Os tipos de adoecimento relacionados ao trabalho, segundo Costa, Pontes e Almeida (2013)⁶ são três:

1. Distúrbios relativos à inserção do indivíduo no ambiente de trabalho – associados à exposição a substâncias irritativas presentes no ambiente profissional que podem levar a laringites inespecíficas e crônicas;
2. Distúrbios relativos à constituição individual – considerados os problemas individuais frente ao trabalho, sendo este considerado fator agravador de uma condição já existente; e
3. Distúrbios relativos ao uso de voz no processo de trabalho – relacionados às alterações decorrentes do trabalho.

Para o diagnóstico do Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT) devem ser considerados:

- a) História clínica laboral, que considera os fatores de risco do ambiente e as condições e organização do trabalho;
- b) Evidências epidemiológicas, tendo como base o Protocolo de Anamnese Ocupacional do Ministério da Saúde;
- c) Avaliação médica com visibilização da região laringofaríngea e, dependendo do caso, realizada preferencialmente por um médico otorrinolaringologista;
- d) Avaliação fonoaudiológica da voz;
- e) Apontamento dos determinantes sociais ou fatores de risco agravantes e desencadeantes do DVRT, como os fatores organizacionais, os ambientais e os do próprio indivíduo;

- f) Inspeção *in loco* do posto/atividade de trabalho para investigação da relação com o trabalho, se for necessário.

A proposta deste capítulo é abordar os cinco primeiros itens.

Na história clínico-laboral, tanto o otorrinolaringologista como o fonoaudiólogo devem investigar os aspectos clínicos, hábitos de saúde vocal, sinais e sintomas vocais, assim como questões relativas ao ambiente como, por exemplo, exposição a ruído, poeira, temperatura e luminosidade inadequadas. Estes dados serão complementados pela compreensão do processo de trabalho, que inclui informações sobre a rotina laboral e a sua organização, como duração da jornada de trabalho, exigência de tempos e pausas, existência de sobrecarga vocal e psíquica, competição sonora, formas de pressão e mecanismos de controle, exigência de produtividade, ausência de flexibilidade de tempo, mudanças no ritmo ou na estruturação do trabalho, entre outros.

No caso do adoecimento em estado avançado e de uma situação agravada, a condução do caso terá maior complexidade. Nesse sentido, deve-se pensar em uma avaliação ampla da condição geral de saúde do trabalhador em sofrimento associado ao DVRT para a obtenção de um diagnóstico mais assertivo. Lembrando que, como destaca Maeno (2015)¹, “o som produzido e modulado de forma complexa, essencial na comunicação entre as pessoas, no mundo do trabalho adquire um significado que talvez não seja compreendido nem mesmo pelos que atuam na área de Saúde do Trabalhador”. Por essa razão, é fundamental o compromisso na defesa da saúde, vocal e geral, dos trabalhadores.

2) Diagnóstico otorrinolaringológico do DVRT

Na anamnese, é fundamental compreender a queixa do paciente de forma descritiva e detalhada e, no caso do distúrbio de voz relacionado ao trabalho, associar a queixa trazida com o trabalho. O clínico deve evitar usar termos como disfonia e rouquidão, pois se, por um lado, são muito claros para o médico, podem não ser para o paciente, gerando um emprego equivocado das palavras que pode levar à imprecisão da coleta e interpretação dos dados levantados.

Para Behlau e Pontes (1995)⁷, disfonia é um distúrbio da comunicação oral, no qual a voz não consegue cumprir seu papel básico de transmissão da mensagem verbal e emocional de um indivíduo. Ela é um sintoma e não uma doença, podendo se revelar de diferentes maneiras. Na esfera do DVRT, os sintomas e sinais relatados com mais frequência são cansaço ao falar, rouquidão, garganta seca, esforço ao falar, falhas na voz, perda de voz,

pigarro, instabilidade ou tremor na voz, ardor na garganta, dor ao falar, voz mais grossa, falta de volume e de projeção vocal, perda na eficiência vocal, pouca resistência ao falar, dor ou tensão cervical⁵. No ambiente de trabalho, estas alterações podem ser observadas pelo próprio profissional ou por outra pessoa que fará o encaminhamento para a avaliação médica. Vale observar que tais manifestações da disфонia vão além da alteração da qualidade vocal e têm impacto na comunicação e em aspectos da qualidade de vida do indivíduo.

É fundamental caracterizar os sinais e sintomas quanto à forma de instalação, ao tempo de duração e a fatores de melhora e piora. Com relação à duração, a alteração vocal pode ser classificada como aguda ou crônica, quando for inferior ou superior a 15 dias, respectivamente. Nos casos de alteração crônica, é fundamental considerar a hipótese de câncer de laringe, principalmente se ela estiver associada aos hábitos de tabagismo e etilismo, nocivos à laringe e, conseqüentemente, à produção equilibrada da voz.

O início dos sintomas de um quadro de DVRT⁵ pode ser insidioso, aparecendo, por exemplo, nos finais de jornada de trabalho e com diminuição após repouso noturno ou no final de semana. Geralmente, os sintomas vão se tornando mais presentes durante a jornada de trabalho e fora dela, sem recuperação, mesmo com repouso vocal. Nesta fase, dificilmente o trabalhador consegue usar a voz de forma eficiente.

Sintomas como pigarro, dor ou desconforto na garganta, sensação de algo parado/bolo na garganta, tosse e disфонia podem ser sugestivos da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). Segundo Eckley e Campiotto (2019)⁸, a DRGE é multifacetada e as manifestações supraesofágicas, chamadas de refluxo laringofaríngeo (RLF) têm sido associadas a 60% das consultas médicas de pacientes adultos com queixas de garganta e/ou voz. Fatores como fumo, abuso vocal, ingestão de bebidas alcoólicas, exposição a químicos ou alérgenos, abuso de cafeínas e derivados, idade, estresse, tensão muscular na região cervical e a atividade profissional também podem estar associados ao quadro. A pesquisa multicêntrica de Moraes-Filho (2012)⁹ que investigou a prevalência da DRGE no Brasil apontou que 12% da população geral brasileira apresenta algum sintoma sugestivo da doença pelo menos duas vezes por semana. As autoras afirmam que a real incidência do RLF ainda é desconhecida, assim como destacam que o diagnóstico e o tratamento do refluxo laringofaríngeo são especialmente controversos porque a sensibilidade e a reprodutibilidade dos exames são baixas.

Diante de controvérsias e da dificuldade de tratamentos eficientes, é fundamental que o médico que diagnostica uma alteração de voz possivelmente associada ao RLF faça os encaminhamentos necessários. “Essencialmente, trata-se de uma doença associada a maus

hábitos alimentares e de vida, o que torna seu controle um desafio para equipe multidisciplinar envolvida”⁸.

Aspectos relacionados a estresse, sono insuficiente, ausência de atividades físicas, falta de hidratação e ambiente sonoro de trabalho ruidoso, entre outros fatores de riscos, também podem influenciar na qualidade vocal¹⁰. O acesso à água no ambiente de trabalho é essencial e o trabalhador deve, portanto, ser incentivado a ter uma hidratação adequada, em torno de 1,5 litro ao dia. Doenças relacionadas às vias áreas superiores e inferiores, como quadros alérgicos, rinite, rinossinusite, faringite e asma, entre outras, costumam impactar, direta ou indiretamente, na qualidade da voz. Além disso, alterações na articulação temporomandibular, afecções cervicais e disfunções hormonais devem fazer parte do diagnóstico médico, assim como os sintomas de sofrimento psíquico e as doenças relacionadas à saúde mental. O caráter multifatorial do DVRT nunca deve ser esquecido, ressaltando que em determinados casos será necessário, para um diagnóstico preciso, a colaboração de um médico especialista.

Em relação ao ambiente de trabalho, devem ser investigados aspectos como presença de ruído elevado, baixa umidade relativa do ar, presença de substâncias gasosas, solventes (tolueno, benzeno, formaldeído) e demais substâncias irritantes ou tóxicas para o trato vocal e que podem predispor à disфонia. No caso específico de bombeiros, os efeitos do calor e da exposição aos subprodutos da combustão de materiais em chamas nas vias aéreas superiores e inferiores também devem ser destacados¹¹. Villar et al. (2016)¹² pontuam que controladores de tráfego aéreo são profissionais para os quais uma falha de comunicação pode resultar em um acidente fatal; sendo assim, a presença de uma alteração vocal deve ser investigada com muita atenção.

Ao considerar que o foco é o Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho, o médico deve investigar detalhadamente, além das condições do ambiente, a organização do trabalho, e relacionar os achados com as questões da voz. Ao tomar o cantor como exemplo, é necessário entender aspectos associados à rotina profissional, como a realização de aquecimento da voz, demanda vocal, duração de ensaios e apresentações, horário das refeições, presença e duração do repouso vocal, acústica dos lugares de show, uso de retorno auditivo, mofo ou artefato de fumaça, relacionamento com os músicos da banda e produtor, entre outros. No caso dos professores, existe uma forte associação entre os fatores organizacionais, como carga de trabalho, falta de autonomia, número elevado de alunos por sala, baixa remuneração e quantidade de aulas por semana com o problema vocal¹³.

Além dos fatores de risco acima citados, o abuso e o mau uso vocal realizados pelo indivíduo podem ter uma papel fundamental na disфонia. As disfonias funcionais e organofuncionais, por exemplo, têm como base fatores relacionados ao comportamento vocal.

Segundo o documento⁵, a avaliação da laringe pode ser realizada por um médico de qualquer especialidade, embora esteja destacado que, preferencialmente, deve ser um médico otorrinolaringologista. Pontuamos que, em alguns casos, por exemplo, o médico do trabalho terá que encaminhar o trabalhador para um otorrinolaringologista para um exame específico que possibilite a avaliação das pregas vocais e o diagnóstico do tipo de disфонia.

As avaliações estática e dinâmica da laringe e do trato vocal devem ser precedidas do exame otorrinolaringológico. Vale ressaltar que alterações nasais e orais podem comprometer a amplificação da voz nas cavidades de ressonância e que afecções otológicas, que provoquem perda auditiva, comprometem o *feedback* da própria voz, o que pode gerar disфонia. A laringe pode ser avaliada de várias maneiras, sendo que o ideal para a obtenção de um diagnóstico preciso é a realização dos exames de nasofibrolaringoscopia, telelaringoscopia e estroboscopia. Todos eles são realizados com o paciente acordado, em posição sentada, com ou sem o auxílio de anestésico local.

A nasofibrolaringoscopia consiste de uma fibra ótica flexível que é introduzida pela narina e permite a avaliação das cavidades nasais, da faringe e da laringe, possibilitando a avaliação dinâmica do trato vocal¹⁴. No exame de telelaringoscopia ou telescópio rígido de laringe, o paciente é orientado a prostrar a língua enquanto o médico introduz o telescópio pela boca e mantém a língua do indivíduo fora da cavidade oral, segurando-a com uma gaze. A nasofibrolaringoscopia e a telelaringoscopia são conectados à fonte de luz e câmera, o que permite a documentação da imagem¹⁴. A estroboscopia consiste em um aparelho que gera uma luz pulsátil, que permite avaliar o padrão de vibração das pregas vocais¹³.

Embora exista uma forma ideal para se avaliar a laringe, sabe-se que a realização destes exames nem sempre é possível por conta de diferentes condições físicas, estruturais e econômicas dos serviços de saúde oferecidos ao trabalhador em nosso território nacional. Além dos exames, a experiência na interpretação dos achados é fundamental para que médicos otorrinolaringologistas e fonoaudiólogos tenham acesso a todos os dados e possam trocar informações para um diagnóstico preciso. É preciso salientar que nem toda alteração laríngea se manifesta na forma de desvio vocal. Dependendo da demanda de voz e das condições de trabalho, o profissional da voz pode apresentar bom desempenho em suas atividades e não deve ser excluído do mercado de trabalho pelo fato de apresentar alteração em pregas vocais.

3) Avaliação fonoaudiológica do DVRT

A avaliação fonoaudiológica de um distúrbio de voz é complexa e, sendo este decorrente do trabalho, a responsabilidade é ainda maior. O ponto de partida para o Levantamento da História do indivíduo com DVRT (Anexo 1) é a queixa, investigada detalhadamente em relação a vários aspectos, por meio de uma escuta atenta para além do que é dito. O roteiro do levantamento da história (Anexo 1) foi elaborado com base na literatura fonoaudiológica¹⁵⁻¹⁷ e em anamnese específica de doenças ocupacionais ou relacionadas ao trabalho¹⁸. Como destacado por Ferreira et al. (2019)⁴ a resposta à pergunta *Por que você veio procurar um fonoaudiólogo?*, se bem “ouvida”, pode trazer aspectos fundamentais para a condução da avaliação. É fundamental caracterizar os sinais e sintomas, concomitantes ou não, quanto ao tempo de duração, forma de instalação, fatores de melhora e piora, e sua relação com o trabalho. Os sintomas e sinais mais frequentes são: cansaço ao falar, rouquidão, garganta seca, esforço ao falar, falhas na voz, perda de voz, pigarro, instabilidade ou tremor na voz, ardor na garganta, dor ao falar, voz mais grossa, falta de volume e projeção vocal, perda na eficiência vocal, pouca resistência ao falar, dor ou tensão cervical^{5,19}.

A queixa precisa ser investigada e analisada de forma aprofundada e é preciso compreender a alteração de voz na perspectiva do sujeito: *O que de fato o incomoda? Quando e como começou o problema? Qual a consequência para a atuação profissional e pessoal? Quando começou o problema, alguma rotina ou hábito estava diferente?* O fonoaudiólogo deve fazer perguntas que estabeleçam relação entre o problema de voz e o trabalho, a saúde, os hábitos, e assim por diante. No caso do DVRT, o começo da alteração vocal pode ser imperceptível, como quando o trabalhador finaliza a sua jornada “sentindo” a voz, mas depois de dormir ou fazer repouso vocal a voz se restabelece.

Nessa direção, conhecer a demanda de uso de voz é essencial, tanto na execução do trabalho quanto em outros momentos. Em muitos casos, observamos que, além do uso constante no trabalho, o uso da voz também pode acontecer em outras circunstâncias da vida do paciente. Por exemplo, podemos pensar no professor que além de dar aulas, canta no coral da igreja, ou um locutor de rádio que é ator amador e, além dos ensaios, faz apresentações. Diante dessa realidade, é necessário compreender todas as formas de utilização da voz e não apenas a laboral.

O desenvolvimento do DVRT, geralmente, é multicausal e pode estar direta e/ou indiretamente associado a fatores de risco relacionadas ao trabalho. O avaliador precisa conhecer as condições ambientais e da organização do trabalho como presença de ruído,

agentes alergênicos, fumaça, poeira, ventilação, entre outros. Um assunto que merece atenção especial é o ruído, pois ele costuma ter grande influência na intensidade vocal. Por exemplo, o trabalhador da indústria que atua com máquinas e/ou aparelhos muito ruidosos, geralmente tem que falar durante o trabalho em alta intensidade ou uma professora que ministra sua aula ao lado da quadra da escola. Os fatores de risco do ambiente e da organização do trabalho devem ser investigados de forma clara e precisa (questões 13 a 36 do Anexo 1).

As questões 39 a 43 (Anexo 1) têm relação com a autorreferência do problema, estando relacionadas ao impacto da disфонia na atuação profissional e na comunicação oral segundo o próprio indivíduo. Assim, o fonoaudiólogo avaliador será capaz de entender a repercussão da disфонia para a vida do sujeito. Vale destacar que, muitas vezes, a percepção de cada um é, sem dúvida, subjetiva, ou seja, não será obrigatoriamente o grau de severidade da alteração vocal que irá determinar o tamanho do impacto, mas sim como cada indivíduo lida com seu problema e articula sua vida profissional e social.

Além dos fatores de risco citados acima, existem os do próprio indivíduo, os fatores endógenos. Para conhecê-los, propomos o Questionário de identificação de aspectos de saúde vocal em profissionais da voz (Anexo 2), baseado em Andrada e Silva e Duprat (2014)². Esse instrumento, embora inicialmente voltado para o paciente cantor, possibilita a caracterização dos principais aspectos relacionados à saúde vocal, permitindo que o avaliador entenda claramente como o indivíduo disfônico cuida de sua voz. Informações sobre tabagismo, ingestão alcoólica, prática de atividades físicas, hidratação, uso de pastilhas, características do sono e da alimentação, presença de pigarro, entre outros, fazem parte do questionário.

Esta primeira etapa é seguida pelo exame do indivíduo disfônico. Selecionando o essencial para o diagnóstico de uma alteração de voz relacionada ao trabalho na perspectiva de um fonoaudiólogo generalista, esse exame contém: uma inspeção de determinados aspectos corporais, respiratórios e da motricidade orofacial, extração de medidas aerodinâmicas e análise perceptivo-auditiva. Apesar de reconhecer o valor dos dados da análise acústica no processo de avaliação vocal, optamos por não explorar este tema neste roteiro de avaliação por considerar a necessidade de uma gravação com qualidade, muitas vezes em ambiente acusticamente tratado, com utilização de microfones e programas de análise acústica específicos. Optamos por não direcionar a descrição do exame para um fonoaudiólogo especialista em voz, uma vez que sabemos que, na realidade, um diagnóstico do DVRT pode fazer parte da atividade de um fonoaudiólogo sem essa formação.

O exame proposto tem duas partes: uma de inspeção do corpo, da respiração e de determinados aspectos da motricidade orofacial (Anexo 3) e outra de análise perceptivo-auditiva (Anexo 4) realizada com base na gravação de voz.

Para o exame, são necessários espátula, lanterna, cronômetro (que pode ser do celular), espelho de Glatzel, lenço de papel (para assoar o nariz), um computador com um programa para gravação da voz (existem vários programas gratuitos como, por exemplo, o *Audacity*, que é um software livre de edição digital de áudio disponível em <https://www.audacityteam.org>) e um microfone (de preferência unidirecional e *flat*). Caso não seja possível a utilização deste equipamento, a voz pode ser gravada no celular, guardando os devidos cuidados com o ambiente sonoro e a forma de captação do áudio. Vale lembrar que quanto melhor a qualidade da gravação, mais confiável será o material para a análise perceptivo-auditiva.

A inspeção do corpo, da respiração e de determinados aspectos da motricidade orofacial (Anexo 3) é, praticamente, uma proposta de triagem. Não se trata de uma avaliação completa; é uma inspeção, uma verificação para que, caso necessário, seja realizada uma análise integral posteriormente. Na questão da postura corporal, o avaliador irá observar o alinhamento da cabeça, a posição dos ombros e a simetria facial, e checar se há alguma condição que chame a atenção de forma negativa. Frequentemente, o indivíduo com alteração vocal pode apresentar tensão acentuada na região cervical e na musculatura orofacial, resultando em uma postura caracterizada por elevação de ombros, tendência para inclinação da cabeça, uma disfunção temporomandibular (DTM) ou uma postura de queixo elevado.

Em relação à respiração (Anexo 3), inicialmente verificaremos a ventilação das narinas por meio da utilização do espelho nasal de Glatzel. O paciente deve estar sentado, em posição ereta e com os pés apoiados no chão. Será orientado que ele assoe o nariz para que, depois, o espelho seja posicionado abaixo das narinas. Em seguida, será dada a instrução para o paciente “respirar normalmente” e repetir a tarefa três vezes, limpando o espelho a cada realização. Deve-se observar como é o “desenho” da saída de ar, se o ar sai pelas duas narinas equilibradamente ou não. Por meio dos dados colhidos neste exame e das informações observadas e coletadas durante a anamnese, o avaliador irá classificar o modo respiratório como predominantemente nasal, oral ou oronasal. Para a avaliação do tipo respiratório, o avaliador se posiciona em frente ao paciente, numa distância superior a um metro e solicita ao paciente que respire normalmente. Depois, ele deve pedir que o paciente faça uma respiração mais profunda. O fonoaudiólogo deve observar como o corpo se movimenta durante a inspiração e a expiração, notar se existe a elevação dos ombros na inspiração, protusão do

abdome na expiração, deslocamento frontal da cabeça na inspiração ou abaixamento da cabeça na expiração. Espera-se que não ocorram movimentações como estas que alterem o alinhamento da postura corporal.

O Tempo Máximo de Fonação (TMF) refere-se à medição do tempo durante a sustentação vocal ou de som da fala, vozeado ou não vozeado, de forma prolongada em uma só expiração²⁰. Trata-se de um parâmetro amplamente utilizado na clínica vocal que consiste na extração de medidas capazes de analisar as forças aerodinâmicas pulmonares e mioelásticas da laringe. Mesmo não sendo uma medida classificatória, a extração do TMF permite ao avaliador uma noção do volume expiratório. Fatores como sexo, idade, presença de queixa vocal e hábitos de vida saudáveis influenciam nessa medida²⁰.

Para a mensuração do TMF, o paciente deve estar sentado, com os pés apoiados no chão. A prova deve ser explicada e treinada, para assegurar que o indivíduo compreendeu bem a tarefa de manter a produção do som o maior tempo possível após uma inspiração. A ordem do avaliador é fundamental – *“Inspire, encha seu pulmão e faça o som /s/ o mais comprido e longo que você puder, tentando usar todo o ar que você inspirou”*. Exemplos e ajustes podem ser necessários para garantir a compreensão da prova e possibilitar que o resultado expresse a realidade²¹. A sugestão é que o fonoaudiólogo avaliador meça duas vezes os sons /s/, /z/ e /a/ e, na sequência, selecione o maior valor de /s/ e de /z/ para determinar a relação s/z. O valor desejado é 1,0, sendo considerados normais valores entre 0,8 e 1,2²². No caso de uma relação ter um valor inferior a 0,8, podemos inferir que existe um padrão de hiperconstrição laríngea. No caso oposto, quando o valor é superior a 1,2, pode se tratar de ineficiência glótica, por um problema de coaptação das pregas vocais ou presença de lesão laríngea.

Em relação à motricidade orofacial (Anexo 3), selecionamos alguns aspectos básicos de avaliação como abertura de boca, lábios, língua e oclusão dentária. Com relação à abertura de boca, ela será considerada alterada se forem observados desvios, estalos ou algum tipo de restrição de movimento. Quanto aos lábios e à língua, o avaliador deve checar a presença de alterações significativas na postura, no aspecto, na mobilidade e no tônus, devendo ser registradas como alteradas e descritas. Em relação à oclusão dentária, o avaliador deverá classificá-la e registrá-la. Para a inspeção de motricidade orofacial, sugere-se a utilização de dois instrumentos comumente usados: o MGBR²³ e o AMIOFE²⁴. Destaca-se a relação existente entre voz e motricidade orofacial e o fato de muitas alterações vocais terem origem no filtro e não na fonte glótica.

Para realizar a análise perceptivo-auditiva da voz, segundo o roteiro do Anexo 4, a voz deve ser gravada. Yamasaki e Gama (2019)²⁵ pontuam que essa análise é o principal instrumento de avaliação vocal na prática clínica e permite caracterizar a qualidade vocal, quantificar a magnitude do desvio e compreender os ajustes fisiológicos da fonação. As autoras destacam que existem protocolos padronizados para essa análise como GRBAS, escala de desvio vocal (EDV), CAPE-V e *Vocal Profile Analysis*, sendo que a escolha dependerá do objetivo da análise vocal, pois cada protocolo possui sua sugestão de amostra de fala. Outro ponto que merece destaque é a experiência do avaliador e o treinamento para tarefa.

Ao considerar os apontamentos acima e o fato do fonoaudiólogo avaliador poder não ter grande experiência no campo da voz, sugerimos a utilização de uma amostra de fala composta por vogal sustentada em tom único e em escala ascendente e descendente, fala encadeada ou automática e fala espontânea. Optamos por utilizar como base os protocolos GRBAS e CAPE-V de maneira mais simplificada para selecionar a amostra de voz e fala. Ao gravar a voz do indivíduo, o avaliador deve deixá-lo sentado com os pés apoiados no chão, num ambiente preferencialmente silencioso. Se o paciente apresentar um quadro gripal ou vias áreas comprometidas, a gravação deverá ser realizada em outro dia, em condição mais favorável. Se isso não for possível, essa observação deve constar no relatório de registro da avaliação.

O ideal é que o avaliador explique as tarefas com clareza e sem dar exemplos, evitando influenciar o paciente com seu tom de voz e seu padrão de fala. Se for necessário, mostrar a forma de realização das emissões, sem corrigir o indivíduo. A amostra de fala e voz sugerida é:

1. Emissão sustentada (de 3 a 5 segundos) das vogais /a/ e /i/ em tom habitual de fala;
2. Contagem de 20 para 1 (se o paciente tiver muita dificuldade peça os meses do ano);
3. Emissão da vogal /i/ em escala glissando (notas em sequência) do grave (grosso) para o agudo (fino) e ao contrário;
4. Relato de fala espontânea ou semidirigida, que leve o indivíduo a falar com mais naturalidade, a partir de solicitações como: “*me conte o último filme ou série que você viu; me conte uma viagem que gostou muito; me conte como foi o capítulo da novela de ontem*”.

O Quadro para análise perceptivo-auditiva (Anexo 4) teve como base Sevilha (2015)²⁶ e a experiência clínica dos autores. Os parâmetros de voz e de fala selecionados são:

coordenação pneumofonarticulatória, *pitch*, *loudness*, ataque vocal, articulação, ressonância e qualidade vocal. O avaliador deverá ouvir a gravação da amostra de voz e fala quantas vezes forem necessárias para avaliar se está adequada ou alterada. Se considerar algum desses parâmetros alterados, o avaliador deve definir se o grau da alteração vocal é discreto, moderado ou severo.

Ao final da avaliação fonoaudiológica, o clínico deve relacionar todas as informações coletadas e interpretar os dados disponíveis. A qualidade vocal – e os aspectos relacionados à fonte e ao filtro mencionados anteriormente – é um dos parâmetros analisados e, a partir da avaliação, a voz pode ser considerada “normal” ou alterada.

Atenção especial deve ser dada ao termo “voz normal”. O conceito de voz normal é complexo devido aos fatores biopsicossociais envolvidos no fenômeno da produção vocal. Por isso, geralmente são adotados os termos “voz neutra” ou “voz adaptada”, referindo-se ao ajuste da qualidade vocal aos diferentes valores e demandas individuais²⁷. Sendo assim, é preciso identificar a existência de alterações de vozes dentro da variabilidade normal da qualidade vocal e reconhecer que elas são aceitas socialmente.

As adaptações da qualidade vocal em diferentes contextos não ocorrem apenas por motivos pessoais. Os profissionais da voz, grupo de trabalhadores que dependem da voz para o seu sustento, podem apresentar desvios vocais como recurso estilístico e artístico para garantir seu bom desempenho nas atividades profissionais, sejam elas relacionadas à fala ou ao canto²⁷. Dentro deste grupo podemos citar os cantores, professores, teleoperadores, advogados, pastores, consultores, vendedores, atores, locutores e profissionais de saúde, entre outros, como exemplos de profissionais da voz.

Trata-se de uma categoria profissional que apresenta grande exigência e alta demanda vocal^{27,28}. Como já mencionado no início deste capítulo, o clínico que avalia a voz deste trabalhador deve identificar as características do uso profissional da voz e buscar compreender a relação entre trabalho e saúde/doença. Vale mencionar que, recentemente, um grupo de pesquisadoras, atento às necessidades das pessoas que realizam trabalhos vocalmente exigentes, propôs tarefas específicas de fonação sustentada e de diadococinesia laríngea para a avaliação vocal como forma de obtenção de medidas relacionadas à eficiência do mecanismo de produção da voz²⁹. É a ciência vocal embasando estudos, propondo novos indicadores e contribuindo para as pesquisas no campo do distúrbio de voz relacionado ao trabalho.

Se, por um lado, há alterações vocais reconhecidas como marcadores sociais, culturais e emocionais, existem também, por outro lado, desvios que não podem ser aceitos desta

forma, configurando um quadro de disfonia. Para Behlau e Pontes (1995)⁷, disfonia é um distúrbio da comunicação oral no qual a voz não consegue cumprir seu papel básico de transmissão da mensagem verbal e emocional de um indivíduo.

Na literatura especializada, encontram-se várias formas de classificação das disfonias. O Protocolo do Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho⁵ apresenta a proposta de categorização das disfonias em três grupos, de acordo com a sua etiologia: disfonias funcionais, organofuncionais e orgânicas²⁷. Entretanto, estudos publicados na última década revelam que a classificação mais difundida internacionalmente está apoiada na divisão das disfonias em dois grandes grupos: comportamentais (que reúne as disfonias antes classificadas como funcionais e organofuncionais) e orgânicas³⁰.

Esta classificação leva em conta o envolvimento do comportamento vocal na base da disfonia. Como o próprio nome diz, a disfonia comportamental tem como origem um comportamento vocal inadequado ou excessivo. O surgimento da disfonia orgânica, por sua vez, independe do uso da voz e pode ser causado por diferentes processos²⁷.

Uma breve exploração das questões relacionadas à disfonia comportamental pode ser útil para a compreensão da relação existente entre o desvio vocal e a atividade profissional ou, em outras palavras, entre a saúde/doença e o trabalho.

Para tal, vamos tomar o professor como exemplo. Grande parte das vezes, ele é submetido a situações de uso excessivo da voz, com aumento da quantidade de fala e da intensidade vocal em sua atividade profissional. Além disso, o professor geralmente trabalha em um ambiente ruidoso e dá aula em classes numerosas, durante muitas horas, todos os dias da semana. Neste caso, a sobrecarga vocal associada a um ambiente de trabalho com condições desfavoráveis para o uso profissional da voz pode disparar uma disfonia comportamental, que terá impacto sobre a sua saúde, comunicação e qualidade de vida.

Este exemplo ilustra uma condição corriqueira na rotina de trabalho de muitos professores. Não é à toa que esta é a categoria profissional mais pesquisada, comprovação reforçada em recente revisão integrativa de estudos sobre a associação entre trabalho e distúrbio de voz³¹. É importante destacar que as autoras do referido texto também comentam que a sobrecarga vocal não deve ser considerada somente como um abuso individual, mas como uma condição imposta por situações desfavoráveis de trabalho, podendo estar relacionadas tanto ao ambiente como à organização do trabalho.

Situações como esta facilitam a percepção da significativa conexão entre distúrbio de voz e trabalho. A doença ocupacional ocorre quando é identificada a sua associação com o trabalho, mesmo na presença de fatores concorrentes não relacionados à atividade laboral.

Sendo assim, as causas antecedentes, concomitantes e subsequentes à disfonia podem coexistir com o distúrbio de voz sem, contudo, impedir que se estabeleça a sua relação com o trabalho³². Trata-se do princípio da concausalidade. Ele encontra embasamento na Classificação de Schilling, segundo a qual a doença do trabalhador é provocada pela atividade profissional em diferentes níveis:

- I. Causa única;
- II. Fator contributivo para o estabelecimento da doença; ou
- III. Fator agravante de condição pré-existente³³.

Segundo esta classificação, o DVRT está nos grupos II e III da Classificação Schilling, devido às múltiplas causas a ele relacionadas^{31,32}.

4) Considerações Finais

Antes de concluir o presente capítulo, é preciso ressaltar que a avaliação funcional da voz leva em conta o aspecto multidimensional da produção vocal, fenômeno que envolve questões biopsicossociais, mecanismos aerodinâmicos e fatores fisiológicos e biomecânicos^{34,35}.

Dessa forma, ela deveria ser composta, sempre que possível, por avaliação médica e exame laríngeo, levantamento da história e dos fatores de risco associados, aplicação de protocolos de autoavaliação e avaliação fonoaudiológica composta por análise perceptivo-auditiva e acústica da voz, extração de medidas aerodinâmicas, exame corporal básico e avaliação da expressividade oral. A combinação dos dados fornecidos por diferentes parâmetros de avaliação poderá mostrar o impacto do problema de voz na saúde, na comunicação e na qualidade de vida do indivíduo^{34,35}.

A utilização sistemática de procedimentos de avaliação possibilita a comparação dos dados de diferentes pacientes, tanto entre os clínicos como entre os pesquisadores. O levantamento e a organização deste material poderão fornecer informações mais robustas para as pesquisas na área do distúrbio de voz relacionado ao trabalho, tão necessárias no contexto atual.

Se por um lado é importante valorizar os processos sistemáticos de atuação, por outro lado é essencial reconhecer a existência de fatores que dificultam a sua adoção. Sabe-se que há diferenças significativas entre as condições de assistência de saúde oferecidas como, por exemplo, as instalações físicas e a composição de equipes de profissionais de saúde,

considerando-se a diversidade de aspectos sociais, econômicos e culturais dos serviços de saúde disponíveis para o trabalhador.

Sendo assim, a apresentação das avaliações neste capítulo tem o objetivo de propor um eixo condutor do processo a ser seguido e não o de definir protocolos padronizados para o diagnóstico do distúrbio de voz relacionado ao trabalho. Parece mais adequado considerar que os procedimentos aqui elencados possam servir como um guia aos profissionais da saúde envolvidos na avaliação vocal do trabalhador e devem ser compreendidos como uma recomendação dos passos a serem seguidos nesta empreitada.

As questões relacionadas ao ambiente e processos de trabalho devem ser discutidas no âmbito de controle social do SUS e em outras instâncias, como fóruns e comissões, numa perspectiva de inclusão no plano de saúde da região. As intervenções, quando realizadas de forma articulada com a organização social dos trabalhadores, possibilitam que a análise de um único estabelecimento do setor tenha repercussão ampla nesta categoria de trabalhadores.

O fato do quadro do DVRT ser multifatorial e poder estar associado a sintomas de sofrimento psíquico relacionados aos aspectos da organização do trabalho nunca deve ser perdido de vista. Estas demandas podem se configurar como condições desfavoráveis de trabalho, medo do desemprego, falta de informação ou de clareza na definição das atividades e dos resultados esperados, estabelecimento de objetivos que excedem as capacidades do trabalhador, bem como outras contingências do mundo do trabalho contemporâneo. A necessidade de responder adequadamente a estas e outras exigências profissionais faz com que o trabalhador crie estratégias para conviver com os sintomas vocais e continue trabalhando, até que ocorra agravamento do quadro e não seja mais possível continuar o exercício das atividades profissionais.

Assim, uma avaliação mais ampla da condição geral de saúde do trabalhador, com a inclusão da avaliação de sintomas psicoemocionais/psicossomáticos para detecção de possível sofrimento psíquico associado ao DVRT permitirá um diagnóstico mais amplo, o que favorecerá uma intervenção mais efetiva e atenção integral.

Referências Bibliográficas

1. Maeno M. Prefácio. In: Ferreira LP, Andrada e Silva MA, Giannini SPP. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho: práticas fonoaudiológicas. São Paulo: GEN / Roca; 2015:XV.
2. Andrada e Silva MA, Duprat AC. Avaliação do paciente cantor. In: Marchesan IQ, Silva HJ, Tomé MC. Tratado das especialidades em Fonoaudiologia. São Paulo: GEN / Roca;2014: 206-13.

3. Lucca SR. As inter-relações saúde e trabalho na abordagem clínica e individual. *Rev Bras Clin Med.* São Paulo, 2012;10(3):201-5.
4. Ferreira LP, Constantini AC, Nemr K. Determinantes dos distúrbios de voz e a anamnese na clínica vocal. In: Lopes L, Moreti F, Ribeiro LL, Pereira EC. *Fundamentos e atualidades em voz clínica.* Rio de Janeiro: Thieme Revinter; 2019:1-8.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. *Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho – DVRT – Brasília (DF), 2018.* Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/disturbio_voz_relacionado_trabalho_dvrt.pdf Acesso em: 10 de jul de 2021.
6. Costa HO, Pontes PAL, Almeida SIC. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho. In: Mendes, R. *Patologia do trabalho.* 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. p. 1167-76.
7. Behlau M, Pontes P. Avaliação da voz. In: Behlau M, Pontes P. *Avaliação e tratamento das disfonias.* São Paulo: Lovise, 1995: 218-62.
8. Eckley CA, Campioto AR. Disfonia por doença do refluxo gastroesofágico e refluxo laringofaríngeo. In: Lopes L, Moreti F, Ribeiro LL, Pereira EC. *Fundamentos e atualidades em voz clínica.* Rio de Janeiro: Thieme Revinter; 2019:95-103.
9. Moraes-Filho JPP. Doença do refluxo gastroesofágico de difícil tratamento. *Revista Brasileira Med.* 2012; 69 (12):41-6. DOI: 10.1590/S0102-67202014000300013.
10. Korn, GP, Potes AAL, Abranches D, Pontes PAL. Hoarseness and Risk Factors in University Teachers. *J Voice.* 2015; 29(4):518.e21-8. DOI: 10.1016/j.jvoice.2014.09.008.
11. Korn GP, Alvarenga EHL, Dall'Oglio GP, Azevedo RR, Chamun W, Cordeiro TG, Boggi AC, Pezato R. The Effects in the Upper Airway of Heat and Exposure to Combustion Byproducts of Burning Materials on Larynx of Firefighters. *J Voice.* 2020:S0892-1997(20)30320-9. DOI: 10.1016/j.jvoice.2020.08.020.
12. Villar AC, Korn GP, Azevedo RR. Perceptual-auditory and Acoustic Analysis of Air Traffic Controllers' Voices Pre- and Postshift. *J Voice.* 2016;30(6):768.e11-768.e15. DOI: j.jvoice.2015.10.021.
13. Giannini SPP, Latorre MRDO, Ferreira LP. Distúrbio de voz e estresse no trabalho docente: um estudo caso-controle. *Cad. Saúde Pública.* 2012;28(11):2115-24. DOI: 10.1590/S0102-311X2012001100011.
14. Pinho S, Korn GP, Pontes P. Músculos intrínsecos da laringe e dinâmica vocal. *Série desvendando os segredos da voz.* 3rd ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter;2019: 91
15. Ferreira LP, Giannini SPP, Esteves AAO, Ferreira RM, Souza SS, Souza TMT. Bem-estar vocal de professores – relato de experiência do Programa Municipal de São Paulo. In: Ferreira LP, Andrada e Silva MA, Giannini SPPG. *Distúrbios de Voz Relacionado ao Trabalho: práticas fonoaudiológicas.* São Paulo: Roca, 2015. p 135-41.
16. Souza TMT, Trentini AL, Lopes SS, Takahashi HTN. Bem-estar vocal no ingresso de professores – projeto de promoção da saúde e vigilância no município de São Paulo. In: Ferreira LP, Andrada e Silva MA, Giannini SPPG. *Distúrbios de Voz Relacionado ao Trabalho: práticas fonoaudiológicas.* São Paulo: Roca, 2015. p 119-34.
17. Andrada e Silva MA, Duprat AC, Ghirardi ACAM, Noffs G, Bittencourt MFQP. Ambulatório de Artes Vocais da Santa Casa de São Paulo: Reflexões sobre a relação do cantor com o trabalho. In: Ferreira LP, Andrada e Silva MA, Giannini SPPG. *Distúrbios de Voz Relacionado ao Trabalho: práticas fonoaudiológicas.* São Paulo: Roca, 2015. P 279-90.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Anamnese Ocupacional: Manual de Preenchimento da Ficha Resumo de Atendimento Ambulatorial em Saúde do Trabalhador (Firaast).* Brasília, 2006. Disponível em:

- https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anamnese_ocupacional_ficha_atendimento_trabalhador.pdf. Acesso em: 10 de jul de 2021.
19. Ghirardi ACAM, Ferreira LP, Giannini SPP, Latorre MRDO. Screening Index for Voice Disorder (SIVD): Development and Validation. *J Voice*. 2013; 27 (2): 195-200. DOI:10.1016/j.jvoice.2012.11.004.
 20. Finger LS, Hoffmann CF, Cielo CA. Maximum Phonation Time and Body Mass Index in Nondysphonic Eutrophic Children. *J Voice*. 2021; 35(3):500.e1-500.e7. DOI:10.1016/j.jvoice.2019.09.018.
 21. Bittencourt MFQP. Medidas aerodinâmicas: análise comparativa de variáveis no tempo máximo de fonação. [Tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2016.
 22. Cielo CA, Conterno G, Carvalho CDM, Finger LS. Disfonias: relação S/Z e tipos de voz. *Rev. CEFAC*. 2008; 10 (4): 536-47. DOI: 10.1590/S1516-18462008000400014
 23. Genaro KF, Berretin-Felix G, Maria Rehder IBC, Marchesan IQ. Avaliação miofuncional orofacial: protocolo MBGR. *Rev. CEFAC*. 2009; 11 (2):237-55. DOI: 10.1590/S1516-18462009000200009
 24. Felício CM, Folha GA, Gaido AS, Dantas MMM, Azevedo-Marques PM. Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial com Escores Informatizado: usabilidade e validade. *CoDAS*. 2014;26 (4):322-7. DOI: 10.1590/2317-1782/201420140021.
 25. Yamasaki R, Gama ACC. Desafios e referências na avaliação perceptivo-auditiva da voz. In: Lopes L, Moreti F, Ribeiro LL, Pereira EC. *Fundamentos e atualidades em voz clínica*. Rio de Janeiro: Thieme Revinter; 2019:9—29.
 26. Sevilha EAM. Cuidado Vocal com professores universitários. In: Ferreira LP, Andrada e Silva MA, Giannini SPPG. *Distúrbios de Voz Relacionado ao Trabalho: práticas fonoaudiológicas*. São Paulo: Roca, 2015. P 157-162
 27. Behlau M, Azevedo R, Pontes P. Conceito de voz normal e classificação das disfonias. In: Behlau M. *Voz: o livro do especialista Vol I*. Rio de Janeiro: Revinter, 2005;p.53-84.
 28. Vilkman E. Voice Problems at Work: a Challenge for Occupational Safety and Health Arrangement. *Folia phoniatria et logopaedica*. 2000; 52(1): 120-25. DOI: 10.1159/000021519
 29. Snell EN, Plexico LW, Weaver AJ, Sandage MJ. Quantifying Vocal Power: Correlation of Whole-Body Anaerobic Power to Vocal Function Measures. *J Speech Lang Hear Res*. 2020; 10;63(8):2597-2608. DOI: 10.1044/2020_JSLHR-20-00110.
 30. Zambon F, Teixeira LC, Almeida AA. Disfonias comportamentais. In: Lopes L, Moreti F, Ribeiro LL, Pereira EC. *Fundamentos e atualidades em voz clínica*. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2019; p. 81-93.
 31. Jesus MTA, Ferrite S, Araujo TM, Masson MLV. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho: revisão integrativa. *Rev Bras Saude Ocup*. 2020; 45:e26. DOI: 10.1590/2317-6369000040218
 32. Przysieszny P, Przysieszny LT. Work-related voice disorder. *Braz. j. otorhinolaryngol*. 2015; 81(2):202-11. DOI: 10.1016/j.bjorl.2014.03.003
 33. Brasil. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho_manual_procedimentos.pdf. Acesso em: 10.de jul de 2021.
 34. Patel RR, Awan SN, Barkmeier-Kraemer J, Courey M, Deliyski D, Eadie T, Paul D, Svec JG, Hillman R. Recommended protocols for instrumental assessment of voice: American Speech-Language-Hearing Association expert panel to develop a protocol for instrumental

- assessment of vocal function. *Am J Speech Lang Pathol.* 2018;27:887-905. DOI: 10.1044/2018_AJSLP-17-0009
35. Almeida LN, Nascimento JA, Behlau M, Roseno AV, Aguiar A, Almeida AA. Processo de validação de instrumentos de Autoavaliação da voz no Brasil. *Audiol Commun Res.* 2021;26:e2364. DOI: 10.1590/2317-6431-2020-2364.

Anexo 1

Levantamento da história do indivíduo com DVRT

A- Identificação

- 1) Nome completo:
- 2) Data de nascimento: _____ idade: _____
- 3) Qual é a sua profissão? _____
- 4) Há quanto anos você trabalha? _____
- 5) Qual é a sua jornada de trabalho? _____
- 6) Você tem uma outra profissão? Atualmente ou antes?
() Não () Sim, qual? _____
- 7) Atualmente qual é o seu regime de trabalho (contrato)?
- 8) Qual a sua escolaridade?
() Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo
() Ensino médio incompleto () Ensino médio completo
() Ensino superior incompleto () Ensino superior completo
() Pós-graduação
- 9) Quem te encaminhou para avaliação fonoaudiológica de voz?
() Médico, qual? _____ () Fonoaudiólogo () Outros, qual? _____
- 10) Resumo dos dados da avaliação médica:

B- Queixa

- 11) Descrição da queixa vocal detalhada (Quando começou? Como aconteceu?) :
- 12) Além do trabalho, onde e como você utiliza sua voz? Em casa com filhos? Na igreja? No coral? Cantando com os amigos?

C- Fatores relacionados ao ambiente de trabalho

- 13) Há ruído no ambiente de trabalho? (agudo, grave, decorrente de máquinas, ambiente com muitas pessoas falando ao mesmo tempo, barulho de construção, etc).
() Nunca () Às vezes () Sempre
- 14) A acústica do ambiente é favorável?
() Nunca () Às vezes () Sempre
- 15) O mobiliário do ambiente é confortável?

Nunca Às vezes Sempre

16) Os recursos que são disponibilizados pelo empregador são adequados?

Nunca Às vezes Sempre

17) Os recursos que são disponibilizados pelo empregador são suficientes?

Nunca Às vezes Sempre

18) A temperatura do ambiente é adequada?

Nunca Às vezes Sempre

19) A qualidade do ar é boa?

Nunca Às vezes Sempre

20) A umidade do ar é adequada?

Nunca Às vezes Sempre

21) Você é exposto a produtos químicos (solventes, vapores metálicos, gases asfixiantes)?

Nunca Às vezes Sempre

22) Há poeira no local?

Nunca Às vezes Sempre

23) Há fumaça no local?

Nunca Às vezes Sempre

D- Fatores Organizacionais do trabalho

24) Você se sente sobrecarregado em seu trabalho?

Nunca Às vezes Sempre

25) Há acúmulo de atividades ou de funções?

Nunca Às vezes Sempre

26) Você considera sua demanda vocal excessiva?

Nunca Às vezes Sempre

27) Há pausas durante a jornada de trabalho?

Nunca Às vezes Sempre

28) Há algum local de descanso?

Nunca Às vezes Sempre

29) Você tem autonomia para realizar seu trabalho?

Nunca Às vezes Sempre

30) O seu ritmo de trabalho tem que ser muito acelerado para que consiga cumprir as metas?

Nunca Às vezes Sempre

31) Você considera que trabalha sob forte pressão?

Nunca Às vezes Sempre

32) Você se sente satisfeito com o trabalho?

Nunca Às vezes Sempre

33) Você se sente satisfeito com a remuneração pelo seu trabalho?

Nunca Às vezes Sempre

34) Há alguma dificuldade de acesso aos sanitários?

Nunca Às vezes Sempre

35) Há água potável com fácil acesso no local?

nunca às vezes sempre

36) Você recebe/recebeu treinamento para utilizar a voz profissionalmente?

Nunca Às vezes Sempre

E- Antecedentes familiares:

37) Alguém da sua família já tem ou teve algum problema de voz?

38) Alguém na sua família tem ou teve algum tipo de doença como câncer, diabetes, pressão alta, doenças autoimunes, etc.?

F- Autorreferência da voz:

39) Você Já faltou ao trabalho por conta da voz? Se sim, quantos dias no último ano?

40) O seu problema de voz limita ou modifica sua atividade profissional?

41) Você acha que se comunica bem? As pessoas entendem o que você fala?

42) Que nota você dá para sua voz de 1 a 10? (sendo 1= péssima e 10= excelente)?

43) Considerando sua atividade laboral, o que você acha que interfere direta ou indiretamente na sua voz?

Anexo 2

Questionário de identificação de aspectos de saúde vocal em profissionais da voz

Iniciais do nome: _____ Idade: _____ DN: ____/____/____

Sexo: () F () M

Profissão: _____ Tempo de profissão: _____

Na atividade profissional utiliza predominante:

() Voz falada () Voz cantada () Ambas

Se for cantor qual o gênero (estilo) musical?

1- É fumante?

() Não () Sim

Se sim, quantos cigarros por dia? _____ Há quanto tempo? _____

Se é ex-tabagista, há quanto tempo parou de fumar?

2- Ingere bebidas alcoólicas?

() Não () Sim, () Fermentado () Destilado

Qual a quantidade/copos: _____

Qual frequência/semana? _____

3- Faz uso de pastilhas e/ou sprays antes ou durante sua atividade vocal (profissional)?

() Não () Sim, produto utilizado: _____

4- Faz gargarejo?

() Não () Sim, com o que? _____

Quantas vezes/semana? _____

5- Pigarreia

() Nunca () Raramente () Frequentemente

6- Tosse

() Nunca () Raramente () Frequentemente

7- Utiliza gengibre?

() Não () Sim, em qual em qual situação:

Qual frequência/semana? _____

8- Utiliza mel?

() Não () Sim, em qual em qual situação:

Qual frequência/semana? _____

9- Come maçã?

() Não () Sim, em qual em qual situação?

Qual frequência/semana? _____

10- Qual a sua média diária de copos (250ml) de água fora das refeições?

() Menos de 2 copos () De 2 a 4 copos () De 4 a 6 copos () + de 6 copos

11- Você respira bem pelo nariz?

() Não () Sim

Você ronca?

() Não () Sim

Você possui alguma queixa nasal?

() Não () Sim, qual?

12- Você costuma se alimentar em intervalos regulares (a cada 3/ 4 horas)?

() Não () Sim

Você possui alguma queixa digestiva e/ou gástrica?

() Não () Sim, qual? _____

13- Você acorda, em média, descansado (seu sono é reparador)?

() Nunca () Raramente () Frequentemente

14- Você faz atividades físicas (no mínimo duas vezes por semana)?

() Não () Sim, qual? _____

15- Faz aquecimento vocal?

() Não () Sim

16- Faz desaquecimento vocal?

() Não () Sim

17- Antes do início do uso profissional da voz, você tem algum hábito específico?

() Não () Sim, qual? _____

18- Quando você tem algum problema de voz, o que você costuma fazer?

() Não costumo ter problemas com a voz () Faço repouso vocal

() Nada, espero passar () Vou ao médico, qual? _____

() Procura um fonoaudiólogo () Vou à farmácia, me automedico, com? _____

() Outros, o quê? _____

Anexo 3

Inspeção do corpo, da respiração e de determinados aspectos da motricidade orofacial

A) Postura corporal

1) Alinhamento da cabeça:

Adequado Alterado, descreva _____

2) Postura dos ombros:

Adequado Alterado, descreva _____

3) Simetria facial:

Adequado Alterado, descreva _____

B) Respiração

4) Modo:

Nasal Oral Oronasal

5) Tipo:

Adequado Alterado, descreva _____

6) Tempo Máximo de Fonação (TMF):

Adequado Alterado

/s/ _____

/z/ _____

/a/ _____

Relação s/z: _____

C) Motricidade orofacial

7) Abertura de boca:

Adequado Alterado, descreva _____

8) Lábios:

Adequado Alterado, descreva _____

9) Língua:

Adequado Alterado, descreva _____

10) Oclusão Dentária:

Adequado Alterado, descreva _____

Anexo 4

Quadro para análise perceptivo-auditiva da voz

Parâmetros de voz e de fala	Adequado	Alterado	Grau de alteração discreto	Grau de alteração moderado	Grau de alteração severo
Coordenação fonoarticulatória					
<i>Pitch</i>					
<i>Loudness</i>					
Ataque Vocal					
Articulação					
Velocidade de fala					
Ressonância					
Qualidade Vocal					

CAPÍTULO 12: DISTÚRBO DE VOZ RELACIONADO AO TRABALHO – DVRT: CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO E O RETORNO AO TRABALHO

Ana Carolina de Assis Moura Ghirardi 

Ana Carolina Constantini 

Introdução

O distúrbio de voz relacionado ao trabalho (DVRT) manifesta-se por meio das mesmas alterações laríngeas e vocais encontradas na clínica de voz em geral. Disfonias funcionais e organofuncionais, caracterizadas por uma ampla gama de sintomas vocais e sensações desagradáveis no trato vocal que demandam tratamento especializado e mudança de hábitos e comportamento vocal. Sua complexidade, no entanto, envolve o fato de que, por ter origem, em grande parte, no uso da voz durante o trabalho, a reabilitação do sujeito depende de fatores que, muitas vezes, não estão sob seu controle e independem de sua vontade individual.

Fatores ambientais e da organização do trabalho dos profissionais da voz podem desencadear alterações vocais frequentemente presentes na população em geral, porém o sucesso da reabilitação no DVRT implica não só na diminuição/eliminação de sintomas e melhora da qualidade vocal, mas também na possibilidade de uso vocal pleno no desempenho de sua função. Este complexo processo demanda dedicação do trabalhador e também dos seus superiores e/ou gestores responsáveis.

No entanto, fatores como a falta de notificação do DVRT, o medo de repreensão/perda de vínculo empregatício e até a “normalização” da disфонia no caso de algumas profissões, faz com que a procura por tratamento seja baixa em muitas categorias profissionais, em relação à prevalência de distúrbios de voz relacionados ao exercício profissional.

Embora exista um vasto campo de trabalho para a Fonoaudiologia no âmbito do DVRT em geral, o tratamento depende das condições de trabalho e da demanda de cada categoria profissional. Os professores compõem a maior categoria profissional fazendo uso da voz como principal instrumento de trabalho com prevalência relevante de disфонia em algum

momento da carreira^{1,2,3,4,5}, independentemente do nível de ensino. A disfonia docente traz consequências físicas e psíquicas para o professor, consequências financeiras para o sistema educacional, e pode, inclusive, prejudicar a aprendizagem dos alunos. A saúde vocal do docente e sua relação com o trabalho é objeto de estudo da Fonoaudiologia há muitos anos, o que reflete em um número elevado de publicações científicas sobre o tema⁶.

Tratamento

Ao considerarmos a disfonia uma alteração de causa multifatorial, a relação direta com o exercício profissional é o que diferencia o DVRT com relação ao tratamento dos distúrbios da voz. Embora suas manifestações laríngeas e/ou vocais possam ser caracterizadas como disfonias funcionais ou organofuncionais, o uso da voz no ambiente de trabalho acontece na relação entre as características individuais, as expectativas e as demandas vocais específicas de cada profissão. Além disso, o ambiente físico em que o trabalho e, portanto, o uso da voz ocorre diariamente, é outro fator que impacta de forma singular o comportamento vocal, podendo favorecer o desenvolvimento de um DVRT.

Dessa forma, além das técnicas terapêuticas tradicionais, o tratamento, neste caso, deve ser capaz de promover uma reflexão acerca das condições ambientais e da organização de trabalho e suas relações com as queixas de cada paciente, na busca por medidas individuais e coletivas que possam, na medida do possível, amenizar eventuais efeitos nocivos ao comportamento e à saúde vocal.

Uma vez que a causa do DVRT encontra-se nas condições de trabalho, é comum que o paciente, principalmente o professor, seja afastado da função, de forma temporária ou permanente, para viabilizar o repouso vocal necessário, enquanto técnicas terapêuticas específicas são empregadas em uma perspectiva curativa. No entanto, sem mudanças nas relações sujeito-trabalho-voz existe a real possibilidade de que a disfonia volte a se manifestar sob as condições anteriores. É importante ressaltar que, em casos em que o profissional não tem vínculo empregatício formal, isso não é possível. Profissionais da voz artística como cantores e atores, por exemplo, são remunerados apenas mediante execução do seu trabalho, e não têm direito a licenças de saúde ou à possibilidade de readaptações funcionais e, provavelmente, continuarão a exercer seu trabalho em condições adversas, paralelamente ao tratamento.

Segundo o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), o Brasil conta, atualmente, com cerca de 2,6 milhões de professores em todos os

níveis de ensino⁷. Sabe-se, também, que em comparação com outros profissionais da voz, os professores têm maior chance de apresentar queixas, sintomas relacionados à voz e ao uso vocal, e absenteísmo por problemas vocais, conforme apontado por estudos nacionais e internacionais^{2,4}. Ainda assim, os profissionais que atuam no cuidado à voz profissional enfrentam desafios com relação à promoção de saúde, prevenção e tratamento da disfonia docente. A falta de notificação do distúrbio de voz relacionado ao trabalho acarreta no desconhecimento da real prevalência e incidência dessa condição em diferentes regiões, perfis sociodemográficos e contextos acadêmicos dificultando, assim, o planejamento e desenvolvimento de ações específicas voltadas à promoção de saúde e prevenção da disfonia. São diversos, ainda, os motivos que retardam a procura dos professores por atendimento e orientação médica e/ou fonoaudiológica, o que frequentemente confere um caráter clínico e curativo à abordagem fonoaudiológica com esses profissionais, que foca mais no problema em si, com poucas oportunidades de se considerar a multifatorialidade da disfonia e atuar diretamente nas suas causas e implicações no trabalho docente.

Um estudo com 93 educadoras de oito creches de São Paulo revelou que 80% dessas profissionais referiram alteração vocal, e associaram a disfonia, verificada posteriormente por avaliação fonoaudiológica, ao uso da voz. Dessas, buscaram tratamento apenas 26% das professoras, evidenciando a falta de procura dessas profissionais por terapia fonoaudiológica, apesar de reconhecerem a existência do distúrbio de voz⁵. Ao estudarem professores disfônicos que procuraram atendimento em comparação a professores disfônicos que não buscaram terapia fonoaudiológica, autores⁸ referem que o grupo que buscou tratamento apresentou piores escores no Índice de Fadiga Vocal (IFV), mais sinais e sintomas vocais e pior autoavaliação, mesmo havendo desvio vocal em graus similares em ambos os grupos. Dessa forma, fica evidente que a procura dos professores por tratamento acontece quando há presença acentuada de sintomas relacionados ao uso vocal⁹, independentemente do motivo da procura tardia por tratamento.

Ainda assim, estudos que analisaram os efeitos de diferentes exercícios de trato vocal semiocluído em professores, observaram que, mediante a execução, as técnicas proporcionam melhoras evidentes em parâmetros acústicos^{10,11,12} e perceptivo-auditivos¹³ na voz dos professores. No entanto, os estudos enfatizam a diminuição de sintomas vocais e melhora vocal autorreferida, em que professores referem voz mais estável e mais clara^{12,14}. Sabe-se, também, que essas técnicas podem ser inseridas em sequências de aquecimento vocal e, se bem realizadas, podem atuar no bem-estar vocal, promover resistência e prevenir traumas mecânicos durante a coaptação das pregas vocais¹⁵.

Assim, fica claro que os recursos terapêuticos para o tratamento do distúrbio de voz são eficazes, mas não são suficientes. A complexidade do DVRT faz com que o retorno às atividades laborais do sujeito que adoeceu naquele ambiente sejam tão cuidadosamente planejadas quanto as técnicas terapêuticas em si. Diante disso faremos, a seguir, algumas considerações acerca desse momento delicado.

Retorno ao Trabalho

O retorno ao trabalho, após o tratamento, ou algumas vezes ainda durante o tratamento, é um ponto crítico para os profissionais que foram diagnosticados com o DVRT. Duas situações principais podem ocorrer: o profissional pode retornar ao trabalho exercendo a mesma função de antes, ou, em alguns casos, quando o profissional não tem condições físicas ou psíquicas de retorno ao trabalho na mesma função que exercia, ocorre a readaptação funcional e este sujeito é remanejado para outra atividade¹⁶.

Tanto a readaptação funcional quanto o retorno para a mesma função são situações desafiadoras, tanto para o sujeito, quanto para a gestão do local de trabalho.

Especificamente no caso de professores, a literatura relata^{16,17,18} que há muitos entraves que ocorrem neste processo, dentre eles, a dificuldade de reinserir o professor no mesmo ambiente de trabalho. Quando isso não é possível, geralmente, os professores são realocados em atividades mais burocráticas e se afastam de atividades pedagógicas e acabam por sentir que estão perdendo sua identidade e seu papel como educador.

Nos casos em que o trabalhador retorna para desempenhar a mesma função, o ambiente de trabalho e toda a sua complexidade, ainda permanece a mesma, ou seja, as condições de trabalho, que envolvem os aspectos físicos do ambiente e a organização do trabalho, não sofreram modificações. Assim, o trabalhador, apesar de reabilitado e com maior conhecimento sobre saúde vocal, retorna ao trabalho e encontra as mesmas condições que foram cruciais para o seu afastamento.

Estudo que investigou este período de retorno ao trabalho no município do Rio de Janeiro¹⁷ revelou que a gestão frequentemente sugere a compra e o uso de microfones no retorno ao trabalho, reforçando a ideia de que o processo desencadeador do distúrbio de voz ainda permanece o mesmo (o uso vocal abusivo, por parte do professor) e encontrando no uso do equipamento de amplificação uma alternativa para prevenir o adoecimento. Na verdade, este fato indica um descolamento da visão sobre a saúde do trabalhador e a falta de medidas mais eficazes para a promoção da saúde e a prevenção de agravos.

A complexidade do retorno ao trabalho pode estar ligada com a intensidade do distúrbio de voz apresentado pelo trabalhador e, até mesmo, favorecer a mudança de profissão ou o afastamento precoce¹⁹.

A capacidade para desenvolver o trabalho docente foi investigada em estudo anterior com professores que estavam em tratamento fonoaudiológico para a disfonia. Na visão dos sujeitos que participaram, havia o otimismo de estarem aptos a exercerem suas funções no prazo de dois anos²⁰. Ou seja, é evidente que o professor espera retornar para a sua atividade de trabalho, mas nem sempre é o que acontece.

A possibilidade de readaptação funcional pode se tornar um problema para alguns professores. Estudo¹⁶ discute, entre outros aspectos, o temor que professoras possuem da readaptação e o tratam como “um caminho sem volta” (p.256) que tem como objetivo poupar a voz do professor. As autoras refletem que o período da readaptação gera incertezas quanto ao futuro, é um período instável e que destrutura vínculos que o sujeito construiu em seu ambiente de trabalho. Uma das professoras entrevistadas no estudo relata uma visão negativa de colegas sobre professores readaptados. As autoras relacionam o processo de readaptação com o processo do desemprego, estudado por²¹, tamanho é o impacto deste período para os trabalhadores e trabalhadoras que passam por ele.

Conclusão

A complexidade do distúrbio de voz relacionada ao trabalho é tão evidente quanto às questões que permeiam o tratamento e o retorno ao trabalho de pessoas acometidas por ele. O papel do fonoaudiólogo neste processo pode ser limitado se houver a consideração de que o DVRT envolve apenas os aspectos anatomofisiológicos do sistema fonatório. É preciso que a atuação ocorra de forma abrangente, como a que ocorre na área de Saúde do Trabalhador, pois aspectos físicos e organizacionais impactam diretamente na causa do problema e também no retorno ao trabalho. Medidas curativas imediatas, como uso de amplificação sonora individual, quando efetivas, resolvem apenas uma parte do complexo problema que estamos tratando. Ações mais efetivas, envolvendo vigilância e promoção de saúde considerando o ambiente como potencial causador de doenças e incapacidade para o exercício da função tendem a ser mais difíceis de serem postas em prática, mas vislumbram efeitos mais duradouros e tiram a culpabilização do sujeito pelo distúrbio de voz.

Referências

1. Titze I, Lemke J, Montequin D. Populations in the U.S. workforce who rely on voice as a primary tool of trade: preliminary report. *J Voice* 1997; 11(3): 245-259.
2. Roy N, Merrill RM, Thiebault S, Gray S, Smith EM. Voice Disorders in teachers and the general population: effects on work performance, attendance, and future career choices. *J Speech Lang Hear Res.* 2004; 44: 542-52.
3. Koojiman PG, De Jong FI, Thomas G, Huinck W, Donders R, Graamans K, Schutte HK. Risk factors for voice problems in teachers. *Folia Phoniatr Logop* 2006; 58(3): 159-74.
4. Behlau M, Zambon F, Guerrieri AC, Roy N. Epidemiology of voice disorders in teachers and non-teachers in Brazil: prevalence and adverse effects. *J Voice* 2012; 12(4): 480-488.
5. Simões M, Latorre MRDO. Prevalência de alteração vocal em educadoras e sua relação com a auto-percepção. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(6): 1013-8.
6. Dragone MLS, Giannini SPP, Ditscheiner ES, Andrade BMR, Ferreira LP. A Voz do Professor. In: Motta L, Amorim GO, Raize T, Dragone MLS, Almeida AA. *Voz profissional: produção científica da fonoaudiologia Brasileira (2008-2012)*. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2014. Disponível em: http://www.sbfa.org.br/portal/voz_profissional2013. [acesso em 16 julho 2021].
7. INEP - o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2020. http://portal.inep.gov.br/artigo/-/asset_publisher/B4AQV9zFY7Bv/content/estudo-mostrasituacao-do-professor-brasileiro/21206 [acesso em 14 junho 2021].
8. Abou-Rafée M, Zambon F, Badaró F, Behlau, M. Fadiga vocal em professores disfônicos que procuram atendimento fonoaudiológico *CoDAS* 2019;31(3):e20180120
9. Zambon F, Moreti F, Behlau M. Coping strategies in teachers with vocal complaint. *J Voice.* 2014;28(3):341-8.
10. Guzmán M, Higuera D, Fincheira C, Muñoz D, Guajardo C. Efectos acústicos inmediatos de una secuencia de ejercicios vocales con tubos de resonancia. *Rev CEFAC* 2012; 14(3): 471-480.
11. Guzmán M, Higuera D, Fincheira C, Muñoz D, Guajardo C., Dowdall J. Immediate acoustic effects of straw phonation exercises in subjects with dysphonic voices. *Logoped Phoniatr Vocol* 2013; 38? 35-45.
12. Mailländer E, Mühre L, Barsties B. Lax Vox as a voice training program for Teachers: a pilot study. *J Voice* 2017; 31(2) 262e.13.
13. Paes SM, Zambon F, Yamasaki R, Simberg S, Behlau M. Immediate Effects of Finnish Resonance Tube Method on Behavioral Dysphonia. *J Voice* 2013; 27(6): 717-722.
14. Souza RC, Masson MLV, Araújo TM Efeitos do exercício de trato vocal semiocluido em canudo comercial na voz do professor. *Rev CEFAC* 2017; 19(3): 360-370.
15. Titze I. Voice training and therapy with a semi-occluded vocal tract: rationale and scientific underpinnings. *J Speech Lang Hear Res* 2006; 49: 448- 459.
16. Giannini SPP, Passos MC. Histórias que fazem sentidos: as determinações das alterações vocais do professor. *Distúrbios da Comunicação, São Paulo*, v. 18, n. 2, p. 245-257, 2006.
17. Sptiz, C. Para Não Calar a Voz dos Nossos Professores: um estudo das desordens vocais apresentadas pelos professores da rede pública municipal do Rio de Janeiro. *Dissertação de Mestrado. Fiocruz*; 2009.
18. Biserra MP, Gianinni, SP, Paparelli R, Ferreira, LP. Voz e trabalho: estudo dos condicionantes das mudanças a partir do discurso de docentes. *Saude e sociedade*; 2014, 23(3). p.966-978

19. Medeiros AM, Sandhi MB, Assunção AA. Voice disorders (dysphonia) in public school female teachers working in Belo Horizonte: prevalence and associated factors. *J Voice*. 2008 Nov;22(6):676-87
20. Ferreira LP. et al. Distúrbio de voz e trabalho docente. *Rev CEFAC* 2016. Jul-Ago; 18(4):932-940
21. Seligmann-Silva E. Desemprego, a dimensão psicossocial: la psicología al fin del siglo. In: *Conferencias Magistrales del XVII Congreso Interamericano de Psicología*; 1999; Caracas: Sociedad Interamericana de Psicología; 1999. p.337-59.

CAPÍTULO 13: DISTÚRBO DA VOZ RELACIONADO AO TRABALHO: AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Simone Alves dos Santos 

Rosemairy Norye Inamine 

Os trabalhadores que têm sua comunicação comprometida em decorrência de circunstâncias relacionadas ao trabalho devem ser objeto de preocupação e intervenção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ações individuais de assistência e recuperação do agravo, bem como ações coletivas voltadas à promoção, prevenção, vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho e intervenção sobre os fatores determinantes devem ser desenvolvidas na perspectiva da atenção integral à saúde do trabalhador, conforme os princípios e diretrizes determinados na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora¹.

Este capítulo discorrerá sobre o Distúrbio da Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT), com o destaque às ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT). Serão apresentadas reflexões sobre os desafios para a implementação da Vigilância do Distúrbio Vocal Relacionado ao Trabalho (VISAT-DVRT), fundamentadas nos conceitos e práticas da intervenção sobre os ambientes e processos de trabalho.

Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS

O trabalho constitui fator determinante e condicionante para que se tenha saúde. Dependendo de como está organizado e é executado pode produzir situações adversas e expor os trabalhadores a riscos que alteram sua saúde física, mental e social^{1,2}.

O expressivo número de mortes e casos de incapacidades permanentes provocadas pelos acidentes de trabalho, por exemplo, mostram os efeitos das condições inadequadas de trabalho aos trabalhadores³.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) estima que, no mundo, 2,02 milhões de pessoas morrem a cada ano devido a enfermidades relacionadas com o trabalho; 321.000

morrem a cada ano como consequência de acidentes no trabalho; 160 milhões sofrem de doenças não letais relacionadas com o trabalho; e 317 milhões de acidentes laborais não mortais ocorrem a cada ano. Isto significa que, em média, a cada 15 segundos, um trabalhador morre de acidentes ou doenças relacionadas com o trabalho e 115 trabalhadores sofrem acidente laboral⁴.

No cenário mais recente, a relação entre atividade de trabalho e adoecimento pode ser verificada nessa crise global decorrente da pandemia da COVID-19. Os ambientes de trabalho são locais propícios às aglomerações, ao contato interpessoal e ao contato com superfícies e ferramentas de trabalho múltiplas vezes utilizados, o que incrementa o perigo da contaminação e amplia o risco de disseminação da doença. Trabalhadores de diversas atividades econômicas, além daqueles diretamente envolvidos na prestação de serviços de saúde, podem ser expostos ao vírus SARS-CoV-2 e adoecer por COVID-19⁵.

Na concepção de SANTOS e RIGOTTO⁶, o processo de trabalho pode ser fonte de renda e de bem-estar, oportunidade de socialização e realização, mas, a depender das relações, condições e formas da organização, pode constituir em um espaço de exploração, sofrimento, contaminação e acidentes.

A VISAT é um componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde que visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora. É estruturante e essencial ao modelo de atenção integral em saúde do trabalhador e se constitui por um conjunto de ações e práticas sanitárias integradas, incluindo a intervenção sobre fatores determinantes e condicionantes dos riscos e agravos à saúde decorrentes de ambientes e processos de trabalho⁷.

Corresponde a uma atuação sobre os ambientes, processos e condições de trabalho, com o objetivo de eliminar, atenuar e ou controlar os fatores determinantes de agravos à saúde dos trabalhadores. Suas ações e operações devem estar voltadas à produção de conhecimentos e mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, assentado na reflexão, análise e planejamento que transforme os processos, ambientes e condições de trabalho e estabeleça políticas públicas voltadas à promoção da saúde, redução da morbimortalidade e melhoria das condições de vida da população trabalhadora⁸.

De acordo com VASCONCELLOS, MACHADO E MINAYO-GOMEZ⁹, a VISAT caracteriza-se como uma “prática técnica, política, complexa, ampla e permeada por interesses múltiplos e conflituosos”, pautada no fortalecimento dos trabalhadores na luta pela saúde.

A compreensão do impacto do trabalho na determinação dos agravos à saúde dos trabalhadores passa pela produção de informações para a tomada de decisão de forma oportuna, avaliação das condições de saúde segundo a paradigma do risco epidemiológico e ou sanitário e análise dos condicionantes e determinantes biológicos, ambientais, sociais e econômicos do risco à saúde e do adoecimento humano³.

Assim, para conhecer a realidade e transformá-la, na busca do aprimoramento da qualidade de vida no trabalho, devem ser adotadas metodologias que estabeleçam um diagnóstico situacional e que sejam capazes de avaliar de modo permanente os seus resultados no sentido das mudanças pretendidas⁸.

Por fim, cabe destacar que no estado de São Paulo, a área de Saúde do Trabalhador foi institucionalizada na estrutura da Vigilância Sanitária em 1986, com a criação do órgão, ganhando reforço legal em 1998, com a publicação do Código Sanitário (Lei Estadual Nº. 10.083/1998), que incluiu situações e condições relacionadas ao trabalho no rol das infrações sanitárias e estabeleceu as atribuições dos órgãos executores das ações¹⁰.

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) detêm papel estratégico no desencadeamento e disseminação das ações de VISAT em sua área de abrangência. Enquanto órgão de referência técnica especializada das ações de Saúde do Trabalhador, os CEREST devem atuar na incorporação da VISAT às demais estruturas do SUS, como àquelas com poder de intervenção (Vigilância Sanitária), às que detêm o poder de sistematizar informações (Vigilância Epidemiológica e Vigilância em Saúde Ambiental) e àquelas com poder de gerar as demandas (Atenção Básica, dentre outras)³.

Fatores de Risco Associados ao DVRT

O uso prolongado da voz, associado aos fatores individuais, ambientais e de organização do trabalho contribui para a ocorrência dos agravos à saúde relacionados à voz¹¹.

De acordo com o Código Sanitário do Estado de São Paulo, constituem fatores de risco nos processos produtivos:

- A desobediência de critérios estabelecidos para a preservação da saúde em relação ao transporte, movimentação, manuseio e armazenamento de materiais, o transporte de pessoas, veículos e equipamentos, e a fabricação, importação, venda, locação, instalação, operação e manutenção de máquinas e equipamentos;

- Os fatores ambientais de risco à saúde do trabalhador como o ruído, iluminação, calor, frio, umidade, radiações, agentes químicos, pressões hiperbáricas e outros de interesse da saúde;
- As repercussões negativas sobre a saúde decorrente de fatores relacionados à organização do trabalho¹⁰.

Dentre os componentes da organização do trabalho associados à maior ocorrência de distúrbio de voz incluem-se: jornada de trabalho prolongada, sobrecarga, acúmulo de atividades ou de funções, demanda vocal excessiva, ausência de pausas e de locais de descanso durante a jornada, falta de autonomia, ritmo de trabalho acelerado para o cumprimento de metas, trabalho sob forte pressão, insatisfação com o trabalho ou com a remuneração, postura e equipamentos inadequados, dificuldade de acesso à hidratação e aos sanitários, falta de treinamento sobre uso adequado da voz¹¹.

E em relação aos fatores ambientais de risco: ambiente ruidoso, ventilação inadequada, baixa umidade, exposição a produtos químicos irritativos de vias aéreas superiores (solventes, vapores metálicos, gases asfixiantes), presença de poeira ou fumaça no local de trabalho, acústica desfavorável, mobiliário e recursos materiais inadequados e insuficientes, desconforto e choque térmico, má qualidade do ar interior¹¹.

Estratégias para a operacionalização da vigilância dos DVRT

No estado de São Paulo, a VISAT tem sido organizada em projetos estratégicos e intervenções articuladas, estruturada em programas estaduais, contemplando metodologias passíveis de serem aplicados em larga escala e sensíveis para se adaptarem às especificidades locais¹².

Os Programas Estaduais de VISAT têm como objetivo central o controle do risco sanitário nos locais de trabalho. São constituídos por ações estratégicas que buscam o fortalecimento da atuação municipal, com a padronização, sistematização e implantação dos procedimentos de vigilância nos ambientes e processos de trabalho³.

A estrutura básica dos programas inclui as atividades voltadas ao reconhecimento do universo de atuação (perfil das empresas e trabalhadores), criação de instrumentos técnicos (roteiros, protocolos) e legais (normas técnicas, portarias) para harmonizar conceitos e orientar a execução das ações, capacitação dos profissionais municipais e estaduais responsáveis pelas ações, atividades educativas para os trabalhadores e população em geral e estratégias de comunicação e divulgação das ações.

No caso do DVRT, a coleta, produção e análise de informações para implementar ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho, constitui o primeiro desafio.

Apesar do protocolo específico sobre DVRT, publicado em 2018 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de orientar os profissionais de saúde, dos serviços públicos e privados, a identificar, notificar e executar ações de vigilância dos casos de DVRT e de seus determinantes, o agravo não consta até o momento da lista nacional de agravos de notificação compulsória^{11,13}.

Alguns Estados incluíram o DVRT na lista de doenças de notificação compulsória de interesse estadual, como Rio de Janeiro¹⁴ e Alagoas¹⁵. São Paulo trabalha com a Ficha de Notificação Individual, elaborada por um grupo de fonoaudiólogas do Estado, cujo processo de construção e utilização está descrito em FERREIRA et al.¹⁶

Esse processo de busca de informações deve contar também com a produção acadêmica, incluindo pesquisas científicas e publicações que retratam experiências dos serviços. Na publicação de FERREIRA et al.¹⁷ podem ser encontradas experiências de atuação em promoção da saúde, prevenção, tratamento e perícia de diversas profissões impactadas pelo DVRT.

O conhecimento produzido no âmbito das universidades e centros de pesquisa constitui a principal fonte de informações sobre profissões fortemente impactadas, com destaque aos professores, teleoperadores, radialistas, cantores, locutores, entre outros. As categorias de professores e teleoperadores são aquelas com maior número de pesquisas realizadas, segundo FERREIRA e MARTZ¹⁸, BRASIL¹¹ e MASSON et al.¹³

Outra estratégia fundamental para a obtenção de informações qualificadas é a articulação permanente dos CEREST com outros pontos da rede de atenção à saúde, visando a identificação de casos nos serviços de Atenção Básica, Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Serviços de Especialidades, entre outros. Além da interlocução com movimentos sindicais e demais instituições que atuam sobre a temática, como o Ministério Público do Trabalho.

A inspeção sanitária em saúde do trabalhador é uma ação essencial, pela qual se identificam fatores e situações de risco à saúde que fundamentam o estabelecimento das medidas corretivas necessárias à proteção da saúde dos trabalhadores. Corresponde ao modo de olhar do sanitarista para o trabalho na tentativa de destacar seus impactos à saúde e ao meio ambiente. É a observação da forma de trabalhar, da relação trabalhador com os meios de produção e da relação dos meios de produção com o ambiente. Deve, necessariamente, gerar uma intervenção de redução dos riscos à saúde dos trabalhadores¹⁹.

Importante destacar que os profissionais envolvidos com a VISAT não devem possuir conflitos de interesses para realização plena de suas atribuições de autoridade sanitária, que deve estar pautada pelos princípios voltados a saúde pública¹⁹.

O reconhecimento das condições de risco no trabalho envolve um conjunto de procedimentos, cujas etapas podem ser visualizadas na Figura 1.

Etapa 1 – Planejamento
Definição da equipe técnica
Participação e comunicação com as representações dos trabalhadores
Análise documental e informações a partir de experiências prévias
Etapa 2 – Inspeção sanitária em saúde do trabalhador
Apresentação da equipe ao preposto do estabelecimento a ser inspecionado e explicação da finalidade da inspeção
Conhecimento do processo produtivo e identificação dos riscos no local inspecionado
Análise de documentação do estabelecimento e dos trabalhadores
Entrevistas com os trabalhadores de cada setor para subsidiar a identificação dos problemas existentes no processo e no ambiente de trabalho
Finalização da inspeção
Emissão de notificação ou termo de inspeção
Etapa 3 – Elaboração do documento técnico da vigilância dos ambientes e processos de trabalho
Estabelecendo as medidas de proteção da saúde dos trabalhadores
Elaboração de documento técnico de inspeção sanitária contendo os riscos observados e as recomendações
Etapa 4 – Comunicação aos interessados das ações desenvolvidas
Comunicação com os interessados (sindicatos, trabalhadores, estabelecimentos, técnicos)
Envio do documento aos interessados
Etapa 5 – Acompanhamento e monitoramento das ações
Avaliação de cumprimento das medidas de proteção propostas
Definição de processos administrativos requeridos
Acompanhamento dos processos administrativos

Figura 1 – Etapas para a operacionalização das ações de vigilância dos ambientes e processos de trabalho
Fonte: Brasil, 2018

Considerações Finais

Neste capítulo foram apresentados aspectos conceituais e de práticas da Vigilância em Saúde do Trabalhador que contribuem na operacionalização de ações voltadas aos Distúrbios Vocais Relacionados ao Trabalho.

O impacto do DVRT à saúde dos trabalhadores ultrapassa as categorias profissionais que tem a voz como instrumento de trabalho. Fatores ambientais, como o ruído e a exposição a substâncias químicas, assim como elementos que compõem a organização e gestão do trabalho, contribuem para o aparecimento do agravo, podendo atingir trabalhadores inseridos em diversas atividades econômicas.

Neste sentido, há necessidade de estruturar essa demanda no âmbito do SUS, principalmente pelos órgãos de Vigilância e Centros de Referência e Saúde do Trabalhador, visando avançar em ações de promoção e prevenção do DVRT.

Para avançar na vigilância de ambientes e processos de trabalho é fundamental institucionalizar a notificação do DVRT no SINAN, visando fornecer subsídios para priorização de ações de vigilância nas atividades econômicas ou categorias profissionais mais impactadas.

Por fim, visando a integralidade do cuidado, faz-se necessário articular a vigilância nos locais de trabalho ao processo de construção da Rede de Atenção à Saúde e estruturação da linha de cuidado, abrangendo ações para manejo dos casos (diagnóstico, tratamento e reabilitação) e investigação epidemiológica, incluindo a notificação.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria N°. 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União. 24 ago 2012; Seção 01.
2. Brasil. Lei N°. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set. 1990; Seção 1:018055.
3. Santos SA. Atividade de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2018. [acesso em 28 jun 2021]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-14052018-091059/publico/SimoneAlvesdosSantosREVISADA.pdf>.
4. Brasil. Ministério da Previdência Social. 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade. Informe Especial por Ocasão do Dia Mundial em Homenagem às Vítimas de Acidente do Trabalho. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2014/04/I-Boletim-Quadrimestral-de-Benef%C3%ADcios-por-Incapacidade1.pdf>.
5. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Recomendações para prevenção da infecção por coronavírus (COVID-19) em ambientes de trabalho. São Paulo. 2020. [internet]. [acesso em 29 jun 2021]. Disponível em http://cvs.saude.sp.gov.br/up/Nota_Inform_Amb_Trabalho.pdf.
6. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. Trab. Educ. Saúde. 2010; 8(3):387-

406. [acesso em 04 jul 2021]. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de Implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. 2014. [internet]. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/diretrizes-implantacao-vigilancia-saude-trabalhador-sus>.
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N°. 3.120, de 01 de julho 1998. Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Dispõe sobre Procedimentos Básicos para o Desenvolvimento das Ações de Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador. Diário Oficial da União. 14 jul 1998.
 9. Vasconcellos LCF, Machado JMH, Minayo-Gomez C. Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Ciência & Saúde coletiva* [internet]. 2014 [acesso em 17 jun 2021]; 19(2):4617-4626. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.13602014>.
 10. São Paulo (Estado). Lei Estadual N°. 10.083, de 23 de setembro de 1998. Dispõe sobre o Código Sanitário do Estado. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 24 set. 1998. Seção 1:1.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho – DVRT. 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/disturbio_voz_relacionado_trabalho_dvrt.pdf.
 12. Santos SA. A produção de conhecimento para estruturar a prática da Visat no estado de São Paulo. In: Vasconcellos LCF [et al.] (Organizadores). *Saúde do trabalhador em tempos de desconstrução: caminhos de luta e resistência*. Rio de Janeiro: Cebes, 2021. p.122-123. Disponível em http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/almanaque_st.pdf.
 13. Masson MLV, Ferrite S, Pereira LMA, Ferreira LP, Araújo TM. Em busca do reconhecimento do distúrbio de voz como doença relacionada ao trabalho: movimento histórico-político. *Ciênc. saúde colet.* 2019; 24 (3) Mar. 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/pXxZhVGWC9FPJRRQvmb9wDS/?format=pdf&lang=pt>.
 14. D'Oliveira C e Torres F. Notificação do Distúrbio de Voz relacionado ao Trabalho: relato de experiência pioneira no Brasil. *Distúrb Comun, São Paulo*. 2011; 23(1): 97-99. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/8071/5956>
 15. Alagoas (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde de Alagoas: revisão para o biênio 2020-2023. Maceió: SESAU, 2020. 358p. [internet]. Disponível em <https://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/PES-2020-2023.pdf>.
 16. Ferreira LP, Nakamura HY, Zampieri E, Constantini AC. Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho: proposta de uma ficha de notificação individual. *Distúrb Comun, São Paulo*. 2018; 30(1): 170-178. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-2724.2018v30i1p170-178>.
 17. Ferreira LP, Ferreira LP, Andrada e Silva MA, Giannini SPP. *Distúrbio de voz relacionado ao trabalho: práticas Fonoaudiológicas*. São Paulo: Roca; 2015.
 18. Ferreira LP e Martz MLW. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho: a experiência dos Cerest. *BEPA, Bol.epidemiol. paul.* 2010;7(76):13-19. Disponível em http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-42722010000400002&lng=pt&nrm=iss&tlng=pt.
 19. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Protocolo Vigilância em Saúde do Trabalhador – Contribuições Estado de São Paulo. São Paulo. 2005. [internet]. [acesso em 07 jul 2021]. Disponível em <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/protvisat.pdf>.

CAPÍTULO 14: NOTIFICAÇÃO DO DISTÚRBIO DE VOZ RELACIONADO AO TRABALHO-DVRT: EXPERIÊNCIAS E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Carolina Fiorin Anhoque🔍

Cristiane Cunha Soderini Ferracciu🔍

Márcia Soalheiro de Almeida🔍

Márcia Tiveron de Souza🔍

Rayné Moreira Melo Santos🔍

Introdução

Buscou-se evidenciar neste Capítulo, o importante e estratégico papel do profissional fonoaudiólogo, na compreensão da complexidade do Sistema Único de Saúde – SUS, na defesa de políticas públicas, educação permanente e elaboração de estratégias para a implementação de ações junto à Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador/RENAST.

Aspectos históricos, conceitos em saúde pública e em saúde do trabalhador e formação profissional / educação permanente foram cuidadosamente abordados, além de apresentadas possibilidades de atuação prática em ações de vigilância e notificação para os agravos que compõem a lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, com especial atenção para o Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho/DVRT.

O profissional fonoaudiólogo faz parte desse processo, e tem o desafio de compreender a abrangência de suas habilidades, agregar em sua atuação novos elementos, assumindo as responsabilidades que lhe competem, enquanto profissional da saúde e, em especial, na notificação do agravo dos Distúrbios de Voz Relacionado ao Trabalho/DVRT.

Ainda não consolidamos ações e, o reconhecimento nacional sobre os DVRT, representa um passo extremamente importante para dar visibilidade ao agravo e possibilitar o desenvolvimento de ações de vigilância/notificação em saúde vocal do trabalhador.

Esperamos auxiliar na busca por excelência, no engajamento profissional e na qualidade do fazer fonoaudiológico.

1. Conquistas e Desafios na Implantação e Estruturação da Notificação do DVRT, no Estado do Rio de Janeiro.

A jornada

Para abordar esse tema, voltaremos ao início do processo de construção e estruturação da Fonoaudiologia na Saúde do trabalhador, na Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, no Rio de Janeiro.

Entender como ocorreu a dinâmica e a evolução trilhadas, pode contribuir no processo de aprendizagem do profissional que quer compreender a complexidade dos distúrbios vocais do trabalhador e sua relação com a saúde pública, com o Sistema Único de Saúde – SUS.

Muitas vezes, um pequeno passo, possibilita um caminhar crescente e assim, começou a nossa história com a Fiocruz¹, instituição que tem como missão, produzir, disseminar e compartilhar conhecimentos e tecnologias voltados para o fortalecimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), que contribuam para a promoção da saúde, qualidade de vida da população brasileira, redução das desigualdades sociais e dinâmica nacional de inovação, tendo a defesa do direito à saúde e da cidadania ampla como valores centrais.

O Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh), integra a estrutura da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e atua nas áreas de Saúde, Trabalho e Ambiente, desenvolvendo atividades de Ensino, Pesquisa e Serviço².

O Cesteh foi criado em 10 de dezembro de 1985 como um centro de referência para o SUS na área de saúde do trabalhador e toxicologia que oferece serviços de elucidação diagnóstica visando à saúde do trabalhador, integra a rede nacional e loco - regional de atenção à saúde do trabalhador. Promove a articulação com outros setores das políticas públicas e com a sociedade para o enfrentamento dos problemas, a partir de uma visão global sobre os fatores determinantes da saúde e da doença relacionadas ao trabalho. Desenvolve tecnologia e serviços de referência sobre a relação trabalho, saúde e ambiente, propiciando a criação de novas metodologias, diagnósticos, estratégias de intervenção, assim como, proposição e avaliação de políticas públicas, no campo da Saúde do Trabalhador e Ambiente².

As atividades ambulatoriais e o atendimento audiológico, neste departamento, foram iniciados em julho de 2002, com as fonoaudiólogas Lucelaine Rocha e Márcia Soalheiro, além da bolsista Diane do Vale.

Pouco tempo depois de equiparmos o ambulatório e iniciar o atendimento para trabalhadores formais ou informais, recebemos convite para participar de reuniões com a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro/SESDEC/RJ e, em parceria, com o Programa de Saúde do Trabalhador – PST (coordenado, à época, pela Prof^a. Fátima Sueli), participar da organização e implantação de Rede de Referência em Serviços de Atenção e Vigilância em Saúde do Trabalhador nas áreas de perda auditiva, dermatose ocupacional, pneumoconiose e substâncias tóxicas no Estado do Rio de Janeiro.

Para atender a essa proposta de criação de Rede de Referência, foi realizado, no Rio de Janeiro, um concurso público (único que existiu, até hoje, em Saúde do Trabalhador) que aprovou 40 profissionais. Um presente e uma luta, pois o concurso não podia caducar, era preciso obter a autorização do Estado para a posse, e ainda garantir capacitação em Saúde do Trabalhador (ST). Com bastante atraso, mas com defesas coerentes e boa interface com a gestão pública do Estado, conseguimos a posse. Entre os concursados, tínhamos duas fonoaudiólogas, muita expectativa e esperança!

As reuniões com a SESDEC/RJ foram intensificadas para o planejamento da implantação da Rede de Referência no Estado do RJ e acolhimento dos profissionais aprovados.

Nesse meio tempo, diversas atividades de ensino, pesquisa e extensão somaram-se às ambulatoriais já desenvolvidas e com este crescimento, passamos a ter a representatividade de Serviço³. A responsabilidade social para com o trabalhador foi internalizada, a nossa atuação profissional pautada nas diretrizes políticas de saúde e, pouco a pouco, consolidamos os princípios norteadores da ST. A Fonoaudiologia do Cesteh entendeu a necessidade de cumprir um papel estratégico para o SUS, de pautar suas ações, atividades de ensino e pesquisa na lógica dos preceitos da ST e Meio Ambiente.

Esse embasamento fortaleceu o Serviço e aumentou a responsabilidade pela implantação da Fonoaudiologia na Saúde do Trabalhador, em uma instituição do porte e importância como a Fiocruz.

A inclusão

O serviço já estava totalmente equipado e capacitado, pronto para receber os novos concursados que finalmente, puderam assumir, com a missão de criar a Rede de Referência em Serviços (Cerest/Cresat), começando pelos agravos que causam perda auditiva, dermatose ocupacional, pneumoconiose e substâncias tóxicas. O tema voz, não aparecia.

A coordenadora do Cerest/estadual à época, professora Lise Barros, que também, pertencia ao quadro de pesquisadores do Cesteh/Ensp/Fiocruz, propôs, a ideia de uma experiência inovadora: o desenvolvimento de um Projeto Incubador de Tecnologia e Gestão entre o Cerest/Cresat Estadual/RJ e o Cesteh/Ensp/Fiocruz. O objetivo foi o de promover a integração dos técnicos recém-concursados e a formação da equipe.

Após o aceite, os recém-concursados foram direcionados para as diversas atividades desenvolvidas no Cesteh/Ensp/Fiocruz.

Para nós, o primeiro desafio foi o de receber profissionais fonoaudiólogos e médicos, sem experiência, com o Campo Trabalho e construir um elo comum. Eles tinham uma meta e as atividades ambulatoriais desenvolvidas, basicamente eram sobre a saúde auditiva dos trabalhadores, ensino e pesquisa.

Essa parceria permitiu, que as fonoaudiólogas Cláudia D'Oliveira e Fernanda Torres, além dos médicos Fernando Barros e Kátia Ferreira da Silva, recém-aprovados para o Cerest/Cresat Estadual/RJ, fossem alocados em nosso Serviço de Audiologia do Cesteh/Ensp/Fiocruz. Foi o início de uma parceria muito frutífera para a fonoaudiologia na ST.

Estudando e entendendo sobre o campo do trabalho, políticas públicas em saúde do trabalhador e trabalhadora e sua relação com o SUS, foi possível, encontrar o caminho e com o desenvolvimento de nossas especialidades, nos foi possível compreender, que independentemente, de termos especificidades, somos, trabalhadores que defendemos o SUS.

Os profissionais concursados foram capacitados através do Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador do Cesteh/Ensp/Fiocruz, o que os fortaleceu e nivelou conhecimentos. Valorizamos a fundamentação qualificada, entendemos, que sem respaldo técnico científico, uma proposta de ação não se sustenta. Buscamos sempre o embasamento necessário.

Os conceitos deflagrados formadores do campo trabalho, políticas institucionais dos Ministérios: Saúde, Trabalho e Público; do Estado e Município do Rio de Janeiro, foram cuidadosamente estudados por todos, incorporados nas ações acordadas pelas equipes, que com o passar do tempo e das consolidações das práticas, se tornaram uma equipe integrada e fortalecida. Muitas reflexões foram apresentadas em eventos públicos, antes de se tornarem decisões, as ações sempre foram democráticas e públicas.

Foi necessário, compreender a relação entre as políticas públicas como, por exemplo, a Política Nacional de Saúde do trabalhador (PNST)⁴, que em vigor desde 2004, visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho mediante à execução de ações de promoção,

reabilitação e vigilância na área de saúde. Suas diretrizes, descritas na Portaria Nº. 1.125, de 06 de julho de 2005, compreendem a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a estruturação da rede de informações em Saúde do Trabalhador, o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações. Esta política foi ampliada e reeditada em 2012.

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador/Renast, traduzida por meio das Portarias Nº. 1.679 e 2.437/MS⁵, é uma das estratégias para a garantia da atenção integral à saúde dos trabalhadores. Ela é composta de Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) que devem ser compreendidos como polos irradiadores, no âmbito de um determinado território, da cultura especializada subentendida na relação processo de trabalho/saúde/doença, assumindo a função de suporte técnico científico desse campo de conhecimento. Suas atividades só fazem sentido se articuladas aos demais serviços da rede SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda nas suas práticas, de forma que os agravos à saúde, relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS de forma integral e hierarquizada.

Os Cerest desempenham papel na execução, organização e estruturação da assistência de média e alta complexidade nos agravos relacionados ao trabalho. Os Cerest também realizam suporte técnico especializado para que a rede de serviços do SUS efetue os registros das notificações dos agravos de notificação compulsória. As informações são encaminhadas aos órgãos competentes para que sejam definidas ações de vigilância⁶.

Tínhamos embasamento, propostas e desafios!

Faremos um breve relato sobre questões importantes, conduzidas pela equipe de fonoaudiologia, no sentido de incentivar colegas a ousar, sonhar, realizar e desenvolver parcerias estratégicas, com objetivos definidos para que ao término, seja possível, apresentar produtos.

Então, vamos lá...

Gerando ações e conhecimentos

Diante do volume de informações adquiridas e de sua importância para a categoria, optamos, por consolidar o conhecimento, em forma de Boletins – “Fonoaudiologia na Saúde do Trabalhador”. No total, foram 15 edições.

Trata-se de publicação informativa, fruto da parceria realizada entre o Serviço de Fonoaudiologia do Cesteh/ENSP/Fiocruz e o Cerest/Cresat/RJ.

A ideia inicial era a de abranger a demanda de capacitação profissional do Estado do Rio de Janeiro, mas o escopo do seu conteúdo extrapola o limite estadual, uma vez que abrange conteúdo, práticas, diretrizes e políticas estabelecidas em nível nacional, que pode e deve ser replicada para outros estados.

Em cada edição, buscou-se priorizar o conteúdo formativo para ações em saúde auditiva e saúde vocal do trabalhador. Foram utilizados os referenciais teóricos preconizados pelo Ministério da Saúde e princípios normativos do SUS, de forma a identificar claramente a condução das ações em ST^{4,5}, diferenciando - a da prática e concepção da saúde ocupacional.

Todas as edições dos Boletins encontram-se em formato eletrônico e estão disponíveis na página do Cesteh e podem ser acessadas gratuitamente⁷.

Algumas informações publicadas nos Boletins serão comentadas e utilizadas como referencial, por considerarmos, importantes para a condução do raciocínio aqui proposto.

Começamos nossa retrospectiva pelas questões relacionadas à perda auditiva por ter sido o início do fomento das ações.

A doença auditiva provocada pelo processo de trabalho é, em geral, mais conhecida como Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR). Entretanto, sabe-se que, em muitos casos de adoecimento auditivo provocado pelo trabalho, estão associados outros agentes geradores de danos ao sistema auditivo, como é o caso de vibração, calor e substâncias químicas, embora muito comumente o risco físico seja o mais atribuído à perda.

Muitos trabalhos publicados relatam ser a PAIR uma das doenças relacionadas ao trabalho de maior prevalência. Porém, apesar de a PAIR ser de notificação compulsória no Estado do Rio de Janeiro desde 2003, de acordo com a resolução da SES Nº. 2.075, e nacionalmente desde 2004, de acordo com a antiga portaria GM/MS Nº. 777, não temos dados epidemiológicos suficientes que sustentem esse argumento, no Ministério da Saúde.

Uma das hipóteses, à época, e discutidas com as equipes seria o desconhecimento em torno do assunto. Dessa forma, decidimos elaborar o Boletim informativo de número 1⁸, para orientar, questões que envolvem a perda auditiva relacionada ao trabalho e posteriormente, assumimos outras questões relacionadas ao trabalhador.

Sobre o tema voz

Os registros sobre a busca pelo reconhecimento dos distúrbios, no Brasil, apontam um processo iniciado em 1997, de muita colaboração profissional de várias regiões do país, Instituições de ensino e Conselhos.

Compreender esse processo de construção e, em alguns momentos, desconstrução, tem uma representatividade importante para as novas gerações de fonoaudiólogos, pois, não foi, nem é uma luta simples ou fácil, já que ainda não consolidamos as ações. Enfrentamos muitas dificuldades, sempre houve muitos interesses diferentes e diferenciados.

A história, já relatada tantas vezes e por tantos profissionais competentes e qualificados, atestam os fatos ocorridos^{9,10,11}. Entender, reconhecer o processo, auxilia no fortalecimento de cada vitória alcançada.

Como já sinalizamos, foi necessário mergulhar nos conceitos acadêmicos, diretrizes, políticas em saúde pública (SP), em ST, entender que a Rede Nacional de atenção Integral à ST/RENAST^{4,5,12}, é uma das estratégias para a garantia da atenção integral, composta pelos Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador, que são polos irradiadores, no âmbito do território, da cultura especializada subentendida na relação processo de trabalho/saúde/doença, assumindo a função de suporte técnico científico.

Entender a posição institucional, que representávamos, foi fundamental para poder nos apropriar, com muito respeito, do apoio e do espaço político institucional (união e estado) em que estávamos inseridos e através do estudo da legislação, encontramos a base necessária para a construção das estratégias.

Após muito trabalho de pesquisa, estudos e debates internos, optamos por incluir os Distúrbios de Voz Relacionado ao Trabalho/DVRTs na nossa meta de ações.

A equipe do Cerest/Cresat, já constituída e já no Estado, encontrou um caminho, uma “brecha” na Portaria MS/GM Nº. 104 /2011¹³ que permitia a elaboração de listas estaduais ou municipais, de acordo com o perfil epidemiológico local. Este caminho foi, posteriormente, substituído pela Portaria MS/GM Nº. 1.271/14¹⁴ sem a possibilidade de previsão de elaboração de listas locais, mas o direito constitucional, garantia a proposição.

Foi então, quando a Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil (Sesdec) do Estado do Rio de Janeiro, de forma pioneira em relação aos demais estados da Federação, por intermédio da equipe de Fonoaudiologia do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador (Cerest/Cresat) e de técnicos da Divisão de Saúde do Trabalhador do Rio de Janeiro, solicitou, por meio da CI SS/Sesdec/SAS/CVS/CVAST/DSTrab Nº. 518/2008, a inclusão, no Sistema Informação de Agravos de Notificação (Sinan/NET) do sintoma Disfonia (CID 10ª Revisão – R49.0) como de interesse estadual para notificação, reconhecendo que, no Estado do Rio de Janeiro, a Disfonia relacionada ao trabalho é uma questão de saúde pública^{11,12}. Em seguida, outras iniciativas similares ocorreram em outros estados.

Ações de vigilância

O arcabouço jurídico que dispõe sobre a saúde do trabalhador no SUS, define que a implantação da área de Vigilância em Saúde do Trabalhador nos municípios, região e estado é de fundamental importância para melhorar o monitoramento e a informação. A parceria com os Cerest para capacitar, acompanhar e fiscalizar com a Vigilância Sanitária e Epidemiológica os condicionantes, é uma estratégia de atenção importante¹⁵.

O reconhecimento sobre os Distúrbios da voz e sua relação com o trabalho, representou um passo extremamente importante para dar visibilidade ao agravo e possibilitar o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde do trabalhador.

A estratégia começou através da sensibilização dos técnicos do SUS e com a capacitação dos Cerest regionais, para que estes pudessem difundir conhecimento de Voz relacionado ao Trabalho, na sua rede de abrangência, estabelecendo fluxo de referência e contra – referência regionalmente e notificando esses agravos com vista a vigilância e o desenvolvimento de políticas públicas na área dos agravos em saúde do trabalhador relacionados à Fonoaudiologia.

O fonoaudiólogo deve buscar compreender que a incorporação e produção de saberes, deve ser apoiada em ações de vigilância em saúde.

Os principais objetivos da notificação e da vigilância em saúde são:

- Conhecer a realidade de saúde da população trabalhadora, independente da forma de inserção no mercado de trabalho e vínculo trabalhista;
- Intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde da população visando eliminá-los ou, na sua impossibilidade, atenuá-los ou controlá-los;
- Avaliar o impacto das medidas adotadas para a eliminação, atenuação dos fatores determinantes de agravos à saúde;
- Subsidiar a tomada de decisões dos órgãos competentes nas três esferas do governo;
- Estabelecer sistema de informação em saúde do trabalhador com as estruturas existentes no setor saúde^{5,16,17}.

Lembrando, que a definição do diagnóstico clínico-ocupacional de uma doença ou agravo requer a investigação da relação entre a doença e o trabalho (nexo-causal entre doença e trabalho), que é definido a partir da evidência de exposição ocupacional¹⁸.

Ações de notificação

É muito importante que o fonoaudiólogo entenda o que significa a notificação do agravo, sua importância, relação com a saúde pública e com as políticas em ST, aqui delineadas^{4,5,13,14,15,19,20,21}.

Para compreender, precisamos das informações decorrentes da notificação, que é a comunicação de ocorrência de determinada doença, ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes nos processos e ambientes de trabalho, servindo na formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões com vistas a contribuir para a melhoria da situação de saúde da população.

Pela notificação, é possível identificar o motivo pelo qual os trabalhadores adoecem ou morrem, associando esses dados aos ramos de atividade econômica e aos processos de trabalho. Assim, intervenções coletivas sobre causas e determinantes podem ser realizadas por meio de ações de vigilância nos ambientes de trabalho.

É importante buscar conhecer a distribuição e frequência do DVRT no mundo do trabalho, com a finalidade precípua de promover o diagnóstico situacional, identificando as categorias ocupacionais mais atingidas, com vistas, a construção de políticas de proteção de trabalhadoras(es) que balizem ações, ainda que incipientes, de prevenção e promoção de saúde vocal e isto depende de ações de notificação.

A notificação pode ser feita por qualquer indivíduo. É dever de todo profissional de saúde da rede pública, conveniada ou privada, comunicar à autoridade sanitária mais próxima todos os casos suspeitos de doenças de notificação compulsória que compõem a lista brasileira, independente, de sua confirmação diagnóstica, bem como as que foram acrescentadas nos âmbitos estaduais e municipais.

A notificação independe do tipo de vínculo empregatício do trabalhador e deve ser feita quando se suspeita dos agravos.

Notificar é uma forma de vigilância em saúde do trabalhador. Deve ser feita na ficha específica, acompanhada ou não, da Ficha de Notificação Individual (FIN) e após preenchida, devolvida ao serviço de Epidemiologia, para seguir aos serviços responsáveis pela informação e ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais de Saúde, para serem digitadas, repassadas em meio magnético, para as Secretarias Estaduais de Saúde, que também se comunicam com a Secretaria de Vigilância em Saúde^{6,12,22}.

Os princípios da notificação e da vigilância em saúde são:

- Conhecer a realidade de saúde da população trabalhadora, independente da forma de inserção no mercado de trabalho e do vínculo trabalhista;
- Intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde da população trabalhadora visando eliminá-los ou, na sua impossibilidade, atenuá-los ou controlá-los;
- Avaliar o impacto das medidas adotadas para a eliminação, atenuação dos fatores determinantes de agravos à saúde;
- Subsidiar a tomada de decisões dos órgãos competentes nas três esferas do governo;
- Estabelecer sistema de informação em saúde do trabalhador com as estruturas existentes no setor saúde^{2,3,5}.

É fundamental que o fonoaudiólogo esteja sensibilizado e capacitado para notificar.

Considerações

Para além da concepção apresentada na implantação da estruturação da notificação do DVRT, no RJ, pode-se ainda identificar, como um grande desafio para a Fonoaudiologia do Trabalhador, a inserção de conceitos e aplicabilidade prática, além da necessidade de compreensão sobre o que significa para o país, ter uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora, sua importância, abrangência e papel social que representa.

Somos todos trabalhadores, partícipes do processo de defesa do SUS.

A prática a ser desenvolvida precisa estar voltada para a integralidade, ultrapassar o modelo individual e assistencialista que gera limitação estrutural, muitas vezes insuficiente para o diagnóstico da situação/condição de risco e ações no campo da ST no SUS. É preciso, aprofundar ações sobre os determinantes e condicionantes que geram condições de risco e desencadeamentos na saúde do trabalhador.

Conhecer e participar das ações de vigilância e notificação em saúde do trabalhador demanda sensibilização e capacitação profissional, que são necessárias, à formação de equipes da rede de assistência do SUS. O profissional fonoaudiólogo faz parte desse processo, tem o desafio de compreender a abrangência de suas habilidades, e agregar em sua atuação novos elementos.

Apesar de ter sido possível, no Rio de Janeiro, ainda, em 2008, a inclusão estadual para a notificação, do sintoma Disfonia relacionado ao trabalho, (CID 10ª Revisão – R49.0), como uma questão de saúde pública, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan/NET), até o momento, os dados não expressam a magnitude real desse agravo. Os indicadores refletem que enquanto ocorreram capacitações para o reconhecimento e

notificação, as análises e os dados foram computados. Portanto, no período de 2009 (quando foi implantado como agravo de interesse estadual) até 2016 (quando ainda havia esse serviço), o total foi de 93 notificações. Não sobrevivemos às mudanças políticas de gestores no Estado!

Ao longo deste capítulo, a importância e a necessidade do fonoaudiólogo aprender a lidar com o arcabouço jurídico que dispõe sobre a saúde do trabalhador no SUS, foi ressaltada, pois as atribuições do Estado e Município, estão bem definidas na PNSTT, assim como está explícito que os procedimentos de investigação, notificação necessitam de pactuação com Comissões intersetoriais de saúde do trabalhador, Conselho Nacional, Municipal de Saúde, Comissões intergestores, enfim, com o Controle Social. Dessa forma, a informação é democratizada, conduz ao desenvolvimento de ações mais ousadas e efetivas, além de fortalecer o trabalho e dificultar possíveis ações desestruturantes, nas secretarias estaduais ou municipais de saúde.

Ainda temos um longo caminho, com desafios que precisam ser superados para que a PNSTT, consiga ter maior efetividade, especialmente, nas ações de vigilância e de notificação.

No caso do agravo de DVRT, temos alguns reconhecimentos estaduais, porém, nacional, não!

Por um dia, tivemos a edição com o reconhecimento, mas a revogação ocorreu no dia seguinte. É urgente que o Ministério da Saúde publique a nova lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, na qual este agravo encontra-se incluído.

Acrescentamos, em anexo, os boletins “Fonoaudiologia na Saúde do Trabalhador” descritos, ao longo do texto e que oferecem importantes contribuições para o entendimento sobre a complexidade das ações em STT no SUS. Convidamos, recomendamos a leitura e especial atenção às informações sobre notificação e vigilância.

Finalizando, é importante ressaltar, que só foi possível iniciar e colaborar para o processo de fortalecimento dos Distúrbios da Voz Relacionados ao Trabalho (DVRT) no Estado do Rio de Janeiro, ainda que, hoje, o resultado esteja aquém das nossas expectativas, por conta, dos sentimentos presentes nas equipes, de amor à profissão, compreensão sobre o que é respeito, união, força coletiva, luta e muita vontade de crescimento.

Aproveitem os Boletins – “Fonoaudiologia na Saúde do Trabalhador”.

Nº	Objetivo	Link
01	Doença auditiva de origem ocupacional.	http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/boletim_1.pdf
02	Notificação em saúde do Trabalhador.	http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/boletim_2.pdf
03	Notificação em saúde do Trabalhador	http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/boletim_3.pdf
04	Vigilância em saúde do Trabalhador.	http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/boletim_4.pdf
05	Disfonia relacionada ao Trabalho.	http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/boletim_5.pdf
06	Saúde Ocupacional X Saúde do Trabalhador.	http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/boletim_6.pdf
07	Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho: dos Consensos de Voz Profissional ao Protocolo de Complexidade Diferenciada no SUS.	http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/boletim_7.pdf
08	Parceria entre o Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador e Conselho Regional de Fonoaudiologia 1ª Região: articulação intersetorial em Saúde do Trabalhador para elaboração de documento específico sobre as práticas de atuação do fonoaudiólogo na saúde do trabalhador.	http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/boletim_8.pdf
09	Processo de trabalho em telemarketing e Distúrbios de Voz.	http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/boletim_9.pdf
10	Vigilância da saúde auditiva na saúde do trabalhador.	http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/boletim_10.pdf
11	Informações básicas sobre Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho para agentes comunitários de saúde: o que é preciso reconhecer nas visitas domiciliares?	http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/boletim_11.pdf
12	Informações básicas sobre a Perda Auditiva Induzida por Ruído/Pair para agentes comunitários de saúde: o que é preciso reconhecer nas visitas domiciliares?	http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/boletim_12.pdf
13	Programa de saúde vocal dos professores da Prefeitura do Rio de Janeiro.	http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/boletim_13.pdf
14	A promoção da saúde vocal na perspectiva ergonômica.	http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/boletim_14.pdf
15	Pactuação da rede sentinela de Perda Auditiva Induzida por Ruído Relacionado ao Trabalho.	http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/boletim_15.pdf

2. Notificação de DVRT no Estado de São Paulo: A Experiência do CEREST Estadual

A Saúde Pública pode ser considerada como o conjunto de medidas executadas pelo Estado para garantir o bem-estar físico, mental e social da população. Todos os programas e serviços de saúde pública são estabelecidos por meio de decisões pautadas na técnica, na necessidade e na viabilidade. As necessidades de saúde devem ser identificadas, qualificadas e mensuradas, para que se estabeleça um planejamento das ações a serem desenvolvidas, o período e os recursos a serem aplicados. A base para o estabelecimento dessas ações é a informação.

A informação utilizada pelo SUS- Sistema Único de Saúde é originada em Sistemas de Informação em Saúde, que possibilitam o conhecimento de²³:

- Dados demográficos, socioeconômicos e ambientais, os quais permitem quantificar a população e conhecer suas condições de vida: saneamento, climáticas, ecológicas, acesso a serviços de saúde, entre outros;
- Dados de morbidade: obtidos por meio da notificação de casos e surtos, de produção de serviços ambulatoriais e hospitalares, de investigação epidemiológica, de busca ativa de casos, de estudos amostrais e de inquéritos, entre outras;
- Dados de mortalidade: são obtidos através das declarações de óbitos, processadas pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade.

O SUS conta com sistemas de informação específicos, gerenciados pelo Ministério da Saúde, como mostrado no Quadro 1²⁴.

SISTEMA	REFERÊNCIA	FONTE DE DADOS	ORIGEM
SIM	Óbitos	Declaração de Óbito (DO)	Hospitais, Médicos, IML (Instituto Médico Legal)
SINASC	Nascidos Vivos	Declaração de Nascimento Vivo (DN)	Hospitais (partos hospitalares) e cartórios (partos domiciliares)
SINAN	Agravos notificáveis	Fichas de Notificação e Investigação	Unidades Básicas de Saúde, Hospitais, Clínicas, Ambulatórios, Consultórios)
SIH	Internações Hospitalares	Autorização de Internação Hospitalar (AIH)	Hospitais conveniados ao SUS
SIA	Atendimento Ambulatorial	Boletim de Produção Ambulatorial (BPA)	Serviços ambulatoriais cadastrados pelo SUS (não possibilita dados de morbidade)

SIAB	Internações hospitalares Morbimortalidade	Ficha de cadastro e acompanhamento familiar Ficha de registro de atividades, procedimentos e notificações	Estratégia Saúde da Família (ESF) Programa de Agentes Comunitários (Pacs)
-------------	--	--	--

Quadro 1: SUS - Sistemas de Informação.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo por meio de uma rede informatizada para apoiar o processo de investigação e subsidiar a análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória.

Seu uso foi regulamentado em 1998, tornando obrigatória a alimentação regular da base de dados nacional pelos municípios, estados e Distrito Federal. Desde 2003, a gestora nacional do sistema é a Secretaria de Vigilância da Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS). Este sistema é alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, sendo facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde considerados importantes em sua região.

Existem dois tipos de fichas de notificação:

1. Ficha de Notificação Individual: mais simples e breve, que tem o objetivo de NOTIFICAR, para rapidamente provocar o sistema de investigação;
2. Ficha de Investigação: mais detalhada, com o objetivo de INVESTIGAR e definir encaminhamentos necessários.

A Notificação é definida como a “comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes”²⁵.

A lista nacional das doenças de notificação vigente está restrita a alguns agravos e doenças de interesse sanitário para o País, e compõem o Sistema de Doenças de Notificação Compulsória. Esta relação de doenças passa por revisões e atualizações periodicamente.

A compulsoriedade da notificação significa que todo cidadão tem o dever de comunicar a ocorrência de algum caso suspeito de doença que esteja na relação de notificação compulsória. Essa obrigação é inerente à profissão médica e a outras profissões da área de saúde. Entretanto, há várias dificuldades no processo de notificação. Uma delas é o

desconhecimento, por parte dos profissionais da saúde, de seu uso e finalidade. Outra razão comum da falta de notificação é a falta de retorno de informações sobre as notificações realizadas, de forma que, o serviço ou profissional que desencadeou a notificação, não fica sabendo de seu resultado final.

O Guia de Vigilância Epidemiológica²⁵ evidencia aspectos importantes da notificação:

- Notificar a simples suspeita da doença. Não se deve aguardar a confirmação do caso para se efetuar a notificação, o que pode significar perda da oportunidade de adoção das medidas de prevenção e controle indicadas;
- A notificação tem que ser sigilosa, só podendo ser divulgada fora do âmbito médico sanitário, no caso de risco para a comunidade, respeitando-se o direito de anonimato dos cidadãos;
- O envio dos instrumentos de coleta de notificação deve ser feito mesmo na ausência de casos, configurando-se o que se denomina notificação negativa, que funciona como um indicador de eficiência do sistema de informações.

A notificação das DART - Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho, é compulsória e está definida na Portaria de Consolidação Nº. 5, Anexo XLIII²⁶. A PAIR - Perda Auditiva Induzida por Ruído, é o Agravado da Comunicação Relacionado ao Trabalho que consta nessa lista.

A notificação desses casos deve ser feita na Ficha Sinan de Investigação - PAIR. Já em relação ao DVRT, apesar de já ter sido publicado o Protocolo de Complexidade Diferenciada – DVRT²⁷, não existe ainda uma ficha de investigação Sinan específica²⁸. Dessa forma, a notificação desse agravado deve ser feita na Ficha Sinan de Notificação Individual, utilizando-se os CID R49. No estado de São Paulo, a Ficha de investigação do DVRT está disponível no link: <https://forms.gle/RFDf5qBmhZWMWu6S7>.

Na Saúde do Trabalhador, o processo de notificação se inicia com ações de educação permanente junto aos profissionais de saúde. Essa ação é parte do matriciamento realizado junto à RAS - Rede de Assistência, a partir da Atenção Básica.

No estado de São Paulo, a coordenação da Saúde do Trabalhador, que inclui os CEREST - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e os serviços de VISAT - Vigilância Sanitária do Trabalho, fica na DVST- Divisão de Vigilância Sanitária do Trabalho, no Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Na Figura 1 estão distribuídos os Departamentos Regionais de Saúde, os GVS - Grupos de Vigilância Sanitária e os Cerest do estado de São Paulo.

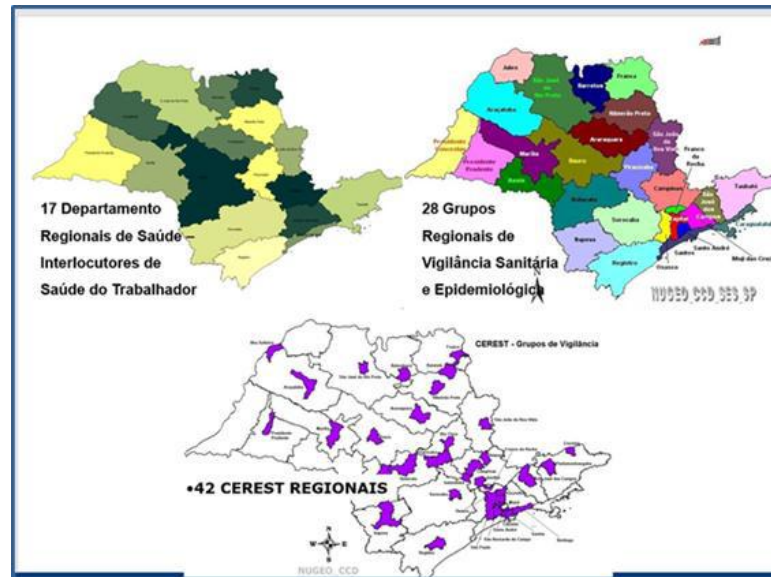


Figura 1: Departamentos Regionais de Saúde, Grupos de Vigilância Sanitária e Cerest do estado de São Paulo.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora²⁹ indica as diretrizes a serem seguidas por estados e municípios, cada estado e município avalia e define suas prioridades, publicizando-as por meio dos Planos Estaduais e Municipais de Saúde.

Entre as diretrizes estão as ações de apoio/matriciamento aos serviços para que alcancemos a meta de redução da ocorrência de agravos à saúde relacionados ao trabalho.

Dessa forma, na DVST/CEREST Estadual, elaboramos e desenvolvemos projetos de matriciamento que envolvem temas conceituais sobre saúde e doenças, agravos específicos, assistência ao trabalhador e vigilância nos ambientes e processos de trabalho, organizados em Linhas de Cuidado. Esses projetos são apresentados aos serviços regionais que irão aplicá-lo, de acordo com suas possibilidades e prioridades.

Um desses projetos é o da Construção da Linha de Cuidado em DVRT. Temos trabalhado levando às regiões a proposta de sistematização de ações voltadas à identificação, assistência e vigilância relacionadas ao DVRT. A identificação dos casos é feita prioritariamente por meio da análise das notificações.

O DVRT, apesar de ser reconhecido como agravo relacionado ao trabalho e ter seu protocolo publicado pelo Ministério da Saúde, não possui uma ficha de investigação específica, como os demais agravos. Dessa forma, a orientação do Ministério da Saúde é que seja utilizada a Ficha de Notificação, inserindo os dados possíveis e, principalmente, o CID do agravo. Essa ficha será encaminhada pelo serviço de vigilância epidemiológica aos serviços de investigação, no caso as Vigilâncias Sanitárias e os CEREST Regionais.

No estado de São Paulo, além da Ficha de Notificação, a orientação é que a Ficha de Investigação seja preenchida por profissionais que puderem identificar a ocorrência do agravo, mesmo que na suspeita, e detalhar suas informações. A Ficha de Investigação está disponível no link: <https://forms.gle/RFDf5qBmhzWMWu6S7>.

A análise das fichas possibilita elaborar projetos regionais específicos que incluam busca ativa desses trabalhadores, acolhimento e orientação, encaminhamento para assistência e inspeção nos locais de trabalho. Dessa forma caminhamos na construção de ações e de políticas públicas que protejam a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras.

3. Notificação dos Distúrbios de Voz Relacionados ao Trabalho no Estado de Alagoas.

Histórico das Notificações dos Distúrbios de Voz Relacionados ao Trabalho em Alagoas

Em meados de 2010, um grupo de Fonoaudiólogas e gestores do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador de Alagoas (CEREST), elaboraram a Ficha de Investigação em Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT) (Anexo 1), a partir de relatos de professores com queixas vocais; e, com esta necessidade de encaminhá-los ao tratamento fonoaudiológico, surgiu a necessidade da elaboração de um Fluxograma (Anexo 2) que atendesse a toda demanda, com a participação de diversos Órgãos Estaduais: Secretaria de Estado da Educação de Alagoas/ Subchefia de Qualidade de Vida à Saúde do Servidor (SEDUC/ SUBQVASS), Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas/Centro Especializado de Reabilitação (UNCISAL/CER), Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas/ CEREST Estadual (SESAU/CEREST) e Secretaria de Estado do Planejamento, Gestão e Patrimônio de Alagoas/ Superintendência de Perícia Médica e Saúde Ocupacional (SEPLAG/SPMSO).

Assim, o Governo do Estado de Alagoas, no ano de 2011, instituiu o Programa de Atenção e Vigilância a Saúde Vocal do Professor da Rede Estadual de Ensino, por meio da Lei Nº. 7.241, publicada no Diário Oficial do Estado (DOE) em 14 de março de 2011(Anexo 3)³⁰, e posteriormente a Portaria Estadual das Notificações em DVRT, em 2012 (Anexo 4)³¹. Com isso, surgiu a necessidade de implantar a vigilância das notificações em DVRTs.

Estratégias de Implantação das Notificações de DVRTs em Alagoas

Sabendo que o DVRT é qualquer forma de desvio vocal diretamente relacionado ao uso da voz durante a atividade profissional que diminua, comprometa ou impeça a atuação e/ou comunicação do trabalhador, podendo ou não haver alteração orgânica da laringe³².

Em 2011, foi instituída a Lei Nº. 7.241/11 com o objetivo de prevenir os distúrbios vocais em professores da rede estadual e abrange a assistência preventiva, por meio da rede pública de saúde; a realização de treinamentos teóricos e práticos que orientem e habilitem os professores quanto ao uso adequado da voz profissionalmente, por meio do Programa “Voz que Ensina”; Inserindo atribuições dos Órgãos Estaduais, cabendo ao CEREST Estadual a adequação do processo e do ambiente de trabalho do professor, com a finalidade de reduzir o esforço vocal e garantir melhor desempenho laboral, a Perícia Médica os casos de caráter periciais e, a UNCISAL a reabilitação dos profissionais acometidos por distúrbios vocais.

Tendo o conhecimento que a notificação é a comunicação de ocorrência de determinada doença realizada por profissionais de saúde ou qualquer cidadão para fins de adoção de medidas de intermédio pertinentes, indicando riscos aos quais as pessoas estão suscetíveis, contribuindo para a identificação da realidade epidemiológica dos sujeitos, definindo prioridades de intervenção, controlando e enfrentando, de forma integrada e eficiente, os problemas de saúde coletiva relacionados ao trabalho³³.

Com isso, surgiu a necessidade de implantar a vigilância das notificações dos DVRTs, no âmbito estadual, a fim de conhecer os fatores que desencadeiam o DVRT bem como os dados sobre o perfil do trabalhador, as condições do ambiente, as manifestações clínicas para o desenvolvimento de ações com a prevenção e redução de agravos durante o processo de trabalho, através da Portaria Nº. 104, publicada no Diário Oficial do Estado (DOE), em 19 de setembro de 2012.

O CEREST Estadual foi a instituição articuladora responsável por implantar as estratégias de vigilância das notificações dos DVRTs no Estado. Por meio desta articulação com as Secretarias de Estado e do Município de Educação e da Saúde, Secretaria de Planejamento, Gestão e Patrimônio (SEPLAG), através da Superintendência de Medicina e Saúde Ocupacional (SPMSO) e Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), por intermédio do Curso de Fonoaudiologia e o Centro Especializado em Reabilitação da UNCISAL.

A articulação dos diferentes setores da saúde e da educação, instituições e parceiros em âmbito municipal e estadual para envolvimento no projeto, com definição de responsabilidades e compromissos, foi fundamental para o sucesso do projeto. A formalização com a gestão municipal do SUS para o processo de notificação, o atendimento e

encaminhamento de professores com DVRT para unidades de referência macrorregional e estadual foram possíveis graças ao compromisso dos envolvidos.

A Uncisal, considerada uma instituição de ensino superior de referência na área da saúde no Estado de Alagoas, por meio do Curso de Fonoaudiologia, único no Estado, foi a parceira no processo de avaliação, diagnóstico e tratamento dos profissionais identificados com alterações vocais. A equipe composta por fonoaudiólogas e médicos otorrinolaringologistas, que compõem a equipe de docentes e profissionais atuantes no Centro de Especializado em Reabilitação (CER III) da Universidade, são parceiras e realizaram o trabalho de notificação, utilizando a ficha elaborada para o presente projeto e citada anteriormente.

Para a construção das estratégias de implantação das notificações do DRVT foram realizados vários momentos de discussões sobre o tema, embasados na literatura científica, em reuniões semanais com os envolvidos (CEREST Estadual, SPMSO, SUBQVASS e UNCISAL), na sede do CEREST Estadual. Essa etapa de aprofundamento sobre o tema quanto aos seus conceitos, histórico voltados à Vigilância em Saúde do Trabalhador mais amplamente como também voltados à prática fonoaudiológica, foi de extrema importância para o delineamento das futuras atuações, como também para determinar as funções e planejamentos para elaboração de fluxogramas.

Fluxograma das Notificações de DVRTs

O Fluxograma de Distúrbios de Voz Relacionados ao Trabalho do Estado de Alagoas foi estabelecido da seguinte forma: O professor com DVRT que irá ao Otorrinolaringologista e ao Fonoaudiólogo, se não precisar de readaptação de função e confirmado onexo causal, será notificado por estes profissionais com direcionamento ao CEREST Regional e/ou Estadual, e posteriormente, haverá a inserção na Secretaria Municipal de Saúde/ SINAN.

Se o professor com DVRT que irá ao Otorrinolaringologista e ao Fonoaudiólogo precisar de readaptação de função e confirmado onexo causal, será emitido por estes profissionais, o atestado e relatório fonoaudiológico, que serão entregues a Escola, para agendamento na Perícia Médica Estadual através do Portal SEI do Estado, e havendo concessão da readaptação, o tempo padrão estabelecido pelo órgão será de 90 (noventa) dias, e este enviado através de Portaria Oficial no Portal SEI à Subchefia de Qualidade de Vida e Atenção à Saúde do Servidor (SUBQVASS/SEDUC) para ser comunicado a Gerência Estadual de Educação, e posteriormente a Escola que o servidor está lotado. Ressalta-se que, o

tempo da readaptação foi padronizado pela Secretaria de Estado do Planejamento, Gestão e Patrimônio de Alagoas/ Superintendência de Perícia Médica e Saúde Ocupacional (SEPLAG/SPMSO) a todas as readaptações do Estado.

Caso haja necessidade de renovar a readaptação de função, será seguido o mesmo trâmite; E, para seguir este fluxo estabelecido, não há exigência de o Fonoaudiólogo ser da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas/Centro Especializado de Reabilitação (UNCISAL/CER), o mesmo pode ser de livre escolha do servidor, uma vez que muitos fazem a opção por planos de saúde.

O Fluxograma estabelecido não invalida a notificação por outros profissionais de saúde, uma vez que os mesmos podem fazer o encaminhamento para investigação do nexo causal referente ao Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT).

4. Educação Permanente, Formação e Estratégias de Adesão para Notificação

Educação permanente e capacitação são inerentes à área da saúde. Profissionais que estão na ponta do processo necessitam ser treinados para notificação de agravos vocais relacionados ao trabalho. A capacitação pode partir do próprio serviço a favor de uma demanda advinda da execução do processo de trabalho, e também podem ocorrer por meio de parcerias institucionais, especialmente as Instituições de Ensino Superior com propósito de formar, atualizar, discutir e basear as práticas clínicas e epidemiológicas em evidências científicas.

No Art. 6º do Código de Ética Profissional do Fonoaudiólogo³⁴ em seu inciso XIII “constituem deveres gerais do fonoaudiólogo como responsabilidades do profissional: notificar doenças e agravos, conforme a legislação vigente” e, no Art. 1º da Resolução do CFFa Nº. 428, de 2 março de 2013 do CFFa³⁵ compete ao fonoaudiólogo que presta assistência fonoaudiológica ao trabalhador:

Notificar o Sistema Único de Saúde, através do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), os agravos de notificação compulsória, relacionados à saúde do trabalhador, associados aos distúrbios fonoaudiológicos.

Para além da legislação vigente, há que se voltar atenção para as instituições de ensino superior para garantia de ensino-aprendizagem formativo pautados nas competências do futuro fonoaudiólogo.

Da formação à prática clínica, a capacitação e treinamento sobre notificação de agravos em saúde do trabalhador relacionados ao Distúrbio de Voz relacionado ao Trabalho

deve fazer parte do modelo de gestão do ensino e gestão do serviço com objetivo de dar continuidade e sensibilizar os profissionais do Sistema Único de Saúde e do Sistema de Saúde Complementar.

É notório o grande avanço nas diretrizes curriculares nacionais sobre o ensino-aprendizado baseado em competências modificando paradigmas de formação do fonoaudiólogo reabilitador *per se*. Atualmente a formação acadêmica apresenta maior capilaridade de formação em saúde coletiva e saúde única com propostas robustas de prevenção, promoção e proteção à Saúde³⁶. Entretanto, a integração ensino-serviço e alinhamento teoria e prática pode ser melhor aproveitada tanto pela Instituição de Ensino Superior como pelo gestor do serviço.

Um programa estruturado com conceitos e definições; epidemiologia do distúrbio vocal relacionado ao trabalho; fatores preditores ocupacionais e não ocupacionais relacionados ao distúrbio vocal; diagnóstico (critérios enexo causal), ferramentas informacionais como o SINAN e bases legais são elementos mínimos para treinamento da notificação voltado aos profissionais de saúde para garantir exequibilidade e seguimento das notificações mesmo que ainda não contemplados na lista de agravos de notificação compulsória do Ministério da Saúde ao Sistema Nacional de Informações de Agravos de Notificações (SINAN)³⁷.

Há que se saber que a falta de treinamento e capacitação pode gerar o fracasso da implantação da notificação. Isto porque, o profissional não se sente pertencente ao processo, nem tão pouco, protagonista da execução da notificação.

Um programa de treinamento estruturado, aumenta a confiança dos profissionais da saúde na capacidade de reconhecer os parâmetros e diretrizes do distúrbio vocal relacionado ao trabalho, bem como fornece segurança e engajamento do profissional como protagonista da notificação e responsabilidades no processo de reconhecimento do agravo.

Ainda, a educação permanente sustenta o conhecimento que constitui uma base razoável para a notificação atualizando os profissionais e garantindo a continuidade e melhorias do processo³⁸.

A formação dos futuros fonoaudiólogos e capacitação permanente de profissionais atuantes nos serviços são essenciais para concretização da notificação com inserção de dados no SINAN, e potencializando a ferramenta numa base de dados informacionais que promoverá intervenção adequada à promoção em saúde na área de voz e comunicação humana.

Anexos

1. Ficha de investigação em distúrbios de voz relacionados ao trabalho

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOAS / SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR
FICHA DE INVESTIGAÇÃO

DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO - DISFONIA

Nº da notificação:

Definição de caso: Rouquidão; Fadiga vocal; Esforço à fonação; Dificuldade em manter a voz; Variações na frequência fundamental; Falta de volume e projeção; Baixa resistência vocal que podem se agravar até a formação de lesão nas pregas vocais, modificando o quadro de disfonias funcionais para disfonias orgânicas-funcionais, entendidos nestes casos, como distúrbio de voz relacionado ao trabalho.			
1- Tipo de Notificação: Individual			
2- Agravamento/Doença: DISFONIA		Código (CID10) R 49.0	3- Data da Notificação / /
4- UF:	5- Município de Notificação		Código (IBGE):
6- Unidade de Saúde		Código	7- Data do Diagnóstico / /
8- Nome do Paciente			9- Data do Nascimento / /
10- Idade 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano	11- Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12- Se Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13- Raça/Cor 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado
14- Escolaridade 0- Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica			
15- Nº Cartão SUS		16- Nome da Mãe	
17- UF:	18- Município de Residência		Código (IBGE):
19- Bairro		20- Logradouro (rua, avenida,...)	
21- Número	22- Complemento (apto, casa,...)		23- CEP
24- (DDD) Telefone	25- Ponto de Referência		26- Zona 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado
Dados Complementares do caso / Antecedentes Epidemiológicos			
27- Ocupação			
28- Situação no Mercado de Trabalho 01- Empregado registrado com carteira assinada 05- Servidor público celetista 09- Cooperativado 02- Empregado não registrado 06- Aposentado 10- Trabalhador avulso 03- Autônomo/ conta própria 07- Desempregado 11- Empregador 04- Servidor público estatutário 08- Trabalho temporário 12- Outros 99- Ignorado			29- Tempo de trabalho na Ocupação 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano
30- Nome da Empresa Contratante ou Empregador			31- Registro/CNPJ ou CPF
32- Atividade Econômica (CNAE)	33- UF:	34- Município	Código (IBGE):
35- Endereço		36- Número	37- Bairro
38- Ponto de Referência		39- (DDD) Telefone	

Doença Relacionada ao Trabalho/DISFONIA

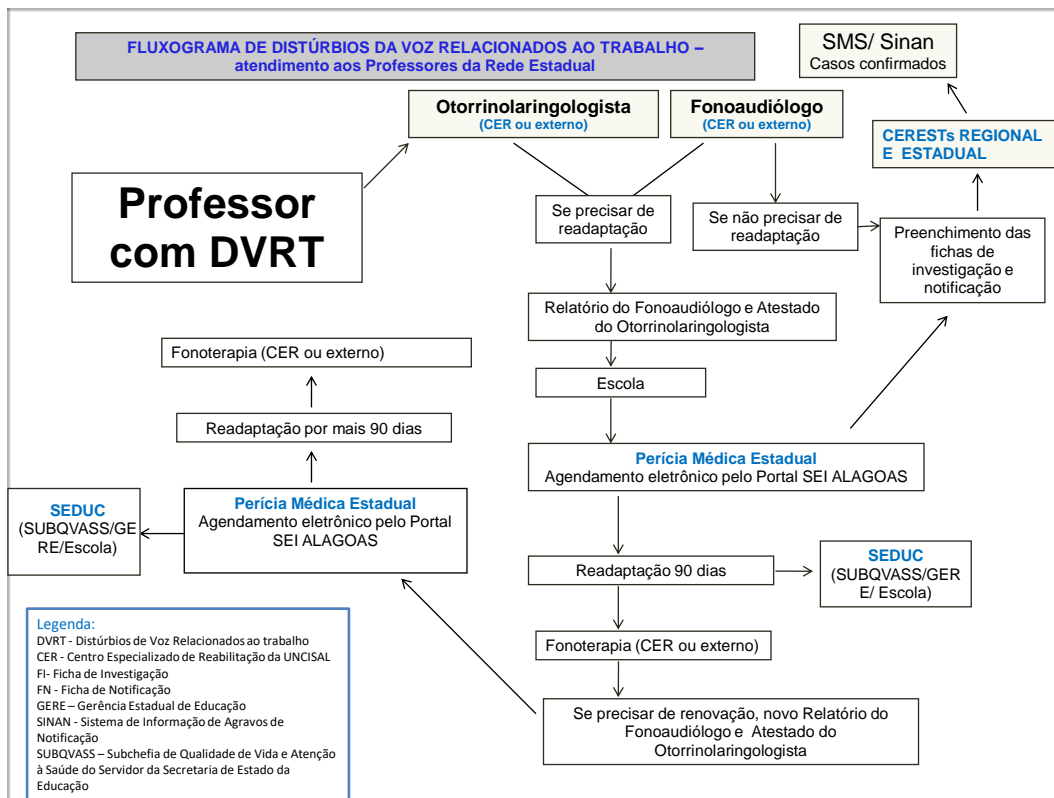
SESAU/AL 18/03/2013

40- O Empregador é Empresa Terceirizada 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
41- Agravos Associados <input type="checkbox"/> carcinoma de laringe <input type="checkbox"/> laringite <input type="checkbox"/> faringite <input type="checkbox"/> doença neurológica <input type="checkbox"/> alergias 1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> refluxo gastroesofágico <input type="checkbox"/> etilismo <input type="checkbox"/> tabagismo 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> distúrbios otológicos <input type="checkbox"/> outros: _____		
42- Causa da Disfonia 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Abuso e/ou mau uso da voz <input type="checkbox"/> Estresse <input type="checkbox"/> Infecção respiratória <input type="checkbox"/> Exposição ao barulho <input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Exposição ao frio <input type="checkbox"/> Gripe de repetição <input type="checkbox"/> Não houve causa aparente <input type="checkbox"/> Outros: _____	43- Sinais e sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Falha na voz <input type="checkbox"/> Esforço ao falar <input type="checkbox"/> Cansaço ao falar <input type="checkbox"/> Garganta seca <input type="checkbox"/> Pigarro <input type="checkbox"/> Ardor na garganta <input type="checkbox"/> Secreção na garganta <input type="checkbox"/> Tosse seca <input type="checkbox"/> Tosse produtiva <input type="checkbox"/> Sem sintomas <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Conclusão		
44- Tempo de Exposição aos Fatores de Risco 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	45- Realiza ou realizou Tratamento? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
46- Se Sim, que Regime de Tratamento? 1- Hospitalar 2- Ambulatorial 3- Ambos <input type="checkbox"/>	47- Se Sim, que tipo de Tratamento? 1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> Terapia fonoaudiológica <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Uso de medicamentos	48- Diagnóstico específico CID 10 <input type="text"/>
49- Houve afastamento do trabalho para tratamento? 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	50- Se sim, Tempo de Afastamento do Trabalho para Tratamento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	
51- Com Afastamento do Trabalho houve: 1- Melhora 2- Piora 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	52- Há ou Houve Outros Trabalhadores com a mesma Doença no Local de Trabalho? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	
53- Evolução do Caso 1- Cura 2- Cura não confirmada 3- Incapacidade Temporária 4- Incapacidade Permanente Parcial 5- Incapacidade Permanente Total <input type="checkbox"/> 6- Óbito por doença relacionada ao trabalho 7- Óbito por Outra Causa 8- Outro 9- Ignorado		
54- Data do óbito / /	55- Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho 1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	56- Data do Encerramento / /
Informações complementares e observações:		
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
Nome do investigador	Função	Assinatura

Doença Relacionada ao Trabalho/DISFONIA

SESAU/AL 18/03/2013

2. Fluxograma com órgãos partícipes em Distúrbios de Voz Relacionados ao Trabalho: Atendimento aos professores da rede estadual



3. Lei do programa de atenção e vigilância à saúde vocal do professor da rede estadual de ensino

Diário Oficial



Maceió - Terça-feira
15 de março de 2011

www.cepal-al.com.br

Estado de Alagoas
Unidade Federativa do Brasil

R\$ 1,40

Ano XCIX - Número 048

Poder Executivo

Atos e Despachos do Governador

LEI Nº 7.237, DE 14 DE MARÇO DE 2011.

CONSIDERA DE UTILIDADE PÚBLICA A ASSOCIAÇÃO MOVIMENTO EM DEFESA DE PARIPUEIRA.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE ALAGOAS
Faço saber que o Poder Legislativo Estadual decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica considerada de Utilidade Pública a Associação Movimento em Defesa de Paripueira, entidade filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 06.287.661/0001-26, com sede e foro na Rua Antônio Pontes, s/n, Centro, CEP: 57.935-000, no Município de Paripueira/AL, fundada em 25 de maio de 2004.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Revogam-se as disposições em contrário.

PALÁCIO REPÚBLICA DOS PALMARES, em Maceió, 14 de março de 2011, 195ª da Emancipação Política e 123ª da República.

TEOTONIO VILELA FILHO
Governador

LEI Nº 7.238, DE 14 DE MARÇO DE 2011.

CONSIDERA DE UTILIDADE PÚBLICA A ASSOCIAÇÃO DOS ALUNOS, PROFISSIONAIS E ESPECIALISTAS EM GESTÃO PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DO ESTADO DE ALAGOAS - AGEPAL.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE ALAGOAS
Faço saber que o Poder Legislativo Estadual decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica considerada de Utilidade Pública a Associação dos Alunos, Profissionais e Especialistas em Gestão Pública e Desenvolvimento Sustentável do Estado de Alagoas - AGEPAL, sediada em Maceió, capital do Estado de Alagoas.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Revogam-se as disposições em contrário.

PALÁCIO REPÚBLICA DOS PALMARES, em Maceió, 14 de março de 2011, 195ª da Emancipação Política e 123ª da República.

TEOTONIO VILELA FILHO
Governador

LEI Nº 7.239, DE 14 DE MARÇO DE 2011.

CONSIDERA DE UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL O CENTRO DE APOIO À CRIANÇA CARENTE ROSA DE SARON.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE ALAGOAS
Faço saber que o Poder Legislativo Estadual decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica considerado de Utilidade Pública o Centro de Apoio à Criança Carente Rosa de Saron - CEACC, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de caráter filantrópico, assistencial, promocional, recreativo e inclusivo, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 07.538.130/0001-21, com sede na Av. Juca Sampaio, 1785, Barro Duro, Maceió/AL, fundado em 2 de agosto de 2005.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Revogam-se as disposições em contrário.

PALÁCIO REPÚBLICA DOS PALMARES, em Maceió, 14 de março de 2011, 195ª da Emancipação Política e 123ª da República.

TEOTONIO VILELA FILHO
Governador

LEI Nº 7.240, DE 14 DE MARÇO DE 2011.

CONSIDERA DE UTILIDADE PÚBLICA A ASSOCIAÇÃO ALAGOANA DOS FAMILIARES E AMIGOS DOS PORTADORES DE MUCOPOLISSACARIDOSES - AMPS.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE ALAGOAS
Faço saber que o Poder Legislativo Estadual decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica considerada de Utilidade Pública a Associação Alagoana dos Familiares e Amigos dos Portadores de Mucopolissacarídeos - AMPS, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.248.107/0001-07, com sede e foro na Rua Desportiva Humberto Guimarães, 1137, Ponta Verde, Maceió/AL, sociedade de natureza civil, sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado, fundada em 14 de dezembro de 2007.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Revogam-se as disposições em contrário.

PALÁCIO REPÚBLICA DOS PALMARES, em Maceió, 14 de março de 2011, 195ª da Emancipação Política e 123ª da República.

TEOTONIO VILELA FILHO
Governador

LEI Nº 7.241, DE 14 DE MARÇO DE 2011.

INSTITUI O PROGRAMA DE ATENÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE VOCAL DO PROFESSOR DA REDE ESTADUAL DE ENSINO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE ALAGOAS
Faço saber que o Poder Legislativo Estadual decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituído o Programa de Atenção e Vigilância à Saúde Vocal, que tem como objetivo a prevenção dos distúrbios vocais em professores da rede estadual de ensino.

Art. 2º O Programa de Atenção e Vigilância à Saúde Vocal do Professor da Rede Estadual de Ensino abrangerá:

I - a assistência preventiva, por meio da rede pública de saúde;

II - a capacitação dos professores, com a realização de treinamentos técnicos e práticos que orientem e habilitem esses profissionais quanto ao uso adequado da voz profissionalmente;

III - a adequação do processo e do ambiente de trabalho do professor, com o fim de reduzir seu esforço vocal e garantir seu melhor desempenho laboral; e

IV - a reabilitação dos profissionais acometidos por distúrbios vocais, por meio de atendimento fonoaudiológico e médico.

Art. 3º O Programa de Atenção e Vigilância à Saúde Vocal do Professor da Rede Estadual de Ensino será implementado segundo diretrizes estabelecidas em regulamento.

Art. 4º As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementares, se necessárias.

Art. 5º O Poder Executivo regulamentará a presente Lei no prazo de 90 (noventa) dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

PALÁCIO REPÚBLICA DOS PALMARES, em Maceió, 14 de março de 2011, 195ª da Emancipação Política e 123ª da República.

TEOTONIO VILELA FILHO
Governador

MENSAGEM Nº 5/2011

Maceió, 14 de março de 2011.

Senhor Presidente,

Reporto-me a Vossa Excelência para comunicar que, nos termos do § 1º, do art. 89, da Constituição Estadual, decidi vetar totalmente o Projeto de Lei nº 643/2010, que "Estabelece exigências para provimento de cargos de jornalista no âmbito da administração pública estadual direta e indireta", pelas razões que se seguem:

Razões do veto:

A matéria tratada no Projeto de Lei nº 643/2010, muito embora seja louvável em seu conteúdo, é inconstitucional.

Ainda que se reconheça a relevância de seus propósitos e a magnitude de seu alcance, o Projeto de Lei carecedor de sanção traz em seu bojo inconstitucionalidade que o torna inviável para os fins almejados.

A Constituição Federal, em seu art. 22, inciso XVI, dispõe que compete privativamente à União legislar sobre a organização do sistema nacional de emprego e condições para o exercício de profissões, sendo este, portanto, o impeditivo à sanção do Projeto de Lei em comento.

Sobre a matéria pronunciou-se o Supremo Tribunal Federal no Recurso Extraordinário nº 51961, em 17 de junho de 2009, tendo como relator o Ministro Gilmar Mendes, que por maioria, decidiu pela inconstitucionalidade da exigência do diploma de jornalismo e registro profissional no Ministério do Trabalho, como condição para o exercício da profissão.

Vismultra-se, ainda, como condão da invasão de competência prevenida no art. 22, inciso XVI da Carta Política, ofensa à liberdade de expressão e de informação, insculpida no art. 5º, incisos IV, IX, XIV e no art. 220, da Constituição Federal.

Por esta razão, Senhor Presidente, é que fui levado a vetar totalmente o Projeto de Lei nº 643/2010, por desatender ditames da Constituição Federal, ocasião em que submeto à apreciação dos Senhores Membros dessa Augusta Casa Legislativa.

TEOTONIO VILELA FILHO
Governador

Excelentíssimo Senhor
Deputado FERNANDO RIBEIRO TOLEDO
Presidente da Assembleia Legislativa Estadual,
NESTA

4. Portaria estadual das notificações em distúrbios de voz relacionados ao trabalho

Portaria n. 206, de 14 de setembro de 2012.

O SECRETARIO DE ESTADO DA SAUDE, no uso de suas atribuições, considerando :

A Lei n. 9.528, de 10 de dezembro de 1997, que alterou a Lei n. 8.213, de 24 de agosto de 1991, referente aos Planos de Benefícios da Previdência Social , que dispõe sobre as doenças do trabalho ;

O inciso I, do art. 8º do Decreto n. 78.231, de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica , sobre o Programa Nacional de Imunizações , estabelece normas relativas a notificação Compulsória de doenças ;

A Portaria GM/MS n. 104, de 25 de janeiro de 2011, que define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 - RSI 2005, a relação de doenças , agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional.

A Portaria n. 2.728/GM/MS, de 11 de novembro de 2009, que dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador - RENAST;

A necessidade de padronizar os procedimentos normativos relacionados a notificação compulsória e a vigilância em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, em Alagoas, resolve:

Art. 1º Definir as terminologias adotadas em legislação estadual, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 - RSI 2005.

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE - SESAU

1 - Doença: significa uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

II - Agravo: significa qualquer dano a integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas;

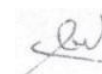
III - Evento: significa manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença ;

IV - Emergência de Saúde Pública de Importância Estadual - ESPIE: e um evento que apresente risco de propagação ou disseminação de doenças para mais de um Município - com priorização das doenças de notificação imediata e outros eventos de saúde pública, independentemente da natureza ou origem, depois de avaliação de risco, e que possa necessitar de resposta estadual imediata.

Art. 2º A notificação compulsória e obrigatória a todos os profissionais de saúde médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis para organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, em conformidade com os arts. 7º e 8º, da Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Art. 3º Fica acrescentada, a Lista de Notificação Compulsória, definida nos termos do art. 10, da Portaria n 104, de 25 de janeiro de 2011, o Agravo Disfonia (CID R49.0), como interesse estadual para notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, vista a sua evidência em manifestar-se para sintomas e sinais que podem estar presentes, concomitantemente ou não, sendo os mais frequentes:

- Rouquidão;
- Fadiga vocal;
- Esforço a fonação ;
- Dificuldade em manter a voz;





**ESTADO DE ALAGOAS SECRETARIA
DE ESTADO DA SAUDE - SESAU**

- Variações na frequência fundamental ;
- Falta de volume e projeção;
- Baixa resistência vocal que podem se agravar até a formação de lesão nas pregas vocais, modificando o quadro de disfonia funcional para disfonia orgânico-funcional, entendidos nestes casos, como distúrbio de voz relacionado ao trabalho.

Paragrafo único. Fica a Vigilância a Saúde do Trabalhador, da Superintendência de Vigilância a Saúde, responsável pelo acompanhamento das notificações encaminhadas pela rede do Sistema Único de Saúde, seguindo o fluxo determinado pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação, do Ministério da Saúde, dos casos diagnosticados com sintomas compatíveis a Disfonia, decorrentes do trabalho.

Art. 4º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.


ALEXANDRE DE MELO TOLEDO
Secretário de Estado da Saúde

Referências

1. Fundação Oswaldo Cruz/ Fiocruz. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/perfil-institucional> [acessado em 03/06/21].
2. Escola Nacional de Saúde Pública/Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana/Cesteh/Ensp/Fiocruz. Disponível em: <http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/o-cesteh> [acessado em 03/06/21].
3. Escola Nacional de Saúde Pública/Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana/Cesteh/Ensp/Fiocruz. Disponível em: <http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/servicos> [acessado em 03/06/21].
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº. 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html [acessado em 10/06/21].
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS Nº. 2.437, de 7 de setembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. Brasília, DF, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2437_07_12_2005.html [acessado em 10/06/21].
6. CEREST-RJ - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado do Rio de Janeiro e CESTEH/ENSP-FIOCRUZ- Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca- Fundação Oswaldo Cruz. Fonoaudiologia na Saúde do Trabalhador. [acessado em 11/06/21]. Disponível em: http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/boletim_2.pdf.
7. Escola Nacional de Saúde Pública/Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana/Cesteh/Ensp/Fiocruz. Disponível em: <http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/material-informativo-e-boletins-sobre-fonoaudiologia-em-saude-do-trabalhador> [acessado em 03/06/21].
8. CEREST-RJ - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado do Rio de Janeiro e CESTEH/ENSP-FIOCRUZ- Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca- Fundação Oswaldo Cruz. Fonoaudiologia na Saúde do Trabalhador. [acessado em 11/06/21]. Disponível em: http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/boletim_1.pdf.
9. CEREST-RJ - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado do Rio de Janeiro e CESTEH/ENSP-FIOCRUZ- Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca- Fundação Oswaldo Cruz. Fonoaudiologia na Saúde do Trabalhador. [acessado em 11/06/21]. Disponível em: http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/boletim_7.pdf.
10. Masson, Maria Lúcia Vaz et al. Em busca do reconhecimento do distúrbio de voz como doença relacionada ao trabalho: movimento histórico-político. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019, v. 24, n. 3 [Acessado 17 Junho 2021], pp. 805-816. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.00502017>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.00502017>.
11. Jesus, MayneThaiane Azevedo de et al. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* [online]. 2020, v. 45 [acessado 24 Junho 2021], e26. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-6369000040218>>. Epub 02 Out 2020. ISSN 2317-6369. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000040218>.

12. CEREST-RJ - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado do Rio de Janeiro e CESTEH/ENSP-FIOCRUZ- Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca- Fundação Oswaldo Cruz. Fonoaudiologia na Saúde do Trabalhador. [acessado em 16/06/21]. Disponível em: http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/boletim_5.pdf.
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº. 104/GM, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. [acessado em 08/06/21]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html.
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº. 1.271/GM, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. [acessado em 08/06/21]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html.
15. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes de implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. 2014. 14 p. [acessado em 016/06/21]. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Diretrizes-de-implantacao-da-Vigilancia-em-Saude-do-Trabalhador-no-SUS.pdf>.
16. CEREST-RJ - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado do Rio de Janeiro e CESTEH/ENSP-FIOCRUZ- Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca- Fundação Oswaldo Cruz. Fonoaudiologia na Saúde do Trabalhador. [acessado em 09/06/21]. Disponível em: http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/boletim_4.pdf.
17. CEREST-RJ - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado do Rio de Janeiro e CESTEH/ENSP-FIOCRUZ- Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca- Fundação Oswaldo Cruz. Fonoaudiologia na Saúde do Trabalhador. [acessado em 09/06/21]. Disponível em: http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/boletim_10.pdf.
18. CEREST-RJ - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado do Rio de Janeiro e CESTEH/ENSP-FIOCRUZ- Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca- Fundação Oswaldo Cruz. [acessado em 09/06/21]. Disponível em: http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/boletim_6.pdf.
19. BRASIL. Lei Nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, n. 182, Seção 1, p. 18055-18059, 20 de setembro de 1990. [acessado em 21/06/21]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
20. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução MS/CNS Nº. 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2018 ago 13; Seção 1:87. [acessado em 21/06/21]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>.
21. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº. 3.120, de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, n. 124, Seção 1, p. 36-38, 2 de julho de 1998. [acessado em 18/06/21]. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/portaria-3120-1o-julho-1998>.

22. CEREST-RJ - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado do Rio de Janeiro e CESTEH/ENSP-FIOCRUZ- Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca- Fundação Oswaldo Cruz. Fonoaudiologia na Saúde do Trabalhador. [acessado em 09/06/21]. Disponível em: http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/boletim_3.pdf.
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume único [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 4ª. ed.– Brasília(DF) : Ministério da Saúde; 2009.
24. Mattos, R. (org). Curso Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana: caderno do aluno. Rio de Janeiro, RJ: EAD/ENSP, 2012.
25. Fundação Nacional de Saúde (BR). Guia de vigilância epidemiológica. Fundação Nacional de Saúde. 5. ed. Brasília : FUNASA, 2002. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro.
26. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº. 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017 Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-de-Consolida---o-n---5--de-28-de-setembro-de-2017.pdf>.
27. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho – DVRT / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
28. Masson, ML e col. - Distúrbio de voz: reconhecimento revogado junto com a nova lista de doenças relacionadas ao trabalho. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 2020; ISSN: 2317-6369 (online). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369ED0000320>.
29. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº. 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União. 24 de agosto de 2012. Seção 1.
30. BRASIL. Lei Nº. 7241. Programa de Atenção e Vigilância à Saúde Vocal do Professor da Rede Estadual de Ensino, Maceió, 14 de Março de 2011.
31. ALAGOAS, Secretaria Estadual de Saúde (SES). Portaria Nº. 206, de 14 de setembro de 2012. Acrescenta o agravo disфония como interesse estadual para notificação compulsória no SINAN. Radar oficial, 2012. Disponível em: www.radaroficial.com.br/d/6459783980777472. Acesso em: 2021 Jun 15.
32. CEREST: Fonoaudiologia na Saúde do Trabalhador. Notificação em fonoaudiologia. Boletim eletrônico, Rio de Janeiro, setembro / novembro de 2010. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_285211437.pdf. Acesso em: 20 de abril. 2019.
33. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho – DVRT, Brasília, 2018.
34. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Código de Ética Profissional. Disponível em: <https://www.fonoaudiologia.org.br/legislac%CC%A7a%CC%83o/codigo-de-etica>. Acesso em: 15 de junho de 2021.
35. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução CFFa, no 428, de 2 março de 2013. “Dispõe sobre a atuação do fonoaudiólogo na saúde do trabalhador e dá outras providências”. Disponível em:

- <https://www.fonoaudiologia.org.br/legislac%cc%a7a%cc%83o/resolucoes>. Acesso em: 15 de junho de 2021.
36. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Diretrizes Curriculares Nacionais. Resolução CNE/CES 5, de 19 de fevereiro de 2002 Disponível em: <https://www.fonoaudiologia.org.br/legislac%CC%A7a%CC%83o/diretrizes-curriculares>. Acesso em 20 de junho de 2021.
37. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº. 104, de 25 de Janeiro de 2011. “Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.” Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em 15 de junho de 2021.
38. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

CAPÍTULO 15: O DISTÚRBIO DE VOZ RELACIONADO AO TRABALHO (DVRT) E A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)

Maria Cristina Pedro Biz

Regina Yu Shon Chun

Saúde Vocal ou Higiene Vocal? A concepção de saúde e de sujeito subjacentes à Voz e como chegamos à CIF

É nesse sentido que nos aventuramos a definir saúde como a busca contínua e socialmente compartilhada de meios para evitar, manejar ou superar de modo conveniente os processos de adoecimento, na sua condição de indicadores de obstáculos encontrados por indivíduos e coletividades à realização de seus projetos de felicidade. (José Ricardo C.M. Ayres, 2007, p.60)

Para iniciar este capítulo tomamos a liberdade de fazer um paralelo com a reflexão proposta por Ayres¹ em “Uma Concepção Hermenêutica de Saúde”. O autor pergunta ao leitor se lhe fosse perguntado se está saudável como responderia? Saudável ou doente. Em seguida, o autor tece importante discussão, acerca de que, embora pudesse parecer “um mero jogo de palavras” (p.44), na verdade, esse questionamento traz em seu bojo uma questão fundamental de “ricos significados”. Nos termos do autor: “é que não apenas a doença não é o contrário da saúde e vice-versa - ou seja, que não falam da mesma coisa, mas também que não falam do mesmo modo” (p.44).

Ayres defende nesse texto¹, que os conceitos de saúde e doença não podem ser vistos ou compreendidos, dissociados nem polarizados, como também que não se pode negar que ambos guardam estreita relação um com o outro na vida cotidiana. Em suas palavras: “Saúde não se refere a regularidades dadas que nos permitem definir um modo de fazer algo, mas diz respeito à própria busca de que algo fazer” (p.50).

Do mesmo modo, pensar a voz e o Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT) remete pensar de que voz e de que sujeito se fala nas relações de trabalho. Nesse sentido, pensar em saúde vocal e não, em higiene vocal. A qualidade de voz é um dos

atributos primordiais para análise vocal como também um dos mais difíceis de ser discutido, como abordado por autores^{2,3}. Em 2000, Hollien³ discute o conceito de “qualidade de voz ideal”, destacando que tal discussão implica um esforço conjunto e interdisciplinar, pontuando que a maioria dos fonoaudiólogos contemporâneos, não se manifestava acerca de tal conceituação ou a definia por meio de uma lista do que “não deveria “se constituir como um elemento da voz “normal”.

Na tese de doutorado de uma das autoras deste capítulo⁴ aborda-se que, as discussões nesse sentido, na literatura nacional não apresentavam dados suficientes, que possibilitasse estabelecer um paralelo com a realidade brasileira. Em meados dos anos de 1990, a autora encontrou uma renomada e experiente cantora lírica em um Encontro de Corais, em uma cidade do interior de São Paulo, que já, naquela época, ao lhe ser apresentada pelo Regente do Coral da Universidade em que trabalhava, comentou: “Ah, a mocinha dos “não” - como discutido por Hollien³, embora a cantora estivesse se referindo às normas de higiene vocal, consideradas boas ou ruins para a voz.

Essa e diversas outras vozes e histórias ouvidas de diferentes profissionais da voz, ou seja, daqueles que utilizam a voz como instrumento de trabalho, durante sua experiência em uma Unidade Básica de Saúde de São Paulo, tais como as de professores e inspetores de alunos, os quais 3 dias após retorno das férias escolares, referiam que suas vozes encontravam-se “normais” durante as férias, mas que bastava o retorno ao ambiente de trabalho para que, em pouco tempo, suas vozes se apresentassem disfônicas, motivaram fortemente o estudo da voz na interação social e a revisão de conceitos de voz e de sujeito, saúde vocal e de higiene vocal⁴.

Nos anos de 1970, o tratamento dado à voz possuía um cunho eminentemente clínico e curativo^{4,5}, consoante com a visão de saúde predominante, de doença em oposição à saúde. Ferreira⁵ já destacava que:

Poucas iniciativas davam conta de questões relacionadas à voz sem ser no contexto patológico... Enveredando por caminhos em que predominava a prática exclusiva de exercícios, o foco era pura manifestação orgânica. Nesse período havia uma primazia da técnica... O olhar do fonoaudiólogo focalizava a voz do sujeito em sua dimensão orgânica sem qualquer consideração de outra natureza (p.128).

Em outra publicação, Ferreira e colaboradoras⁶ ressaltavam que, desde os primórdios da atuação em voz, a Fonoaudiologia entendia que a produção vocal resultante de fatores orgânicos, determinados por aspectos como sexo, idade e constituição física como também sociais, “sempre foi compreendida e aceita”. Contudo, as autoras indicavam que na efetivação do processo terapêutico, eram privilegiados os aspectos puramente orgânicos e as normas de

higiene vocal, ditando-se regras do que é bom e do que é mal para voz, constituindo parâmetros da denominada higiene vocal.

Verifica-se que, desde suas origens, portanto, a Fonoaudiologia, assim como outras profissões da saúde, sofre influência/herda a visão positivista e hegemônica na Medicina, isto é, do modelo biomédico. Ou seja, as ações e intervenções são norteadas por uma perspectiva corretivo-normatizadora dos agravos fonoaudiológicos⁷, neste caso, dos distúrbios de voz.

Ao longo dos séculos XX e XXI observam-se mudanças conceituais e paradigmáticas de saúde, de sujeito e de cuidado e de atenção à saúde das populações⁷⁻¹⁰ com foco na participação e funcionalidade, considerando-se a influência de fatores ambientais e contextuais, em uma abordagem biopsicossocial da saúde, em que se busca superar o modelo biomédico. Enquanto o modelo biomédico considera o agravo como o distúrbio de voz, como uma questão de problema da pessoa, causada por uma doença, que implica um tratamento individual prescrito por um profissional, um especialista em voz; o denominado modelo social¹¹, considera como “um problema criado socialmente e, basicamente, como uma questão da integração plena do indivíduo à sociedade” (p.34), como abordado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF¹¹, da família de classificações internacionais desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde. No modelo social¹¹, o agravo não é considerado um atributo do indivíduo, como no caso do DVRT, mas envolve diversas condições do ambiente e das relações de trabalho, cujo enfrentamento requer ação social e responsabilidade coletiva que, “em nível político, se transformam em questões de direitos humanos” (p.34). A CIF visa oferecer uma perspectiva integrada desses dois modelos - a abordagem biopsicossocial, que abrange as diferentes dimensões de saúde sob as perspectivas biológica, individual e social¹¹.

Nessa visão, um elemento fundamental é o diálogo, entendido nos termos de Ayres¹. Não um diálogo para coleta de informações do agravo de voz para manejo instrumental do adoecimento, modelo da anamnese clássica, mas um diálogo de “fusão de horizontes”¹, como explica o autor:

(...) isto é, de produção de compartilhamentos, de familiarização e apropriação mútua do que até então nos era desconhecido no outro, ou apenas supostamente conhecido. Não basta, nesse caso, apenas fazer o outro falar sobre aquilo que eu, profissional de saúde, sei que é relevante saber. É preciso também ouvir o que o outro, que demanda o cuidado, mostra ser indispensável que ambos saibamos para que possamos colocar os recursos técnicos existentes a serviço dos sucessos práticos almejados (p.58).

Dessa maneira, como pontuam Chun e Nakamura⁷, é possível pensar em novas possibilidades de diálogo nos encontros terapêuticos, na Fonoaudiologia, que não seja

centrada na patologia e seus sintomas e sim, na pessoa em suas dimensões social, histórica e cultural, consoante com as atuais políticas públicas de saúde no contexto da Saúde Pública e Coletiva. E assim, superar e ampliar o olhar de saúde, de sujeito e de voz para além da dimensão orgânica e da perspectiva normatizadora de higiene vocal, para uma visão ampliada de saúde, centrada na pessoa em uma abordagem integrada, humanizada, social e coletiva que abarque as questões abordadas pela CIF¹¹ e se volte assim para a promoção da saúde vocal.

As autoras deste capítulo tiveram percursos profissionais diferentes, mas se cruzaram nos encontros promovidos pelo LaborVox (Laboratório de Voz da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, em Seminários voltados ao processo de reconhecimento do Distúrbio da Voz como um agravo relacionado ao trabalho¹²⁻¹³. Masson et al.¹² abordam o processo histórico de 20 anos do movimento de reconhecimento do distúrbio de voz como Distúrbio Relacionado ao Trabalho (DRT). Ferreira et al.¹³ nos brindam com importante obra que trazem ricos e variados relatos de experiência de diferentes atores sociais de várias regiões do país.

As autoras iniciaram estudos da CIF, em meados de 2007 e se encontraram também nos Congressos da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia - SBFa, em temas acerca da CIF. Em 2008, houve o primeiro curso da CIF em Campinas no CEREST Campinas, São Paulo e posteriormente, ambas se encontraram novamente no desenvolvimento da Tese de Doutorado¹⁴ de uma das autoras, sob orientação da outra por se acreditar na importância da CIF para uma atenção humanizada e integral dos cuidados em saúde em uma abordagem biopsicossocial.

Desenvolver estudos e pesquisas em serviços em saúde são essenciais, pois estes se constituem em importante espaço para mudança dos paradigmas em saúde. São cenários potencialmente férteis para desenvolver um modelo de assistência, em que a pessoa é o centro do processo de cuidado e suas demandas possam ser atendidas. Apesar da dimensão social e subjetiva, e não somente biológica, ainda ser um desafio para o cuidado em saúde, é possível reverter nesse espaço a forma de fazer saúde¹⁵.

A implementação da CIF na rotina de trabalho ainda é tímida, e os estudos sobre CIF relacionadas à voz tais como os de Englert et al.¹⁶, que propõe uma escala de voz baseada na CIF - este trabalho será retomado adiante neste capítulo, e o de Hancock¹⁷, que analisa dois questionários de qualidade de vida e voz de mulheres transgêneras americanas no contexto da CIF, ainda são poucos.

CIF: Breve conceituação e suas aplicações

A CIF foi aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde e publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001. O objetivo era ter uma Classificação com uma estrutura que pudesse, através de uma linguagem unificada e padronizada, descrever a saúde e o estado relacionado à saúde das pessoas¹¹.

A CIF e a CID, Classificação Internacional de Doenças, são as classificações de referência da OMS. Possuem a mesma lógica, descrever em uma linguagem codificada e universal, o estado de saúde das pessoas e populações. A CID permite gerar informações sobre mortalidade e morbidade, e a CIF, sobre funcionalidade e incapacidade, descrevendo o impacto de uma doença ou distúrbio na vida das pessoas e populações. Juntas, CID e CIF permitem comparar informações entre serviços, municípios e países, através de um esquema de codificação sistemático de todas as informações relacionadas à saúde das pessoas, por meio de uma linguagem universal. Uma nova versão da CID foi aprovada em assembleia da OMS e os países membros da OMS têm até janeiro de 2022 para incorporá-la. A CID-11, como será chamada, traz uma seção suplementar sobre funcionalidade contendo domínios da CIF, entre eles, a comunicação.

A CIF é uma ferramenta que possibilita:

- a) Estatística, para coleta e registro de dados;
- b) Pesquisa, para medir resultados de saúde, qualidade de vida ou fatores ambientais;
- c) Clínica, para a avaliação de necessidades específicas ou reabilitação;
- d) De política social, para o planejamento de sistemas de previdência social, elaboração e implantação de políticas públicas; e, ainda
- e) Pedagógica, na elaboração de programas educativos e ações sociais¹¹.

A Classificação é composta por um sistema alfanumérico desenvolvido dentro de uma perspectiva taxonômica, partindo de uma categoria mais ampla, para as mais específicas, por isso da sua grande quantidade de níveis. Engloba os diferentes aspectos da saúde humana estabelecidos em componentes relevantes para a saúde: funções do corpo (b), estrutura do corpo (s), atividade e participação (d) e fatores ambientais (e), e fatores pessoais que são considerados, mas não classificados

Com isso, a CIF por fornecer informações para além do diagnóstico da condição de saúde, amplia a perspectiva de análise sobre como um diagnóstico pode impactar a vida de um indivíduo. Essas informações, compartilhadas por profissionais e usuários, podem ser

usadas como uma base para a comunicação, planejamento de programas ou intervenção, além de reduzir a sobreposição entre os profissionais e facilitar estratégias e políticas intersetoriais.

A Figura 1 traz o modelo esquemático da estrutura da CIF na perspectiva biopsicossocial. Trata-se de um modelo integrativo, em que seus componentes se inter-relacionam, permitindo gerar informações por meio da descrição dos processos de funcionalidade e incapacidade¹¹.

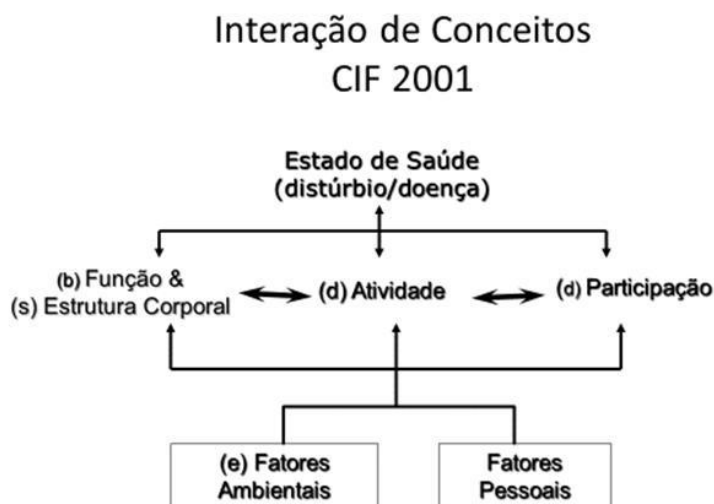


Figura 1 - Modelo Esquemático da CIF. Fonte: OMS, 2001.

Essa interação dos componentes da CIF oferece um modelo multidimensional, multidirecional e dinâmico permitindo considerar de forma relacional o contexto em que o indivíduo está inserido. A funcionalidade e a incapacidade dos indivíduos, para serem definidas, é preciso considerar todos os aspectos de sua estrutura. Deste modo, inverte-se a lógica da compreensão clássica da incapacidade originada a partir de uma doença ou de uma condição de saúde, e considere-se o ambiente como aquele que pode gerar a incapacidade e/ou a doença.

Ao deslocar o foco da análise da causa para o efeito e incluir os fatores contextuais do ambiente e das relações sociais, a CIF pode mensurar a saúde e a incapacidade individual dentro de uma abordagem mais complexa. Como abordado por Biz e Chun¹⁸:

Ter na CIF a funcionalidade como perspectiva possibilita um quadro mais abrangente da saúde, ampliando o olhar para o impacto que uma determinada condição de saúde traz à vida da pessoa e como ela se manifesta. As informações sobre funcionalidade estão interligadas com o contexto das necessidades relacionadas à saúde da pessoa ou populações, e não podem ser compreendidas sem levar em conta os fatores ambientais (p.68).

O respeito às múltiplas dimensões envolvidas no processo de saúde e funcionalidade/incapacidade (biológica, individual, social), além do reconhecimento do

importante papel do ambiente (não apenas físico, mas social e de atitudes), traz uma nova luz sobre "saúde" e "incapacidade", em especial sobre questões da Saúde do Trabalhador¹⁹.

CIF e Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho

Sendo a CIF uma classificação que permite gerar informações sobre o estado de saúde de um indivíduo conceituado de uma forma mais abrangente, também permite que os fatores contextuais ultrapassem a sua importância como determinantes do estado de saúde e passem a ser considerados não apenas como uma mudança do *locus* da incapacidade, mas, sobretudo, reconhece a possibilidade de ser considerado o próprio *locus* da intervenção e, por isso, de funcionalidade.

O uso da CIF na saúde do trabalhador, portanto, permite gerar informações do ambiente onde o indivíduo desenvolve suas atividades laborais, seu acesso aos sistemas e políticas de saúde e de seguridade.

Considerando o Distúrbio da Voz Relacionado ao Trabalho, que tem como foco as alterações vocais causadas no ambiente ocupacional, a utilização da CIF possibilita incluir informações de fatores ambientais e contextuais, fundamentais para compreensão mais ampla do processo saúde e adoecimento da pessoa, bem como para realizar intervenções em uma perspectiva integral do cuidado, que contribuam para a promoção da saúde e prevenção do adoecimento do trabalhador.

A título de ilustração, segue exemplo de um caso clínico de uma mulher e professora, descrito utilizando-se os componentes da CIF (vide destaque em negrito):

Professora, 37 anos (**fatores pessoais**), ministra 60 horas semanais de aula (40h na prefeitura e 20h no Estado) (**atividade/participação**). Queixa-se de piora na voz (**funções do corpo**) há dois meses, após sair da coordenação da prefeitura e voltar à sala de aula (**atividade/participação**). Refere que a escola é ruidosa, com acústica inadequada e muitos alunos em sala de aula (**fatores ambientais**). Utiliza quadro negro e giz (**fatores ambientais**), o que a incomoda sobremaneira e “ataca a rinite” (sic) (**funções do corpo**). O exame laringológico evidenciou lesão nodular em terço médio de pregas vocais (**estrutura do corpo**), associado à fenda triangular médio posterior. (**estrutura do corpo**). Apresenta classificação de voz, segundo a escala GRBAS - G2 R2 B1 A0 S0 I0, com ressonância laringofaríngea, *loudness* forte e *pitch* grave (**funções do corpo**). A frequência fundamental está em 168 Hz, *jitter* e *shimmer* elevados, proporção harmônico-ruído rebaixada e ruído elevado (**funções do corpo**). Ao espectro acústico, observa-se presença de subharmônicos e ruído nas frequências altas (**funções do corpo**). Na autoavaliação realizada por meio do Índice de Desvantagem Vocal - IDV-10 apresenta escore total de 48% e escore total de 65 no Protocolo de Qualidade de Vida em Voz - QVV (**funções do corpo**).

Verifica-se, nesse exemplo, que a CIF possibilita análise e qualificação de várias dimensões, além da orgânica ou de aspectos exclusivamente individuais, utilizando-se

informações do próprio sujeito e de instrumentos de avaliação vocal do profissional. De fato, no DVRT tão importantes quanto às informações acerca das alterações das funções do corpo, os fatores que envolvem a atuação no trabalho (como por exemplo, o uso de giz, a acústica do ambiente e o número de alunos) são essenciais para melhor compreensão do caso bem como para intervenções mais eficazes e o desenvolvimento de políticas públicas em prol da saúde do trabalhador como a própria aprovação do Protocolo de DVRT, após anos de luta nesse sentido¹².

O modelo biopsicossocial da CIF, portanto, por considerar a multifatorialidade que envolve a saúde, permite, por meio da sua codificação, considerar a complexidade do DVRT e gerar informações importantes sobre as condições e agentes geradores de doenças ocupacionais.

A partir da estrutura da CIF, e utilizando a CID - R49 (distúrbios da voz), segue na Figura 2, exemplos de categorizações feitas com o uso da CIF em relação ao Distúrbios da Voz Relacionado ao Trabalho. Estas informações inseridas de forma codificada, como no exemplo, permitem gerar dados epidemiológico, hoje inexistentes no sistema de informação em saúde.

Modelo integrativo biopsicossocial da CIF



Figura 2 - Proposta de classificação do DVRT segundo o modelo integrativo biopsicossocial da CIF

CIF e o Protocolo DVRT

Por possuir uma linguagem codificada universal, a CIF possibilita gerar informações acerca da funcionalidade e incapacidade, e comparar dados de serviços, populações de

idades e países. Isso possibilita transcrever variados instrumentos de avaliação em saúde por meio de uma linguagem única e universal.

O Protocolo Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho publicado pelo Ministério da Saúde, ou Protocolo DVRT, tem seu foco na Vigilância em Saúde do Trabalhador, se torna um grande avanço, neste sentido. Seu objetivo²⁰ é orientar os profissionais da rede a:

(...) identificar, notificar e subsidiar as ações de vigilância dos casos de DVRTs e de seus determinantes o que possibilita gerar informações e dados epidemiológicos que alimentam a base de dados do Sistema Único de Saúde sobre a magnitude de casos de DVRTs. A notificação no SUS tem como objetivo principal dar subsídios para ações de vigilância dos ambientes e processos de trabalho (p. 7).

Dentre os fatores de risco trazidos pelo Protocolo DVRT, destacam-se aqueles que estão associados ao ambiente e organização do trabalho. A organização refere-se a como a rotina dos processos de trabalho ocorrem. Os aspectos de ambiente referem-se mais propriamente às condições físicas, biológicas e estruturais dos equipamentos²⁰.

Para gerar informação de DVRT, a orientação do Ministério da Saúde é que seja utilizada a ficha disponibilizada pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para qualquer doença, informando, a partir da CID-10. Para o Distúrbios da Voz, o código é o denominado R49.

Com base em outras experiências no país, uma proposta de Ficha de Notificação Individual (FNI) foi elaborada por um grupo de fonoaudiólogas de São Paulo e pactuada com a Diretoria de Vigilância em Saúde do Trabalhador / Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo²¹. Das várias informações que compõem a ficha de notificação, dentre as quais, o ambiente, a organização do trabalho, apenas o tipo de adoecimento é inserido no sistema de informação em saúde, que neste caso, é o R49. Ou seja, a única informação sobre o estado de saúde do trabalhador inserida no sistema de informação em saúde, é fornecida pela CID, o que alimenta um sistema em saúde voltado para linhas de cuidado e modelo de atenção baseado exclusivamente na doença, na deficiência ou no distúrbio.

Outra questão, a notificação das doenças relacionadas ao trabalho (DRT) no SINAN não exclui a necessidade da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). A notificação no SINAN gera informações para o Ministério da Saúde e a CAT gera informações para o Ministério da Previdência Social, com possíveis benefícios previdenciários e trabalhista²¹. Ou seja, não há o cruzamento de dados, e a informação que se destina ao mesmo objetivo, fica fragmentada. Uma linguagem universal, como proporcionada pela CIF, contribuiria muito para que essa não fragmentação ocorresse. Segundo Ribeiro²²:

É sabido que informações em saúde podem se traduzir em ações voltadas à melhoria das condições e práticas de saúde. No entanto, apesar dos grandes avanços e esforços tecnológicos na área, a não utilização do conhecimento pelos profissionais e instituições de saúde, faz com que o uso das informações seja limitado, reforçando assim a lógica fragmentadora e a gestão pulverizada das informações (p.19).

A utilização da CIF permite fazer a correspondência de escalas, instrumentos de avaliação de diagnóstico existentes, no caso do DVRT, com os códigos da CIF, o que contribui para seu uso na rotina, e para padronização de laudos baseados em modelos multidimensionais^{11,23}.

Retomando Englert et al.¹⁶, autores que propõem uma escala para os distúrbios de voz - a Escala GALP com base nos componentes trazidos pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que possibilita estabelecer um problema de voz considerando sua multidimensionalidade por meio de uma linguagem universal. A Escala GALP é composta por 7 categorias diferentes para classificar um problema de voz considerando o julgamento perceptual da qualidade da voz (G), a análise acústica (A), a observação laríngea (L) e a autoavaliação do paciente (P)¹⁶ (livre tradução nossa), fornecendo uma visão global do problema de voz. Os autores relacionaram os domínios da CIF com a avaliação vocal, da seguinte forma¹⁶:

- Funções corporais e a análise da qualidade vocal;
- Estrutura do corpo com análise da laringe;
- Atividade e participação com a autoavaliação do paciente;
- Fatores ambientais com anamnese e conversa.

Esse estudo avança ao estabelecer medidas na Escala GALP relacionando com os componentes da CIF e seus qualificadores, sendo que propõe uma escala de 7 pontos para classificação, em que cada medida se relaciona aos qualificadores da CIF, a saber: 0 = nenhum problema, 1 = problema leve, 2 = problema moderado, 3 = problema grave, 4 = problema completo, 8 = não especificado, 9 = não aplicável. O uso apenas das categorias da CIF não gera um código se não se utilizar os qualificadores. Portanto, para aplicação da Escala GALP é importante conhecer a proposta dos autores quanto às categorias estabelecidas¹⁶.

Este tipo de estudo é muito importante como forma de pensar a inclusão da CIF nas formas de avaliação existentes, não apenas em saúde, mas na previdência, na assistência e no trabalho. Informações de um mesmo processo, neste caso a avaliação da saúde do trabalhador quanto ao DVRT, mas que se fragmentam ao gerar informações.

Vamos supor a CIF inserida no sistema de informação em saúde, como a CID é hoje, e deste modo, se tem a possibilidade de “transcrição” das informações que constam da ficha de notificação, gerando dados para além das alterações do corpo, incluindo as questões relativas ao trabalho. Segue um exemplo. Considerando-se o item 44 da Ficha de Notificação Individual (FNI) na Figura 3, proposta pelo grupo de fonoaudiólogas de São Paulo citadas anteriormente²¹, podemos fazer a correspondência por aproximação com as categorias da CIF utilizando seu esquema alfanumérico o que permitiria a “leitura” pelo sistema de informação, caso a CIF estivesse inserida na FNI, como a CID. As categorias da CIF¹¹ exemplificadas, se referem a: e2500 - intensidade do som; e5501- sistemas legais; e2600 – qualidade do ar; e335 – pessoas em posições subordinadas; e2608 qualidade do ar, outros especificados e e2250 – temperatura.

44- Caracterização das condições do ambiente e da organização do trabalho			
I__I Ruído ambiental e2500	I__I Fiscalização contínua e5501		
I__I Poeira / fumaça e2600	I__I Baixa autonomia e335		
I__I Produtos químicos/ irritativos e2608	I__I	I__I Diferença de temperatura e2250	

Figura 3. Ficha de Notificação de DVRT – exemplo de codificação pela CIF

Este item da FNI traz informações sobre a caracterização do ambiente e da organização do trabalho que, como visto anteriormente, são determinantes na ocorrência do DVRT. Exemplifica tipos de dados que poderiam ser disponibilizados no sistema de informação em saúde quanto ao ambiente ocupacional e o impacto das condições de trabalho na geração dos Distúrbios da Voz.

A CIF permite a categorização, mas para que de fato possa gerar informações e indicadores, é necessário o uso de seus qualificadores que irão documentar a extensão de um problema, como já pontuado anteriormente. No caso da Ficha de Notificação, o padrão de respostas é SIM, NÃO ou IGNORADO. Ou então, a resposta é estabelecida em cronologia quanto ao tempo de afastamento, por exemplo. Isto pode ser um balizador, indicativo da presença ou não da categoria classificada: Ex. Ruido ambiental, SIM ou NÃO pode ser qualificado utilizando a CIF como “0” (não há problema) ou “8” (não especificado).

A inserção da CIF na FNI do DVRT possibilita mais do que um diagnóstico funcional que estabelece um distúrbio vocal, mas sim, a multidimensionalidade de fatores que levam ao adoecimento do trabalhador. Deste modo, para além das possibilidades de geração de políticas, estratégias e planejamento em saúde, contribuiria também para mudanças dos paradigmas de saúde. De um modelo biomédico, em que o foco está na doença, para um

modelo biopsicossocial em saúde, tendo como perspectiva a funcionalidade do indivíduo, seu desempenho e participação social.

Considerações finais

A CIF permite gerar informações ao sistema de saúde que assegurem a proteção da funcionalidade da pessoa por meio da avaliação, monitoramento, criação e fortalecimento de linhas de cuidado que atendam a multidimensionalidade da saúde, tendo como perspectiva o controle dos fatores determinantes do processo saúde/doença e a intervenção nos fatores ambientais que levam ao adoecimento do trabalhador.

A utilização da CIF poderá contribuir para a transcrição de avaliações e protocolos de voz além de relatórios multiprofissionais do DVRT e das fichas de notificação, em uma linguagem codificada, que irá gerar dados de funcionalidade dos profissionais e das pessoas que usam a voz no trabalho. Com base na informação obtida pela identificação desses casos, os gestores locais poderão implantar ou implementar práticas de vigilância em saúde a fim de promover mudanças nos ambientes e processos de trabalho visando à melhoria da qualidade de vida do trabalhador nos aspectos relacionados à voz.

Incorporar a CIF à Ficha de Notificação Individual de DVRT, além de contribuir para consolidação do Protocolo de DVRT, na caracterização do ambiente de trabalho, na geração de políticas de direitos e melhores condições laborais, permite fundamentalmente avançar em diálogos multidisciplinares que efetivem a abordagem biopsicossocial nos encontros da Fonoaudiologia com as pessoas que tem a voz como seu instrumento de vida e trabalho.

Referências

1. Ayres JRJM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis*. 2007; 17(1):43-62.
2. Chun RYS, Madureira S. A qualidade e dinâmica da voz. *Dist. Comunicação*. 2003; 15 (2):383-392.
3. Hollien H. The Concept of Ideal Voice Quality. In: Kent RD, Ball MJ. *Voice Quality Measurement*. California: Singular Publishing Group; 2000, p.13-24.
4. Chun RYS. A voz na Interação verbal: como a interação transforma a voz. Tese (Doutorado). PUCSP, 2000, 233p.
5. Ferreira LP. Voz e Sistema Sensório Motor Oral: o problema dos objetos. In: Freire, RM, organizadora. *Fonoaudiologia: Seminários de Debates*. Volume 3. São Paulo: Roca (Série Interfaces); 2000, p.128-130.
6. Ferreira LP, Algodual MJ, Andrada e Silva MA. A avaliação de voz na visão (e no Ouvido) do Fonoaudiólogo: saber o que se procura para entender o que se acha. In:

- Marchesan IQ et al, organizadores. Tópicos em Fonoaudiologia 1997/1998. São Paulo: Lovise; 1998, vol. IV, p.393-414.
7. Chun RYS, Nakamura HY. Cuidado na Promoção da Saúde – Questões para a Fonoaudiologia. In: Marchesan IQ, Silva HJ, Tomé MC, organizadoras. Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia. São Paulo: Guanabara Koogan; 2014, p. 744-749.
 8. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2003, p. 39-53.
 9. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde soc. 2004; 13(3):16-29.
 10. Buss PM. Uma introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, Organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2003, p. 15-38.
 11. CCOMS. Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a família das Classificações Internacionais em Português, org. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla. 1. Ed., 3. reimp. atual. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2020.
 12. Masson MLV, Ferrite S, Pereira LMA, Ferreira LP, Araujo TM. Em busca do reconhecimento do distúrbio de voz como doença relacionada ao trabalho: movimento histórico-político. Ciênc. saúde colet. 2019; 24 (3):805-816.
 13. Ferreira LP, Andrada e Silva MA, Giannini SPP, organizadoras. Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho: Práticas Fonoaudiológicas. São Paulo: Roca, 2015. 368p.
 14. Biz MCP Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF em um Centro Especializado em Reabilitação. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP - Campinas (SP), Brasil, 2019.
 15. Biz MCP; Yu RSC. Operacionalização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF, em um Centro Especializado em Reabilitação. CoDAS 2020;32(2):e20190046 DOI: 10.1590/2317-1782/20192019046.
 16. Englert M, Mendoza V, Behlau M, De Bodt M. GALP Qualifier Scale: Initial Considerations to Classify a Voice Problem. Folia Phoniatr Logop. 2020; 72:402–410.
 17. Hancock AB. An ICF Perspective on Voice-related Quality of Life of American Transgender Women. Journal of Voice. 2017; 31(1):115e1-115e8.
 18. Biz MCP; Yu RCS. O papel Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para a tomada de decisão na gestão em serviços de saúde. Saúde em Redes. 2020; 6(2):6786.
 19. Di Nubila HBV. Uma introdução à CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo, 35 (121): 122-123, 2010.
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho – DVRT / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 42 p.
 21. Ferreira LP; Nakamura HY; Zampieri E; Constantini AC. Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho: proposta de uma ficha de notificação individual. Distúrb Comun, 2018; 30(1): 170-8.
 22. Ribeiro LC. Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como ferramenta epidemiológica. Dissertação de Mestrado apresentada ao

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2012.

23. Cieza A, Fayed N, Bickenbach J, Prodinger B. Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disabil Rehabil* 2016; 8288(March):1–10.

CAPÍTULO 16: ATUAÇÕES DOS CERESTS NO DISTÚRBO DE VOZ RELACIONADO AO TRABALHO-DVRT: RELATO DE EXPERIÊNCIAS

Cristian Emanuele Soares Fioravanti🔍

Eliane Regina Zampieri de Lima🔍

Verena Elisabete Winkel Parreira🔍

Introdução

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST é unidade especializada no atendimento à saúde do trabalhador. Criado a partir da Portaria Ministerial 1.679/2002, está vinculado à Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast)¹.

No Estado de São Paulo, os CERESTs Regionais recebem o suporte técnico da **Divisão Técnica de Vigilância Sanitária do Trabalho-Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (DVST-CEREST)**, instância do Centro de Vigilância Sanitária (CVS) vinculado à Secretaria de Estado da Saúde, responsável pela Coordenação Estadual da Saúde do Trabalhador e por acompanhar a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Dentre as atribuições, realiza a sistematização das informações das notificações dos agravos relacionados ao trabalho feitas pelos municípios, elabora documentos de apoio técnico e promove capacitações às equipes dos CERESTs.^{2,3}

Em nível municipal, o CEREST atua na retaguarda técnica e articula a saúde do trabalhador nas ações e serviços da rede SUS. É composto por equipe multiprofissional qualificada para as ações de assistência aos trabalhadores acometidos por doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho, ações de vigilância em ambientes de trabalho e vigilância epidemiológica, além de ações de educação em saúde. No geral, a composição da equipe do CEREST pode variar, mas usualmente é composta por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, engenheiro, técnico de segurança do trabalho, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo e fonoaudiólogo.

O CEREST tem caráter regional, ou seja, além do município onde está localizado, também atende trabalhadores de outros municípios da sua área de abrangência, bem como é apoio técnico para as equipes que realizam ações de saúde do trabalhador nesses municípios.

Na área assistencial, trabalhadores que apresentam agravos relacionados ao trabalho, podem ser atendidos pelos profissionais do CEREST. Dentre os agravos, a Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) e o Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT) são os principais agravos de competência do fonoaudiólogo, mas que normalmente também demandam o atendimento com outros profissionais (médico, assistente social, psicólogos...). As capacitações, os protocolos e o trabalho em equipe possibilitam ao fonoaudiólogo agregar conhecimento do campo da saúde do trabalhador e de outras áreas assistenciais e terapêuticas ao núcleo do conhecimento da fonoaudiologia, o que contribui de forma significativa para a compreensão dos fatores envolvidos no adoecimento e para uma atuação mais ampla e qualificada no processo de reabilitação.

A Resolução do CFFa, Nº. 428, de 2 de março de 2013, na qual “*Dispõe sobre a atuação do fonoaudiólogo na saúde do trabalhador...*”, é um importante documento que esclarece e estabelece a competência do fonoaudiólogo que atua nesta área, tanto em CERESTs quanto em serviços de saúde ocupacional público ou privados, em relação à emissão de laudos, pareceres e relatórios; critérios para estabelecer a relação saúde-trabalho - doença; notificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN); emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e ações de vigilância⁴.

O Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho – DVRT, foi o último agravo das doenças relacionadas ao trabalho a ter o protocolo publicado pelo Ministério da Saúde, que ocorreu em 2018⁵. Mas, mesmo antes de sua publicação, os CERESTs já realizavam ações de prevenção, intervenção em ambientes de trabalho, notificação, reabilitação e promoção à saúde de trabalhadores acometidos por este agravo. De modo geral, o fluxo de atendimento do DVRT e as ações desenvolvidas por cada CEREST estão estruturados de acordo com a demanda, profissionais que compõe a equipe e conhecimento relacionado ao agravo.

A proposta deste capítulo é apresentar alguns relatos de experiências relacionadas à atuação com o DVRT desenvolvidas em três CERESTs do Estado de São Paulo.

Experiência CEREST Marília – Projeto Saúde na Escola

No Município de Marília, com o início das atividades de Fonoaudiologia em janeiro de 2003 no Serviço de Saúde do Trabalhador, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, foi

desenvolvido o “Projeto Vocal” que consistia na triagem, orientações, acompanhamento e terapia individual dos funcionários públicos municipais que faziam uso da voz em seus ambientes de trabalho. Como esses trabalhadores eram predominantemente professores de Escolas Municipais de Ensino Infantil - EMEIs e Escolas Municipais de Ensino Fundamental – EMEFs, esse projeto se deu em parceria com a fonoaudióloga da Secretaria de Educação que já desenvolvia junto aos professores das escolas municipais, um trabalho de orientação, levantamento das queixas vocais e encaminhamento para atendimento individual.

Em 2004, com a inauguração do CEREST Regional Marília, a fonoaudióloga do Serviço de Saúde do Trabalhador ficou vinculada aos dois serviços e os atendimentos relacionados aos distúrbios da voz puderam se estender para os outros profissionais que também utilizavam a voz como instrumento de trabalho, tanto os formais (com registro em carteira de trabalho) quanto informais. Esses profissionais eram principalmente professores da Rede estadual e privada, operadores de telemarketing e agentes comunitários de saúde.

No final do ano de 2017, em cumprimento à demanda DVST-CEREST para os CEREST’s Regionais em relação à implementação de uma linha de cuidado ao portador de DVRT que englobasse a prevenção, o diagnóstico precoce, o tratamento e reabilitação, foi firmada uma parceria com a Faculdade de Fonoaudiologia da UNESP Marília, por intermédio da docente responsável pela disciplina de voz. Denominado Projeto de Saúde na Escola (PSE), teve o objetivo de levantar a ocorrência de problemas vocais na rede Municipal de Educação de Marília e, para a busca ativa dos casos de DVRT, foi elaborado pelo CEREST um questionário para ser aplicado em todos os professores e coordenadores das EMEIs e EMEFs.

Foram realizados encontros com as coordenadoras das respectivas escolas para explicar os objetivos e capacitá-los em relação à aplicação e preenchimento dos questionários.

Entre setembro e dezembro de 2017, foram respondidos 400 questionários nas EMEFs e EMEFEIs e 462 nas EMEIs, totalizando 862 questionários preenchidos.

Com base nesses dados, foi realizado um levantamento descritivo dos resultados encontrados.

Dos 862 participantes que responderam ao questionário, 95,4% (822) eram do sexo feminino, de acordo com a **Tabela 1** e 40,26% (347) estavam na faixa etária dos 40 aos 49 anos, sendo a idade média 41,31 (*DP* 10,24), conforme **Gráfico 1**.

Sexo	N	%
Feminino	822	95,4
Masculino	40	4,6
Total	862	100

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais das Escolas Municipais de Marília que participaram do PSE, no período de setembro a dezembro de 2017, segundo sexo.

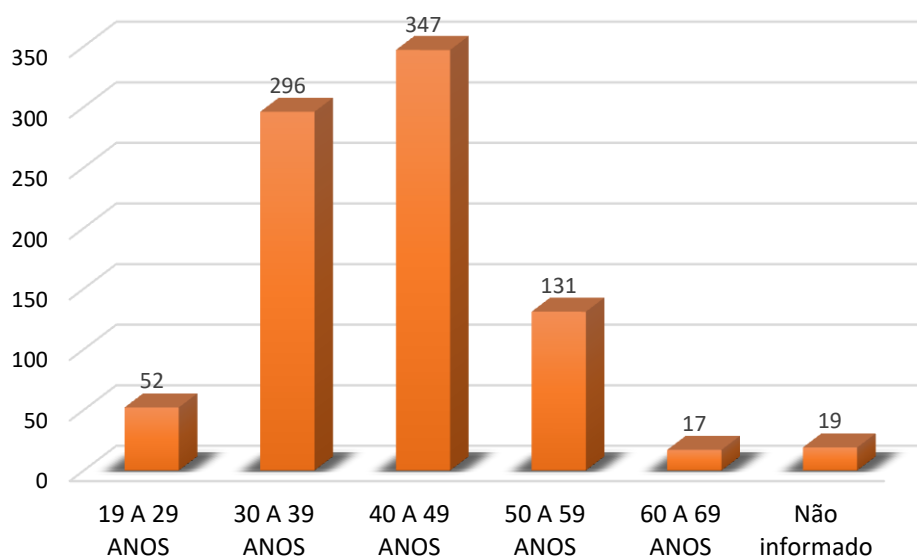


Gráfico 1: Distribuição de profissionais das Escolas Municipais de Marília que participaram do PSE, no período de setembro a dezembro de 2017, segundo faixa etária.

Em relação à carga horária, 65,7% profissionais cumpriam de 4 a 8 horas diárias, segundo **Tabela 2** e 73,4% trabalhavam somente em uma escola, de acordo com a **Tabela 3**.

Carga horária	N	%
Até 4 horas	170	19,7
De 4 a 8 horas	566	65,7
Acima de 8 horas	120	13,9
Não respondeu	02	0,7
Total	862	100

Tabela 2 - Distribuição dos profissionais das Escolas Municipais de Marília que participaram do PSE, no período de setembro a dezembro de 2017, segundo carga horária trabalhada.

Número de escolas	N	%
Uma	633	73,4
Duas	215	24,9
Acima de duas	14	1,7
Total	862	100

Tabela 3 - Distribuição dos profissionais das Escolas Municipais de Marília, que participaram do PSE, no período de setembro a dezembro de 2017, segundo número de escolas trabalhadas.

Em relação ao tempo de trabalho, 53% (457) relataram que estão há mais de 15 anos na função, conforme **Gráfico 2**.

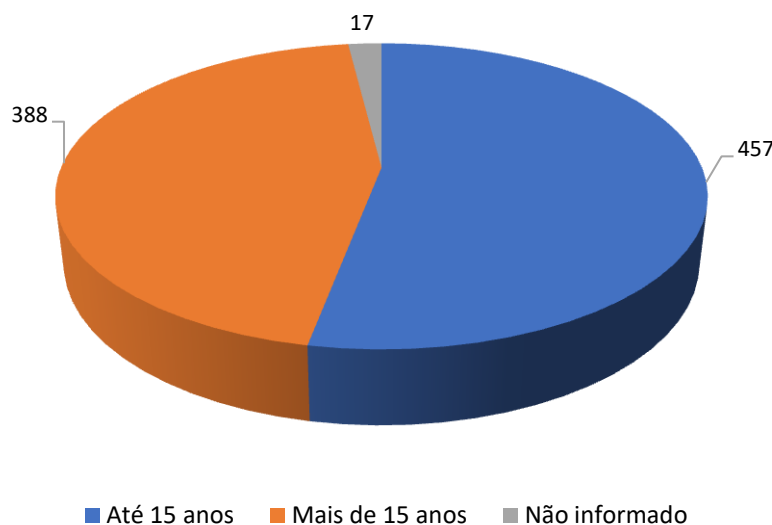


Gráfico 2: Distribuição de profissionais das Escolas Municipais de Marília, que participaram do PSE, no período de setembro a dezembro de 2017, segundo tempo na função.

O **Gráfico 3** apresenta a percepção do ruído pelos profissionais no ambiente escolar, sendo que 51,04% (440) referiram incômodo com o nível de ruído (desconfortavelmente e intensamente ruidoso), o que pode representar um risco importante à saúde destes profissionais.

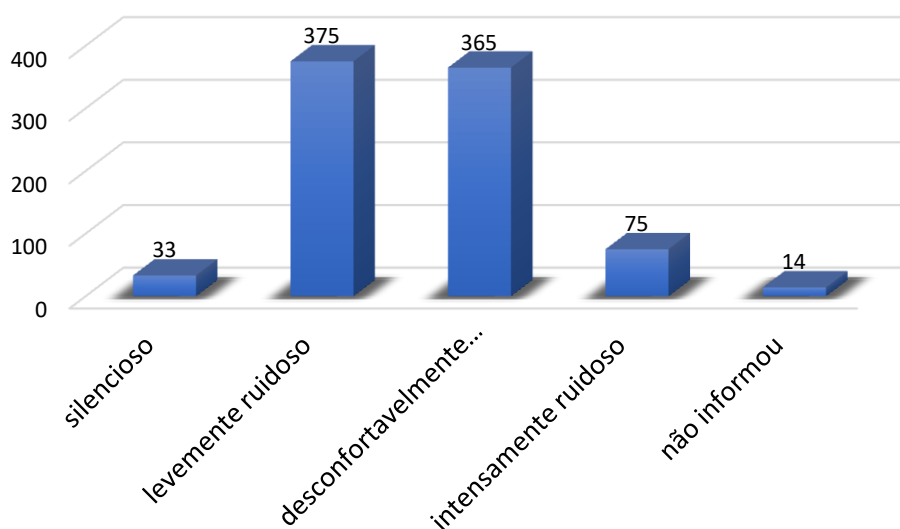


Gráfico 3: Distribuição de profissionais das Escolas Municipais de Marília, que participaram do PSE, no período de setembro a dezembro de 2017, segundo percepção ruído no ambiente.

Quanto aos sintomas relatados, 48% referiram queixa de rouquidão que ocorria principalmente durante a semana em 41,6% deles conforme **Tabelas 4 e 5**.

Rouquidão	N	%
Sim	414	48
Não	388	45
Não respondeu	60	7
Total	862	100

Tabela 4 – Distribuição dos profissionais das Escolas Municipais de Marília que participaram do PSE, no período de setembro a dezembro de 2017, segundo queixa de rouquidão.

Período	N	%
Durante o dia de trabalho	70	18,2
No decorrer da semana	160	41,6
Em todos os períodos	56	14,5
No final do semestre	99	25,7
Não respondeu	477	55,3
Total	862	100

Tabela 5 - Distribuição dos profissionais das Escolas Municipais de Marília que participaram do PSE no período de setembro a dezembro de 2017, segundo período de ocorrência da rouquidão.

A queixa de dor na garganta foi relatada por 96,5% participantes de acordo com a **Tabela 6**.

Dor de garganta	N	%
Sim	832	96,5
Não	03	0,4
Não respondeu	27	3,1
Total	862	100

Tabela 6 - Distribuição dos profissionais das Escolas Municipais de Marília que participaram do PSE no período de setembro a dezembro de 2017, segundo queixa de dor na garganta.

No **Gráfico 4** verifica-se que quanto maior a carga horária diária de trabalho, maior a queixa de dor na garganta.

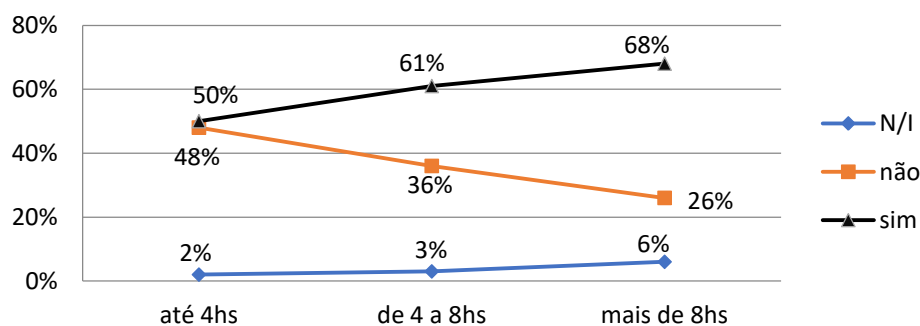


Gráfico 4: Distribuição de profissionais das Escolas Municipais de Marília, que participaram do PSE, no período de setembro a dezembro de 2017, segundo queixa de dor na garganta por carga horária

A partir da aplicação dos questionários desencadearam-se ações como notificação de possíveis casos de DVRT, orientações coletivas online (por conta da pandemia) para os interessados em atendimento fonoaudiológico e teleatendimento vocal individual como parte do Projeto de Saúde na Escola (PSE) realizado pelas fonoaudiólogas do CEREST e da rede pública municipal.

Paralelo a isso, em conjunto com o Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador, foi proposto um Projeto Piloto com as professoras da rede municipal de Educação que serão admitidas por meio do último concurso público, com a finalidade de realizar triagens e orientações vocais gerais como parte do processo de admissão das mesmas, facilitando e otimizando o tempo destas trabalhadoras.

Experiência CEREST Campinas - Grupo terapêutico como estratégia complementar ao processo de reabilitação do trabalhador com DVRT

Os grupos terapêuticos em saúde são um espaço de cuidado, de possibilidades de novas abordagens para compreender os fatores que perpassam pelo indivíduo de uma forma singular, por meio de trocas dialógicas e compartilhamento de experiências, de modo a contribuir para uma melhora individual e coletiva de questões relacionadas à saúde, sejam elas físicas ou psíquicas⁶.

Do mesmo modo, com uma proposta educacional de promoção à saúde, o “Grupo Terapêutico Em Saúde do Trabalhador” realizado no CEREST Campinas tem sido um espaço de escuta, aprendizagem e compartilhamento de vivências em relação aos impactos que uma doença relacionada ao trabalho pode causar na saúde física e emocional do trabalhador, além dos prejuízos sociais devido à dificuldade de (re)inserção no mercado de trabalho.

O trabalhador que chega até o CEREST é acolhido inicialmente por um profissional de saúde (assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional e/ou fonoaudiólogo) que, dependendo da necessidade, pode ser encaminhado para consulta médica e/ou atendimentos com outros profissionais da equipe. A partir do histórico ocupacional e das questões do adoecimento, dificuldades e sofrimentos relatados pelo trabalhador, o caso é discutido em equipe e encaminhado para o grupo terapêutico caso seja considerado um recurso complementar importante ao processo de reabilitação daquele trabalhador.

As atividades grupais sempre fizeram parte das propostas terapêuticas do CEREST. Este grupo em particular tem sido coordenado há 07 anos pela terapeuta ocupacional e fonoaudióloga. Participam deste grupo, trabalhadores que apresentam em comum agravados

relacionados ao trabalho, como Lesões por Esforços Repetitivos/ Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (LER/DORT), Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT), Distúrbios de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT), dentre outros. São grupos abertos, ou seja, o trabalhador é convidado a participar, sendo a participação opcional, e permanece enquanto o paciente/ terapeutas/ médicos avaliarem que a participação tem contribuído para o grupo como um todo e individualmente têm recebido benefícios com melhora da saúde e qualidade de vida.

Os encontros ocorrem semanalmente num período de 4 horas, divididos em dois momentos: no primeiro é feita uma roda de conversa e no segundo se realiza a prática do yoga, aliados sempre às técnicas de meditação e respiração. A participação no grupo não exclui a realização de terapia fonoaudiológica para reabilitação da voz por meio dos exercícios e técnicas vocais como também o atendimento psicoterapêutico individual quando necessário.

O grupo tem por objetivo proporcionar ao trabalhador conhecimento e recursos para que consiga identificar os riscos no seu ambiente e processo de trabalho e intervir, individual e/ou coletivamente, sobre os fatores ambientais, organizacionais e extra-laborais que contribuem para o adoecimento, além de desenvolver e aprimorar a capacidade de autocuidado.

Na primeira participação, o trabalhador se apresenta relatando o que for pertinente em relação ao trabalho, local, função exercida, diagnóstico, tratamentos realizados e percepção sobre as causas do adoecimento. Todos os demais participantes também se apresentam, de modo a acolher o novo integrante. Esse compartilhamento permite ao trabalhador com DVRT identificar outros trabalhadores com o mesmo agravo, mas que trabalham em outras funções e outros que trabalham na mesma função, mas apresentam agravos diferentes.

Os temas abordados seguem alguns específicos e necessários para levar informações ao trabalhador e outros provenientes da própria dinâmica e interesse do grupo. Para o desenvolvimento dos temas são utilizados textos e recursos audiovisuais – reportagens, filmes, documentários, palestras e depoimentos, sempre seguido de um momento de discussão e reflexão onde podem colocar suas percepções, vivências e conhecimentos em relação ao tema.

Ao longo deste período, é possível destacar os principais temas discutidos e que foram de interesse para todo o grupo, inclusive para os trabalhadores com DVRT:

- O trabalho no contexto histórico/ social;
- Tipos de vínculo de trabalho (CLT/ Estatutário) e vínculo previdenciário;

- Trabalho prescrito e trabalho real;
- Adoecimento relacionado ao trabalho como um processo, limitação funcional e incapacidade gerada para trabalho;
- Noções anatomofisiológicas do adoecimento apresentado;
- Fatores presentes no ambiente e na organização do trabalho identificados por cada um deles relacionados ao adoecimento;
- Jornadas de trabalho / horas extras – necessidade do empregador ou do empregado e possíveis efeito na saúde;
- Fatores individuais que contribuíram para o adoecimento: exposição a outros fatores de risco;
- Outras condições orgânicas e predisponentes ao desencadeamento ou agravamento do quadro clínico;
- Diagnóstico e relatório médico que relacionam (ou não) os sintomas e a doença ao trabalho;
- Nexo Causal: abertura da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) como um direito do trabalhador para ter acesso benefícios trabalhista e previdenciário;
- O afastamento do trabalho e seus desdobramentos;
- Perícia médica durante o afastamento: quando não há reconhecimento da incapacidade para o trabalho e/ou do nexo causal;
- Retorno ao trabalho após afastamento quando se mantém as mesmas condições que levaram ao adoecimento;
- Readaptação funcional;
- Limitação física e emocional e o reflexo nas atividades de vida diárias (AVDs) e nas atividades laborais;
- Desemprego, mudança de área e função;
- Dificuldades e sofrimento relacionados ao assédio moral e/ou sexual no trabalho;
- Denúncias de irregularidades sanitárias, ambientais, trabalhistas aos órgãos competentes (Sindicatos, CEREST, Ministério do Trabalho e Emprego- MTE e Ministério Público do Trabalho-MPT) e vigilância em ambientes de trabalho.

Durante as conversas sobre esses temas, algumas impressões, relatos e vivências são recorrentes na fala dos trabalhadores. Especificamente, para os professores com DVRT, paralela à queixa vocal, com frequência, nota-se queixas relacionadas à saúde mental: pressão por produtividade, sobrecarga, desvalorização dos coordenadores e diretores, cobrança por mudança nas notas dos alunos para que a escola atingisse a meta, indisciplina dos alunos,

desrespeito por parte dos pais, desânimo, falta de apoio dos colegas de trabalho, angústias, conflitos e autocobrança. Quanto ao ambiente, o excesso e intensidade de ruído é o que mais gera incômodo. Em relação aos sintomas que apresentam, manifestam medo e insegurança de não serem capazes de se manter na atividade e em caso de afastamento, de serem demitidos após o retorno ao trabalho. Muitos dos que foram afastados e passaram por perícias médicas relatam humilhações, desrespeito e não concessão do benefício mesmo quando ainda apresentam limitações para o retorno ao trabalho. Há desconhecimento ou receio de solicitar a abertura de CAT. A queixa osteomuscular em coluna é relatada principalmente em professores de ensino infantil.

A associação de uma atividade corporal, neste caso a prática da meditação e do yoga, tem se mostrado importante recurso para reabilitação e manutenção da saúde física e mental. Especificamente em relação ao DVRT, o yoga é uma técnica que permite conhecer melhor o próprio corpo e traz consciência ao processo respiratório, contribuindo para a produção vocal com mais intensidade, clareza, entonação e ritmo⁷.

A participação nas atividades grupais permite ao trabalhador se identificar com as vivências de colegas, *insights*, descobrir mecanismos e instrumentos de promoção à saúde, aprender sobre o autocuidado e respeito aos limites do corpo, ou seja, descobrir sua capacidade de intervir sobre sua própria saúde e se reconstruir como sujeito biopsicossocial.

O pensar coletivo de propostas de intervenção individual e coletiva cria possibilidades de ações para minimizar os riscos ocupacionais e amplia as perspectivas de melhores condições de saúde e trabalho.

Experiência do CEREST Rio Claro – Projeto de Atenção à Saúde Vocal

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Rio Claro Regional realiza, desde 2000, ações relacionadas ao Projeto de Atenção à Saúde Vocal, fundamentado na importância da preservação da saúde vocal dos trabalhadores que utilizam a voz como instrumento de trabalho, visando uma melhor qualidade de vida e desempenho profissional, através de medidas preventivas, que são da competência do fonoaudiólogo (Alíneas “a” e “d” do artigo 3, Capítulo II, da Lei Nº. 6965, de dezembro de 1981, que dispõe sobre a regulamentação da profissão do fonoaudiólogo)⁷ e do Sistema Único de Saúde (SUS).

O aumento significativo de profissionais que dependem da voz para o desempenho de suas funções, as evidências da prática e os diversos estudos e experiências, em diferentes realidades de atuação, direcionados ao Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT) e

realizados nos últimos anos, salientam a importância da voz e da prevenção de alterações vocais, bem como do seu reconhecimento como doença ocupacional, estabelecendo sua relação com o trabalho.

JESUS, M. T. A. et al. (2020)⁸, em seu artigo Distúrbio de voz relacionado ao trabalho: revisão integrativa, concluem

que seus resultados indicam forte conexão entre distúrbio de voz e trabalho, confirmando a elevada prevalência de disfonia, especialmente em trabalhadores que utilizam a voz profissionalmente, bem como sua associação com fatores da organização e do ambiente de trabalho, contribuindo para:

- a) Fortalecer o reconhecimento formal do distúrbio de voz relacionado ao trabalho;
- b) Oferecer embasamento técnico à legislação;
- c) Reforçar a importância de uma política pública para proteção vocal dos trabalhadores.

Tais evidências e resultados corroboram cada vez mais, a necessidade de intervenções abrangentes e contínuas relacionadas ao Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT).

O Projeto de Atenção à Saúde Vocal desenvolvido pelo CEREST Rio Claro, objetiva capacitar os profissionais a valorizarem sua saúde vocal, buscando mudanças de atitudes e de condições de trabalho, adquirindo hábitos que favoreçam a produção da voz sem esforço e de maneira adequada, além do diagnóstico e atendimento precoce em casos de alterações vocais (registro detalhado do Projeto de Atenção à Saúde Vocal em FERREIRA et al., 2015)¹⁰.

Desde agosto de 2000 foram realizados:

- 164 encontros: Oficinas, Grupos de orientação e aperfeiçoamento, sendo atingidos 2700 trabalhadores;
- atendimentos individuais: em média 12 profissionais por ano (terapia/orientações – atendimento semanal);
- Notificações através de RAAT e abertura de CATs (do INSS e Municipal), inclusive com efeito retroativo;
- Acompanhamento de readaptações de professores municipais contratados pela CLT e estatutários e de professores estaduais;
- Vistorias em 20 escolas, que geraram reformas e adequações;
- Integração com o DMSO (Departamento Municipal de Saúde Ocupacional) visando adequações em postos de trabalho de telefonistas e operadores de rádio e professores;
- Capacitação direcionada a 12 Equipes de Unidades de Saúde da Família do Município em 2012;

- Em 2019, com a finalidade de divulgação aos médicos otorrinolaringologistas e fonoaudiólogos, da rede pública e particular, foi enviado aos municípios da área de abrangência do CEREST Rio Claro, material explicativo e de incentivo à notificação do DVRT, através do FORMSUS (na época o sistema utilizado para tal).

Devido à pandemia, foram elaboradas as seguintes estratégias, para continuidade do trabalho educativo e de notificação:

- Em 2020:
 - Capacitação em Vigilância em Saúde do Trabalhador, através de videoaulas, abordando os diferentes instrumentos de notificação dos agravos em Saúde do Trabalhador, incluindo a experiência de notificação do DVRT no FORMSUS. Esta videoaula foi disponibilizada a todos os municípios da área de abrangência do CEREST Rio Claro.
- Em 2021:
 - Vídeo abordando DVRT e a importância da prevenção, em parceria com o núcleo local do IEP3 (Instituto de Educação e Pesquisa em Práticas Pedagógicas do Instituto de Biociências da UNESP Rio Claro), destinado a toda comunidade da UNESP Rio Claro;
 - Envio às Escolas da rede municipal e estadual dos municípios da área de abrangência do CEREST Rio Claro (total de 326), por via digital, de material relativo ao DVRT:
 - Vídeo (reflexão sobre a importância da voz no trabalho docente, característica, exigências e fatores que interferem na produção e saúde vocal do professor em aulas presenciais e remotas, DVRT, cuidados com a voz tanto no ensino presencial como remoto);
 - Cartaz e folheto sobre cuidados com a voz;
 - Folheto sobre DVRT;
 - Orientação específica acerca do ensino remoto e presencial, considerando as mudanças que têm sido exigidas e suas adaptações neste período de pandemia, visando uma melhor qualidade de trabalho dos professores;
 - Ação junto aos municípios da região de abrangência do CEREST Rio Claro visando o incentivo à notificação do DVRT.

Os desafios a serem enfrentados:

- Sensibilização dos trabalhadores e empregadores, para a importância da promoção da saúde geral e vocal, especialmente para os profissionais que dependem da voz para suas atividades laborativas;
- Incentivo para que ocorra a adequação em relação às condições e organização do trabalho;
- Promoção de ações de capacitação e sensibilização dos empregadores e profissionais de saúde para o reconhecimento do distúrbio de voz como agravo relacionado ao trabalho e procederem à sua notificação;
- Desenvolvimento de estratégias para a conscientização dos profissionais de saúde dos municípios da área de abrangência, quanto à importância da definição do nexo causal da disfonia com a atividade profissional e proceder às notificações;
- Adaptação das ações com um novo olhar relacionado à situação, condições e organização de trabalho dos profissionais, considerando a nova realidade que se impõe devido à pandemia.

A seguir seguem os dados referentes às notificações realizadas no FORMSUS (N=211) no período de agosto de 2017 a dezembro de 2020, referentes aos casos de DVRT atendidos pelo CEREST Rio Claro. No total foram 211 notificações, sendo 89% (188) de trabalhadores do sexo feminino e 11% (23) do sexo masculino.

A principal ocupação notificada foi a dos professores (67,8%) e as demais foram cantor, teleoperador, pastor, vendedor, dentre outros. Quanto ao grau de escolaridade, a maioria tinha nível superior (80%), conforme apresentado nas **Tabelas 1 e 2**.

Ocupação	N	%
Professores	143	67,8
Outras	68	32,2
Total	211	100

Tabela 1. Distribuição dos casos de DVRT notificados no FORMSUS pelo CEREST Rio Claro, segundo ocupação.

Grau de escolaridade	N	%
Nível Superior	169	80,1
Nível Médio	42	19,9
Total	211	100

Tabela 2. Distribuição dos casos de DVRT notificados no FORMSUS pelo CEREST Rio Claro, segundo grau de escolaridade.

Em relação ao vínculo empregatício, 82% eram servidores públicos, sendo 70% estatutários e 12% celetistas, conforme consta na **Tabela 3**.

Situação no mercado de trabalho	N	%
Servidor Público Estatutário	152	72,0
Registrado com carteira assinada	23	10,9
Servidor Público Celetista	21	10,0
Autônomo	15	7,1
Total	211	100

Tabela 3. Distribuição dos casos de DVRT notificados no FORMSUS pelo CEREST Rio Claro, segundo situação no mercado de trabalho.

De acordo com o **Gráfico 1**, os principais fatores do ambiente e da organização do trabalho relacionados ao DVRT foram uso excessivo da voz, ruído e necessidade de falar alto. Esse item era de múltipla escolha, o que permitia a possibilidade de mais de uma resposta por pessoa.

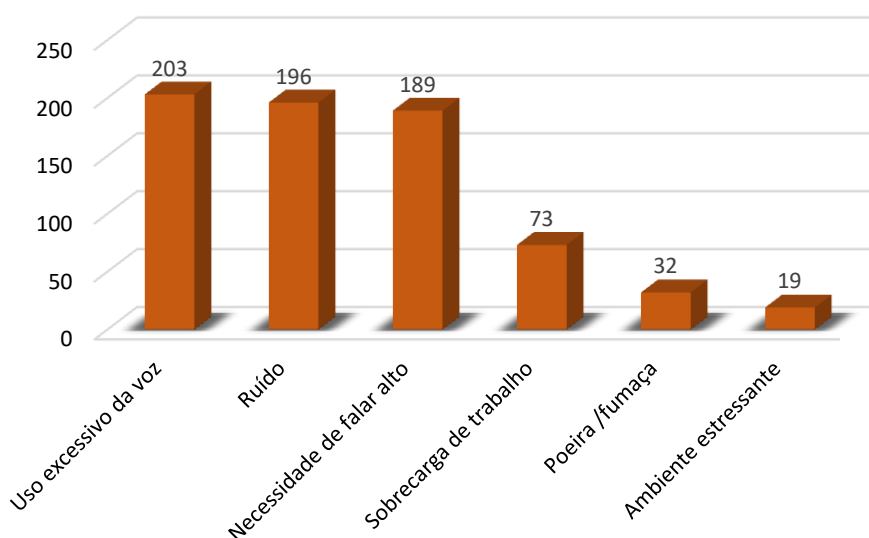


Gráfico 1. Registro dos casos de DVRT notificados no FORMSUS pelo CEREST Rio Claro, segundo fatores do ambiente e da organização do trabalho.

A maior parte dos trabalhadores (52%) relata até 10 anos de uso profissional da voz, conforme apresentado na **Tabela 4**.

Tempo de uso profissional da voz	N	%
1 a 5 anos	61	28,9
6 a 10 anos	49	23,2
11 a 15 anos	36	17,1
16 a 20 anos	36	17,1
21 a 25 anos	23	10,9
26 a 30 anos	6	2,8
Total	211	100

Tabela 4. Distribuição dos casos de DVRT notificados no FORMSUS pelo CEREST Rio Claro, segundo tempo de exposição a riscos ocupacionais e uso profissional da voz.

De acordo o **Gráfico 2**, as alergias respiratórias foi o agravo associado mais frequente. Esse item também era de múltipla escolha, o que permitia a possibilidade de mais de uma resposta por pessoa.

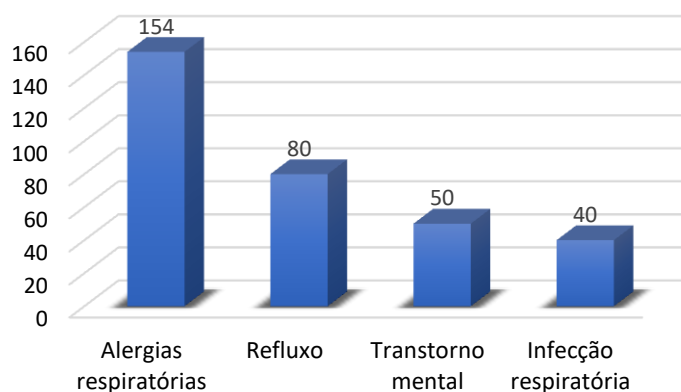


Gráfico 2. Registro dos casos de DVRT notificados no FORMSUS pelo CEREST Rio Claro, segundo agravos e hábitos associados.

Rouquidão, cansaço ao falar e ardor na garganta foram os sinais e sintomas mais relatados, segundo **Gráfico 3**. Esse item também era de múltipla escolha

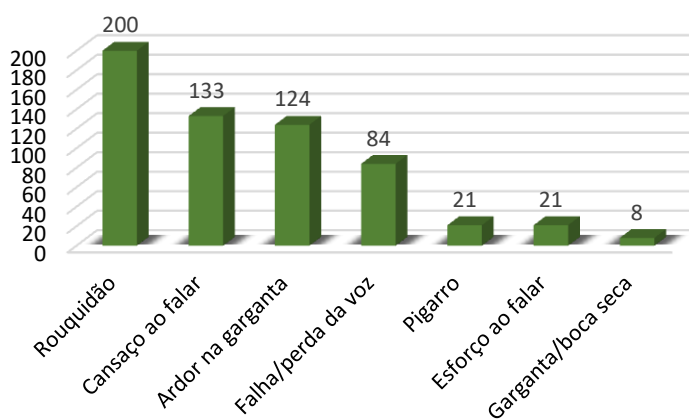


Gráfico 3. Registro dos casos de DVRT notificados no FORMSUS pelo CEREST Rio Claro, segundo sinais e sintomas.

Em relação aos CIDs utilizados, os mais frequentes foram J38.2 (Nódulos em prega vocal), R49 (Distúrbios da voz), J38 (doenças das cordas vocais e laringe), J38.3 (outras doenças das cordas vocais), J38.7 (outras doenças da laringe), R49.8 (outros distúrbios da voz) e J38.1 (pólipos de cordas vocais).

Além da notificação no FORMSUS, todos os casos também foram notificados no Relatório de Atendimento ao Acidentado do Trabalho (RAAT Municipal), 04 tiveram abertura de CAT e 17, por serem funcionários públicos municipais estatutários, foram notificados com documento específico do município.

Os diagnósticos associados ao DVRT mais comumente encontrados foram LER/DORT e TMRT.

Dentre as medidas adotadas após a identificação do DVRT, 43 (20,38%) dos profissionais passaram a utilizar microfone.

Conclusão

Cada CEREST Regional possui especificidades e realidades distintas que divergem nas ações de vigilância e assistência aos trabalhadores, tanto aos expostos a riscos no ambiente de trabalho quanto àqueles que já apresentam o distúrbio de voz relacionado ao trabalho.

As limitações referentes à quantidade de profissionais, presença de fonoaudiólogos na equipe, acúmulo de funções, demandas internas do CEREST, além das prioridades das Secretarias de Saúde de cada município, muitas vezes dificultam a expansão das ações relacionadas ao DVRT.

Além das ações de assistência e vigilância, ações educativas também são necessárias para a divulgação do DVRT entre os profissionais de saúde, empregadores e os próprios trabalhadores.

O período de pandemia trouxe novos modelos de trabalho que tendem a ser adaptados no período pós-pandemia. Os professores, com as novas possibilidades de ensino no modelo híbrido, e outros profissionais, que também desenvolveram novas formas de atuação, podem ter um impacto à sua saúde vocal. Essa nova condição de trabalho deve ser considerada no planejamento das propostas de intervenção no DVRT.

Assim como todos os agravos em Saúde do Trabalhador, os DVRTs também são passíveis de prevenção. Portanto, é de fundamental importância que os CERESTs realizem, dentro de suas possibilidades, ações de assistência e educação aos trabalhadores portadores de

DVRT, ações de vigilância em ambientes de trabalho para a intervenção sobre os riscos, promovam a notificação deste agravo de modo a dar mais visibilidade aos gestores em saúde e assim contribuir para a elaboração de políticas públicas e façam parcerias com outras instituições para maior conscientização e divulgação do DVRT.

Referências

1. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Portaria Ministerial Nº. 1679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção à saúde do trabalhador no SUS. [acesso em 26 junho 2021]. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/comum/13614.html>.
2. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Coordenação de Controle de Doenças, CVS Centro de Vigilância Sanitária. Ambientes e Processo de Trabalho [conteúdo na internet]. São Paulo {acesso em 26 junho 2021}. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/apresentacao.asp?te_codigo=19.
3. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Coordenação de Controle de Doenças, CVS Centro de Vigilância Sanitária. Ambientes e Processo de Trabalho [conteúdo na internet]. São Paulo {acesso em 26 junho 2021}. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/area.asp?at_codigo=4.
4. CFFa - Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução CFFa n. 428 - Dispõe sobre a atuação do fonoaudiólogo na saúde do trabalhador e dá outras providências. Brasília. 02 de março de 2013 [acesso em 26 junho 2021]. Disponível em https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_428_13.htm.
5. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2018. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho – DVRT Protocolos de Complexidade Diferenciada 11.
6. Bastos, L F. Grupos Terapêuticos como Estratégia de Cuidado na Atenção Básica à Saúde: Reflexões a partir de um CAPS AD - Projeto de Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, FIOCRUZ, Camaçari, 2018 [acesso em 26 de junho de 2021]. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/37367/2/TCR%20Liz%20Fontenelle%20Bastos.pdf>.
7. FERREIRA, R P I. Expressividade oral: técnica energética como fonte de um estudo sobre a voz. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Artes, Campinas, SP. 2009 [acesso em 30 de junho de 2021]. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/284083>. Acesso em: 14 ago. 2018.
8. CFFa Conselho Federal de Fonoaudiologia. Lei Nº. 6965, 09 de dezembro de 1981, Dispõe sobre a regulamentação da profissão do fonoaudiólogo, Alíneas “a” e “d” do artigo 3, Capítulo II. Brasília.
9. Jesus, MTA, Ferrite, S, Araújo, TM, Masson, MLV. Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho: revisão integrativa. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional 45. 2020. [acesso em 29 de junho de 2021]. Disponível em <https://doi.org/10.1590/2317-6369000040218>.
10. Ferreira, LP, Andrada e Silva, MA, Giannini, SPP, organizadora. Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho: Práticas fonoaudiológicas. 1.ed. São Paulo: Roca, 2015.

CAPÍTULO 17: A TELEFONOAUDIOLOGIA E O DISTÚRBO DE VOZ RELACIONADO AO TRABALHO – DVRT

Silvia Tavares de Oliveira🔗

Silvia Maria Ramos🔗

Kelly Cristina Alves Silverio🔗

Angélica Emygdio da Silva Antonetti🔗

A Telefonaudiologia é definida como “o exercício da Fonoaudiologia, mediado por tecnologias da informação e comunicação (TICs), para fins de promoção de saúde, do aperfeiçoamento da fala e da voz, assim como para prevenção, identificação, avaliação, diagnóstico e intervenção dos distúrbios da comunicação humana, equilíbrio e funções orofaciais.” Esse termo está definido no Artigo 1º. da Resolução CFFa 580 de 20 de agosto de 2020, e define claramente quais são os objetivos do uso dessa prática pelo Fonoaudiólogo¹.

Desde 2005 a *American Speech and Hearing Association – ASHA* indicou, em seu Código de Ética, que a prática da Telefonaudiologia é apropriada e recomendou que a qualidade dos serviços oferecidos à distância deve ser igual àqueles realizados presencialmente².

O termo Telefonaudiologia foi utilizado pela primeira vez oficialmente e de forma mandatória no Brasil pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, órgão normatizador do exercício profissional do Fonoaudiólogo, na publicação da Resolução CFFa 580/2020 que dispõe sobre a regulamentação da Telefonaudiologia e dá outras providências¹.

Antes da data da publicação dessa resolução o assunto era tratado como Telessaúde, que é definida pela resolução CFFa 366 de 25 de abril de 2009, como “o exercício da profissão por meio das tecnologias de informação e comunicação com utilização de metodologias interativas e de ambientes virtuais de aprendizagem, com os quais poder-se-á prestar assistência, promover educação e realizar pesquisa em Saúde”³.

Em 1º de março de 2013 o Conselho Federal de Fonoaudiologia revogou a resolução CFFa 366 e publicou a resolução 427, atualizando a resolução de 2009, que “dispõe sobre a regulamentação da Telessaúde em Fonoaudiologia”. Essa resolução definiu duas formas de

prestação de serviços em Telessaúde, a forma síncrona, como uma forma de comunicação a distância em tempo real, e a forma assíncrona, aquela não realizada em tempo real. Essa resolução normatizou a prestação de serviços fonoaudiológicos em Teleconsultoria, Segunda opinião formativa, Telediagnóstico, Telemonitoramento, Teleducação e Teleconsulta. A Teleconsulta só poderia ser realizada envolvendo outro fonoaudiólogo ou profissional da saúde de forma presencial, não permitindo ao profissional avaliação clínica, prescrição diagnóstica ou terapêutica à distância. A modalidade de Teleconsulta entre paciente e fonoaudiólogo só poderia englobar ações de orientação, esclarecimento de dúvidas e condutas preventivas⁴.

A prática por meio da Telefonaudiologia ficou mais evidente no Brasil devido ao advento do afastamento social imposto pela pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19), em que as atividades à distância ganharam maior destaque. Acabou por acelerar o acesso à internet e tornou mais comum as relações humanas por meio de computadores e smartphones. Frequentar consultas médicas, psicológicas, fonoaudiológicas, entre tantos outros serviços oferecidos na área da saúde, assim como outras áreas, com ajuda destes dispositivos ficou mais aceitável, com o acesso mais comum e mais facilitado para a população com condições econômicas mais favoráveis.

Houve, portanto, intensificação na proposta de ações em diferentes segmentos da sociedade para que fosse possível dar continuidade ao trabalho e as atuações em saúde sem o contato presencial, incluindo os atendimentos fonoaudiológicos, para que, naquele momento, pudessem ter continuidade. A descontinuidade desses atendimentos poderia causar danos irreparáveis às pessoas atendidas pelo fonoaudiólogo.

Atento a essa questão, o CFFa publicou a Recomendação 18-B que autorizava o uso da Teleconsulta e Telemonitoramento em Fonoaudiologia para todas as atividades de atendimento, desde que se mantivesse a mesma qualidade dos atendimentos presenciais, nos meses de março e abril de 2020⁵. Com o agravamento da pandemia causada por COVID-19, foi publicada então a Recomendação 20, na qual se usa pela primeira vez o termo Telefonaudiologia, não no formato de resolução, mas sim de recomendação, e se amplia o prazo de atendimento para essa modalidade⁶.

Finalmente em 20 de agosto de 2020 foi publicada a Resolução CFFa 580 que “dispõe sobre a regulamentação da Telefonaudiologia e dá outras providências.”¹ Nesse momento regulamenta-se por resolução todas as modalidades de Telefonaudiologia, e essa publicação torna-se um marco histórico para a profissão. Com essa resolução foram normatizados vários aspectos do atendimento à distância, e garantiu-se que essa forma de atendimento se iguale a

forma de atendimento presencial, e que sejam garantidos todos os direitos da pessoa que será atendida.

Acrescenta-se às formas de atendimento, além da síncrona e da assíncrona, a forma híbrida, que envolve os dois modelos, e a automática na qual se registra e se transmite os dados de saúde de um cliente automaticamente, gerando um relatório regular e permitindo alguma forma de monitoramento a distância desses dados.

Importante ressaltar que essa resolução resguarda o sigilo e a privacidade do paciente conforme determina o Código de Ética da Fonoaudiologia, obrigando o fonoaudiólogo ao uso de um ambiente seguro dentro do qual serão oferecidos os serviços, e de metodologias de transmissão e armazenamento de informações que assegurem confidencialidade e segurança.

O sigilo e a privacidade referem-se à maneira pela qual os profissionais devem tratar as informações colhidas no atendimento. A confidencialidade diz respeito à atitude requerida dos profissionais para lidar com as informações advindas desse relacionamento. Os três atributos – sigilo, privacidade e confidencialidade – são deveres profissionais no manuseio da informação, bem como um direito dos clientes⁷.

É imprescindível a utilização de uma plataforma segura em qualquer atividade de Telefonaudiologia para que sejam garantidas a segurança e privacidade dos dados do cliente. O fonoaudiólogo deve verificar se a plataforma utilizada possui parâmetros de verificação, confidencialidade e segurança adequados.

Outro aspecto relevante a ser considerado é a Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD, Lei Nº. 13.709, de 14 de agosto de 2018, que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural⁸.

Nas diretrizes de boas práticas da Telefonaudiologia é possível observar todos os cuidados que devem ser tomados com relação à segurança dos dados, pois exigem maiores cuidados do profissional⁹.

O fonoaudiólogo deve compreender comportamentos e estratégias a serem consideradas antes, durante e após uma interação via videoconferência que possibilitará uma comunicação mais eficaz, reduzindo chances de problemas inerentes à tecnologia⁹.

Estas estratégias fazem parte de uma etiqueta digital e podem ser encontradas no capítulo 7 das Diretrizes de Boas Práticas da Telefonaudiologia, podendo ser acessadas pelo link: <https://www.fonoaudiologia.org.br/wp->

As listas de verificação, publicadas nas diretrizes, norteiam as boas práticas para que o fonoaudiólogo obtenha sucesso no atendimento e fique atento às condições que atendam aos requisitos necessários à boa qualidade do atendimento tanto no seu local de trabalho quanto no local onde o cliente se encontra⁹.

Além das estratégias englobadas na etiqueta digital também é de importância que o profissional utilize habilidades de comunicação efetivas e centradas no cliente, conforme elencadas nas diretrizes de boas práticas⁹ e ressaltadas a seguir:

- Iniciar a consulta com uma conversa “quebra-gelo”: isto propiciará um tempo para avaliar a qualidade do áudio e vídeo e resolver potenciais problemas, antes de prosseguir com a consulta;
- Utilizar perguntas abertas para identificar os objetivos e prioridades do cliente. Isto permite também estruturar a consulta, concentrando maior tempo nas necessidades do cliente;
- Evitar o uso de jargões e termos técnicos já que durante a teleconsulta o cliente pode ficar mais inibido e não interromper o profissional, solicitando esclarecimentos;
- Utilizar escuta ativa: a dominância verbal na consulta deve ser do cliente. Propicie situações para que o cliente / familiar se envolva e se expresse durante a consulta. Faça perguntas abertas e dê o tempo de resposta - não interrompa o cliente enquanto ele estiver falando. Reflita verbalmente sobre o que o cliente disse e busque sua confirmação;
- Permitir que a tomada de decisão seja compartilhada: converse de forma aberta com o cliente sobre o plano de tratamento. Certifique-se que o cliente / familiar conseguiu compreender e está de acordo com este plano;
- Finalizar perguntando se há algo mais que possa ser feito pelo cliente. Fornecer informações de contato de acompanhamento e agradeça pelo tempo dispensado.

Outro fator importante é o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que deve ser solicitado ao cliente, antes do início de qualquer atividade, sendo necessário obter o consentimento informado do cliente ou de seu responsável legal quanto ao uso da telefonaudiologia. O uso do TCLE é uma alternativa eficiente para transmitir a credibilidade do profissional e assegurar ao cliente o sigilo das informações compartilhadas, assim como a segurança de sua imagem⁹.

Conforme descrito nas diretrizes, o termo de consentimento deve ser escrito em linguagem que possa ser facilmente compreendida pelo cliente ou responsável, devendo ser lido e assinado pelo cliente ou responsável, sendo as eventuais dúvidas esclarecidas pelo fonoaudiólogo. Pode ser fornecido no formato em papel ou digital e o fonoaudiólogo deve manter o TCLE no prontuário com uma cópia fornecida ao cliente⁹.

É importante ressaltar que os fonoaudiólogos que prestam serviços via telefonaudiologia devem enviar a declaração autorreferida ao Conselho Regional de sua jurisdição, informando sobre sua experiência na área da telefonaudiologia, conforme determinado na Resolução CFFa Nº. 580/2020¹.

A teleconsulta torna o acesso ao serviço de saúde mais fácil, pois o tempo de deslocamento do indivíduo para encontrar o profissional de saúde é encurtado. A agenda de trabalho, muitas vezes lotada, dificulta a organização de horários que deve incluir o tempo para deslocamento e o tempo de consulta. Pessoas com dificuldades de deslocamento, seja pela dificuldade física do próprio sujeito, seja pela longa distância a ser percorrida para acessar o local do serviço de saúde, passaram a se beneficiar deste tipo de serviço. Considerando intervenções na área de voz, por meio de telefonaudiologia, esses facilitadores podem ajudar na busca por assistência profissional.

Especialmente os professores que constituem uma classe de trabalhadores com frequentes problemas vocais, mas com pouca percepção do desvio vocal e muita resistência na procura por auxílio profissional, a telefonaudiologia pode ser um fator de motivação na busca pela solução do problema. Considerando-se o cenário atual de afastamento social imposto pela COVID-19, é facilmente observado que a docência foi uma das funções que mais sofreu transformações, levando o professor a adequar-se para o ensino online no Brasil, um país marcado pela desigualdade tecnológica.

No que diz respeito à telefonaudiologia na área de voz, alguns cuidados são recomendados para que a intervenção seja efetiva e a experiência seja positiva tanto para o cliente/paciente, como para o terapeuta. Intervenções por meio deste tipo de tecnologia envolvem segurança de dados e privacidade, assim como riscos de vazamento de dados, como abordado anteriormente. O que é importante é que o cliente/paciente esteja ciente e de acordo com os riscos assumidos ao se submeter à teleconsulta. Da mesma forma, recomenda-se que o terapeuta peça privacidade ao cliente/paciente. Preconiza-se que tanto o cliente/paciente quanto o terapeuta estejam em ambiente tranquilo, preferencialmente sozinhos na sala em que ocorrerá a conexão para a teleconsulta e que ambos façam uso de fones de ouvido. Essa recomendação não é apenas para garantir a privacidade de ambos, mas considerando-se o

aprimoramento ou tratamento de voz, os fones de ouvido aumentam a qualidade e a percepção do som para que a análise da voz seja possível, tanto durante a fala quanto durante a execução dos exercícios vocais. Complementarmente, e pelo mesmo motivo, recomenda-se que o microfone esteja integrado aos fones de ouvido, o que é denominado de *headset*, de preferência que seja supra-auricular, com a intenção de isolamento de ruídos externos para que a captação do som seja a melhor possível. Não é recomendado que se utilize o microfone do computador, pois este capta os ruídos ambientais e pode distorcer os sons que atrapalham a percepção da voz do cliente/paciente. Algumas especificações do fone de ouvido podem ajudar ainda mais na captação adequada do som: que tenha uma resposta de transmissão de frequências, preferencialmente de 20 a 20.000 hertz. É necessário ouvir bem as nuances de frequências mais graves durante a realização de alguns exercícios vocais, como shaker, laxvox, vibração de língua.

Tanto fone de ouvido como microfone terão melhor adequação à teleconsulta de voz se tiverem resposta plana, ou seja o mesmo ganho para diversas bandas de frequência. Fones *gamers* são uma boa opção de fones para teleconsultas em voz e têm um bom custo-benefício. Microfones oferecem boa resposta quando apresentam ganho de frequência em torno de 100 a 1000 Hz e é importante que não tenham cancelamento de ruído, possuir adaptação cardióide, direcional, dando ênfase ao som que é captado mais à frente. Alguns computadores ou smartphones têm o próprio cancelamento de ruído automático quando ocorrem sons contínuos, o que atrapalha a percepção do som. Por isso, o fone de ouvido deve ser usado – para evitar também o cancelamento. Saber mexer no painel de controle do computador e fazer ajustes de som tanto para os fones e microfones é uma característica do profissional que ajuda a minimizar os problemas que podem ocorrer durante a teleconsulta em voz.

A qualidade da conexão é um fator que pode atrapalhar a teleconsulta em voz, sujeita a vários tipos de limitações, tanto por parte do cliente/paciente, como por parte do terapeuta: velocidade de acesso à internet, variações na própria rede de internet, placa de som e de vídeo do computador ou do smartphone. A plataforma de acesso é outro fator que merece atenção, pois esta pode limitar ou ajudar a conexão e garantir minimamente a segurança dos dados durante a teleconsulta, assim como tornar possível a adequação do volume de saída e de entrada do som de forma mais fácil. Plataformas específicas para teleconsulta, de acesso pago, geralmente oferecem melhores recursos e facilitam os cuidados e a qualidade da transmissão.

Detalhes quanto ao cenário em que ocorrerá a transmissão tornam a teleconsulta em voz mais efetiva, como o fundo da tela mais neutro, evitando-se muitos objetos que possam distrair a atenção do cliente/paciente; cuidar da iluminação do ambiente, para que seja

possível ver claramente o cliente/paciente e o terapeuta; manter bom enquadramento e postura frente à câmera para que seja possível que o cliente/paciente veja o terapeuta, seus gestos e posturas e vice-versa – para aprimorar esses aspectos, vários vídeos são encontrados na internet, como o recomendado aqui: [Aprendi na web](https://www.youtube.com/watch?v=Pf1rMVOmrzQ&list=PLD2sIcX8WLBKW_e-IzZVzCQSOWc0N-yAE)¹⁰, podendo ser acessado pelo link: (https://www.youtube.com/watch?v=Pf1rMVOmrzQ&list=PLD2sIcX8WLBKW_e-IzZVzCQSOWc0N-yAE).

Geralmente, uma distância em que seja possível ver a parte do tórax e região dos ombros é um enquadramento adequado. No entanto, durante a intervenção em voz, seja aprimoramento ou terapia vocal, em alguns momentos é necessário que o enquadramento mude para mais próximo da tela para observar lábios, laringe, pescoço ou mais longe, para observar movimentos de respiração, por exemplo. A qualidade da cadeira do terapeuta faz toda diferença e deve ser confortável – cadeiras *gamers* são recomendadas.

Há ainda muitas limitações na área de voz, principalmente quanto à percepção da qualidade vocal durante os exercícios, assim como quando é necessária a comparação antes e após exercícios, ou início e final das sessões de intervenção. Gravações de voz ainda são um desafio quando se deseja análises acústicas do sinal. Mas é possível a análise perceptivo-auditiva solicitando-se a gravação de voz no celular do cliente – no gravador do celular – e transmissão por e-mail ou acesso a nuvem de dados da própria plataforma, evitando-se o envio por WhatsApp, tanto por abalar a segurança de dados como por causar compressão da onda sonora e sua distorção. O mercado já oferece programas para computadores em que é possível a gravação de voz por meio da plataforma de transmissão direto para o computador do terapeuta.

Nesta condição de intervenção vocal à distância, a aplicação de princípios da aprendizagem sensório-motora tem sido bastante adequada, pois é comum observarmos pessoas com problemas de voz com dificuldades de percepção para ouvir os sons, como a própria voz do terapeuta e entender adequadamente as instruções sobre como fazer os exercícios, por melhor que sejam os equipamentos na teleconsulta. Pedir para perceber como está fazendo o exercício, como sai o som, se cansa, se faz esforço, é bastante efetivo para que o paciente faça adequadamente o exercício proposto. A resposta é muito rápida quando o paciente percebe o que sente, e quando chega à sensação de “voz fácil”.

Por fim, são necessários estudos que se proponham a investigar o uso da telefonaudiologia em aprimoramento ou terapias de voz e que sejam capazes de avaliar a qualidade, e a efetividade do tipo de tratamento. Além disso, a terapia oferecida por meio de telessaúde necessita ser mais discutida e considerada no Brasil, mas, para que isso ocorra, as

pesquisas por meio de ensaios clínicos são essenciais criando evidência científica que responda questões como viabilidade, aceitabilidade, efetividade, benefícios econômicos e limitações desse tipo de serviço.

Referencias

1. CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Resolução CFFA n ° 580, de 20 de agosto de 2020. Dispõe sobre a regulamentação da telefonaudiologia e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 158, n. 163, p. 131, 25 ago. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-cffa-n-580-de-20-de-agosto-de-2020-273916256>. Acesso em: 30 de junho de 2021.
2. American Speech-Hearing Association. Speech-Language pathologists providing clinical services via telepractice: Technical Report. 2005. Disponível em: <http://www.asha.org/policy>. Acesso em: 30 de junho de 2021.
3. CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Resolução n ° 366, de 25 de abril de 2009. Dispõe sobre a regulamentação do uso do sistema Telessaúde em Fonoaudiologia. Brasília, DF: Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2009. Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_366_09.htm. Acesso em: 30 de junho de 2021.
4. CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Resolução Nº. 427, de 1º de março de 2013. Dispõe sobre a regulamentação da Telessaúde em Fonoaudiologia e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 43, p. 158, 5 mar. 2013. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=05/03/2013&jornal=1&pagina=158>. Acesso em: 30 de junho de 2021.
5. CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Recomendação CFFa Nº. 18-B, de 17 de março de 2020. Brasília, DF: Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2020a. Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wpcontent/uploads/2020/03/Recomendacao_CFFa_18B_2020.pdf. Acesso em: 30 de junho de 2021.
6. CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Recomendação CFFa Nº. 20, 23 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telefonaudiologia durante a crise causada pelo coronavírus (SARSCoV-2). Brasília, DF: Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2020. Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wpcontent/uploads/2020/04/Recomendacao_CFFa_20_2020.pdf. Acesso em: 30 jun. 2021.
7. Massarollo MCKB, Saccardo DP, Zoboli ELCP. Autonomia, privacidade e confidencialidade. In: Oguisso T, Zoboli ELPC. Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. Barueri: Manole; 2006
8. BRASIL. Lei n.o 13.709 de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei n. 12.965 de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 159, n. 157, p. 59-64, 15 ago. 2018. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/36849373/do1-2018-08-15-lei-no-13-709-de-14-de-agosto-de-2018-36849337. Acesso em: 02 de julho de 2021.
9. Lopes AC, Barreira-Nielsen C, Ferrari DV, Campos PD, Ramos SM (org.) Diretrizes de boas práticas em telefonaudiologia. Brasília: Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2020

Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/wp-content/uploads/2020/09/CFFa_Diretrizes_Boas_Praticas_Em_Telefonoaudiologia_VOL1_2020-1.pdf. Acesso em: 30 de junho de 2021.

10. APRENDI NA WEB Faculdade de Arquitetura, Artes, Comunicação e Design - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP Campus de Bauru
Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=Pf1rMVOmrzQ&list=PLD2sIcX8WLBKW_e-IzZVzCQSOWc0N-yAE. Acesso em : 01 de julho de 2021.

PARTE II

CAPÍTULO 1: TRASTORNO DE LA VOZ RELACIONADO CON EL TRABAJO: CONQUISTAS Y DESAFÍOS EN ARGENTINA



María del Carmen Dalmaso

La voz constituye un potente rasgo de identidad personal. La posibilidad de “fonar” nos refleja como quiénes somos y la comunidad a la que pertenecemos, teniendo en cuenta bagajes individuales y colectivos.

En términos generales, se considera uso profesional de la voz, cuando en la actividad realizada, la voz es el elemento comunicador por excelencia. Por lo que, todo trabajador que perciba remuneración por utilizar su voz como instrumento o herramienta laboral es considerado profesional de la voz, cuente o no con entrenamiento previo.

Las afecciones vocales relacionadas al trabajo han sido y continúan siendo motivo de estudio de los profesionales dedicados al área.

En la República Argentina contamos con legislación que incluye accidentes de trabajo desde 1915¹ pero hubo que esperar hasta 1996 para que se promulgara la Ley 24.557, Ley de Riesgos de Trabajo (LRT). Esta Ley se elabora a partir de lineamientos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y listados de enfermedades profesionales de Francia, Colombia y Chile e incluye un listado de enfermedades laborales relacionadas al agente o factor de riesgo en que se incluye a la disfonía como enfermedad profesional (EP). Esta ley ampara a los trabajadores que ejercen en relación de dependencia, del sector público o privado.

Se crea la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), como entidad autárquica en jurisdicción del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de la Nación, cuyas funciones principales son: controlar el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad en el trabajo pudiendo dictar las disposiciones complementarias que resulten de delegaciones de esta ley o de lo Decretos reglamentarios además de supervisar y fiscalizar el funcionamiento de las Aseguradoras de Riesgos de Trabajo (ART), que son entidades no gubernamentales con fines de lucro, que cubrirán las prestaciones del siniestro.

La definición de enfermedad profesional y los factores que la determinan están descriptos como se detalla a continuación:

La noción de enfermedad profesional se origina en la necesidad de distinguir las enfermedades que afectan al conjunto de la población de aquellas que son el resultado directo del trabajo que realiza una persona, porque generan derechos y responsabilidades diferentes que las primeras². La expresión “resultado directo del trabajo que realiza una persona”, es demasiada ambigua para generar un concepto claro y necesita ser acotada para generar la posibilidad de diferenciar las enfermedades profesionales, especialmente las multifactoriales, que no siempre son fáciles de reconocer. Entre los factores que determinan las enfermedades profesionales tenemos: 1) La variabilidad biológica: en relación a un mismo riesgo o condición patógena laboral, no todos enferman y los que enferman no lo hacen todos al mismo tiempo y con la misma intensidad; 2) Multicausalidad: una misma enfermedad puede tener distintas causas o factores laborales y extralaborales. Discriminarlos exige la identificación precisa de cada uno de ellos; 3) Inespecificidad clínica: la mayoría de las enfermedades profesionales no tienen un cuadro clínico específico; y 4) Condiciones de exposición.

Para atribuir el carácter de profesional a una enfermedad es necesario tomar en cuenta algunos elementos básicos que permiten diferenciarlas de las enfermedades comunes:

- AGENTE: debe existir un agente en el ambiente de trabajo que por sus propiedades puede producir un daño a la salud; la noción del agente se extiende a la existencia de condiciones de trabajo que implican una sobrecarga al organismo en su conjunto o a parte del mismo;
- EXPOSICION: debe existir la demostración que el contacto entre el trabajador afectado y el agente o condiciones de trabajo nocivas sea capaz provocar un daño a la salud;
- ENFERMEDAD: debe haber una enfermedad claramente definida en todos sus elementos clínicos, anátomo-patológicos y terapéuticos, o un daño al organismo de los trabajadores expuestos a los agentes o condiciones señalados antes;
- RELACION DE CAUSALIDAD: deben existir pruebas de orden clínico, patológico, experimental o epidemiológico, consideradas aislada o concurrentemente, que permitan establecer una asociación de causa efecto, entre la patología definida y la presencia en el trabajo, de los agentes o condiciones señaladas más arriba.

La conjunción de estos cuatro elementos permite distinguir cuando una enfermedad es o no profesional y establecer las listas de las que serán reconocidas como tales y las condiciones de su reconocimiento.

Para ser considerada la disfonía como EP, el profesional de la voz debe estar expuesto al agente: Sobrecarga en el uso de la voz y presentar las siguientes manifestaciones:

- Disfonía que se intensifica durante la jornada de trabajo y que recurre parcial o totalmente durante los períodos de reposo o vacaciones, sin compromiso de las cuerdas vocales;
- Disfonía persistente que no remite con reposo y se acompaña de edema de cuerdas vocales;
- Nódulos de las cuerdas vocales.

Las actividades que están contempladas son:

- Maestros o profesores de educación básica, media o universitaria;
- Actores profesionales, cantantes y otros trabajadores de las artes y espectáculos;
- Telefonistas.

El decreto 659/96, marca el porcentaje de incapacidad del cual se desprenderá la recalificación laboral y la indemnización. Para su confección se consideró la Tabla de Evaluación de Incapacidades de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSeS) 1994, la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborativas Permanentes (ILP) de la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 1995 y las Normas para la Evaluación y Cuantificación del Grado de Invalidez de los trabajadores afiliados al SISTEMA INTEGRADO DE JUBILACIONES Y PENSIONES, Baremo 1994. La última actualización de los baremos de ILP, se establecen en la Ley 26.773 de 2012.

La resolución 37/10 de la SRT³ incluye el *Cuestionario médico guiado de detección de exposición a factores de riesgo*, y establece como factor determinante de sobrecarga vocal a una exposición de 18 horas-cátedra (equivalentes a 13.5 horas cronológicas). En el caso de que la actividad laboral se desarrolle en diferentes establecimientos, las horas se suman.

La resolución 389/13 de la SRT es la más reciente. Estipula el tipo y modo de evaluación de la disfonía. Indica como examen mínimo una laringoscopia indirecta y sugiere evaluar al damnificado por un equipo interdisciplinario, formado por lo menos por un especialista en otorrinolaringología y una fonoaudióloga entrenada en foniatría. El equipo deberá presentar por escrito un plan terapéutico donde conste objetivos, la cantidad de sesiones, frecuencia, técnicas propuestas, pronóstico y tiempo estimado de tratamiento. El

reposo vocal es parte del tratamiento y la terapia vocal siempre será individual. En esta reglamentación figura una tabla detallada de patologías vocales y su consideración como culpables e inculpables³, siendo las primeras las posiblemente relacionadas a la actividad laboral y las segundas, por factores ajenos al trabajo.

Esta resolución surge de reuniones conjuntas de los representantes de las comisiones médicas de la SRT, gremios docentes y representantes de calidad laboral de la DGCyE de la provincia de Buenos Aires.

El listado de enfermedades es el formulado en el libro: La disfonía ocupacional de la Dra. Farías (2012).

Proceso de diagnóstico y tratamiento

Ante la presencia de disfonía, el profesional de la voz denuncia su dolencia a su empleador, quien la eleva a la ART (Aseguradora de Riesgo de Trabajo) contratada.

La ART cita al damnificado para evaluación médica, quien determina si la EP está relacionada al trabajo; en cuyo caso es derivado a realizar la evaluación laríngea (como mínimo: laringoscopia indirecta). Posteriormente será evaluado por equipo interdisciplinario, formado por un especialista en otorrinolaringología y fonoaudióloga entrenada en foniatría.

El equipo establecerá el plan de tratamiento que formulará por escrito en la historia clínica del paciente. El mismo debe incluir objetivos, técnicas propuestas, cantidad y frecuencia de sesiones, frecuencia de reevaluación. El reposo vocal forma parte de la terapéutica. Se indican sesiones individuales, con una duración de treinta minutos, con una frecuencia de dos sesiones semanales. Para casos de disfonía leve el mínimo de sesiones será ocho.

En caso de no alcanzar los objetivos, el equipo deberá reformular el plan.

Cumplimentado el proceso terapéutico el trabajador tiene tres posibilidades:

- Continuidad terapéutica;
- Alta y reincorporación laboral;
- Recalificación laboral.

La continuidad del tratamiento puede prolongarse. Por ser las disfonías pasibles de tratamiento exitoso no deberá proponerse la recalificación hasta tanto no se haya agotado el intento terapéutico.

En caso de divergencia en las prestaciones (desacuerdo con las prestaciones recibidas) la aseguradora deberá presentar la documentación del damnificado y la Comisión médica

procederá a la evaluación y puede proponer reiniciar el mismo. En caso que corresponda se indica incapacidad laboral permanente (ILP) e inicia el proceso de recalificación. El trabajador será reubicado en un puesto donde no se encuentre expuesto al agente causal e indemnizado según indica el baremo correspondiente.

Otras acciones de evaluación, prevención y promoción de la salud vocal

Durante el período de Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO) dispuesto a partir de la pandemia por Covid-19 los tratamientos se realizaron a través de medios virtuales. Aún no contamos con reportes estadísticos de la efectividad.

La Sociedad Argentina de la Voz inició en 2012 el Consenso Nacional de Evaluación y tratamiento de enfermedades en la Voz profesional. A partir de esta iniciativa se redactaron y publicaron las Guías de práctica clínica para el diagnóstico de la Disfonía⁴.

En diciembre de 2017 se reglamenta la Aptitud Fonoaudiológica por el Consejo General de la Dirección General de Cultura y Educación del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires⁵ a cargo de Equipo Fonoaudiológico en los Institutos Superiores de Formación Docente ISFD fijando como función relevar datos de alteraciones vocales, orientar ejercitación, derivar a tratamiento otorrinolaringológico o fonoaudiológico y realizar el seguimiento del caso hasta su recuperación. En estos establecimientos se incluye un plan de prevención de trastornos vocales.

Podemos clasificar las acciones preventivas en primarias, secundarias y terciarias. Dentro de las acciones primarias se incluyen la promoción de la salud vocal, los exámenes de aptitud, y la formación profesional específica.

Las acciones preventivas secundarias se remiten a la detección temprana de trastornos vocales y las terciarias a la terapia vocal hablada y/o cantada.

Se realizan exámenes de aptitud vocal en los ingresos de las carreras de Locución, Artes e Institutos de formación docente y en carreras como Locución, Canto y Actuación existen planes de educación vocal.

Es el cuidado de la voz en la docencia donde encontramos el mayor exponente de proyectos de acciones, en su mayoría promovidas por agrupaciones gremiales.

Si bien en la documentación presentada en los entes que formulan los planes de formación se indica que el uso de la voz en la docencia no ha de ser espontáneo sino fruto de una técnica aprendida, aún no se ha incorporado la misma en forma sistemática. Se aprobaron

talleres de participación voluntaria y cursos de capacitación con puntaje, pero no planes nacionales de prevención primaria.

Las provincias que cuentan con programas de prevención primaria y secundaria son Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y San Juan. Los mismos son desarrollados por los Ministerios de Salud y Educación. A estos programas se suman acciones privadas, como campañas de difusión y screening vocal organizadas por Gremios de docentes y locutores, la Sociedad Argentina de la Voz y Profesionales en su actividad privada.

El camino recorrido es amplio, aún resta incorporar hábitos saludables y adaptaciones ergonómicas en el ejercicio de los profesionales de la voz.

Referencias

1. http://www.saij.gob.ar/doctrina/dacf000127-banosbreve_resena_historica_riesgos.htm.
2. http://www.safjp.gov.ar/digesto_2/Index/Normas/DECRETOS/dec_658.
3. <https://www.srt.gob.ar/index.php/2016/03/10/disfonias>.
<https://www.argentina.gob.ar/srt/art/pagos-art/incapacidad-laboral-permanente-50>.
http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/pepst/files/2017/02/Res_SRT_37-10.pdf.
4. <http://www.faso.org.ar/revistas/2016/3/16.pdf>.
5. https://isfd52-bue.infed.edu.ar/sitio/upload/anexo_apto_fono_ingles.pdf.

CAPÍTULO 1: DISTÚRBIO DE VOZ RELACIONADO AO TRABALHO: CONQUISTAS E DESAFIOS NA ARGENTINA



María del Carmen Dalmasso 

A voz é um traço de identidade pessoal tão poderoso que a possibilidade de “falar” reflete quem nós somos e a comunidade a que pertencemos, a partir de um conjunto de conhecimentos e experiências individuais e coletivas.

Em termos gerais, o uso profissional da voz ocorre quando a voz é o elemento de comunicação por excelência em determinada atividade. Portanto, é considerado profissional da voz todo trabalhador remunerado para usar a voz como instrumento ou ferramenta de trabalho, independentemente de ter ou não formação prévia para tal.

Dessa forma, os distúrbios vocais relacionados ao trabalho têm sido e continuam sendo objeto de estudo de profissionais da área.

Desde 1915¹ existe uma legislação que regulamenta os acidentes de trabalho na República Argentina, mas apenas em 1996 que a Lei Nº. 24.557, a Lei do Risco Ocupacional (LRT), foi promulgada. Esta Lei se baseia nas diretrizes da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e nas listas de doenças ocupacionais da França, Colômbia e Chile, incluindo uma lista de doenças ocupacionais relacionadas ao agente de risco ou fator no qual a disfonia está incluída como doença ocupacional (DO) Além disso, essa lei protege o trabalhador que trabalha em regime de dependência, seja no setor público ou privado.

Neste contexto, a Superintendência de Riscos do Trabalho (SRT) desenvolveu-se como entidade autárquica vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social da Nação, cujas principais funções são: controlar o cumprimento das normas de higiene e segurança no trabalho, podendo desenvolver as disposições complementares decorrentes das delegações desta lei ou dos decretos regulamentares, além de fiscalizar o funcionamento das Seguradoras de Riscos do Trabalho (ART), que são entidades não governamentais com fins lucrativos que vão custear os benefícios do sinistro.

A definição de doença ocupacional e seus fatores determinantes são descritos a seguir:

O conceito de doença ocupacional origina-se da necessidade de distinguir as doenças que afetam a população em geral daquelas que são o resultado direto das atividades laborais exercidas por uma pessoa, uma vez que implicam em direitos e responsabilidades diferenciados². Por sua vez, a expressão “resultado direto das atividades laborais exercidas por uma pessoa” é muito ambígua para levar a um conceito claro e, como tal, deve ser reduzida para permitir a diferenciação das doenças ocupacionais, especialmente as multifatoriais, que muitas vezes não são fáceis de reconhecer. Existem muitos fatores que determinam as doenças ocupacionais, tais como: 1) Variabilidade biológica: Nem todas as pessoas adoecem em relação ao mesmo risco ou condição patogênica ocupacional e, dentre aqueles que adoecem, nem todos adoecem ao mesmo tempo e no mesmo grau; 2) Causalidade múltipla: A mesma doença pode ter diferentes causas ou fatores laborais e não laborais. Discriminá-los requer a identificação precisa de cada um deles; 3) Inespecificidade clínica: A maioria das doenças ocupacionais não apresenta um quadro clínico específico; 4) Condições de exposição:

Alguns elementos básicos que permitem diferenciar as doenças ocupacionais das comuns devem ser investigados para decidir se uma doença é ocupacional ou não, tais como:

- AGENTE: Deve haver um agente no ambiente de trabalho que possa resultar em danos à saúde devido às suas propriedades; o conceito de agente estende-se à existência de condições de trabalho que impliquem em sobrecarga para o organismo como um todo ou parte dele;
- EXPOSIÇÃO: Deve haver evidências de que o contato do trabalhador afetado com o agente ou com condições de trabalho prejudiciais seja capaz de causar danos à saúde;
- DOENÇA: Deve haver doença claramente definida em todos os seus elementos clínicos, anatomopatológicos e terapêuticos, ou deve haver danos ao organismo dos trabalhadores expostos aos agentes ou condições acima relatados;
- RELAÇÃO DE CAUSALIDADE: Devem existir testes clínicos, patológicos, experimentais ou epidemiológicos, considerados isoladamente ou concomitantemente, que permitam estabelecer uma associação de causa-efeito entre a patologia definida e a presença dos agentes ou condições acima no trabalho.

A combinação destes quatro elementos permite distinguir uma doença profissional de outras doenças e permite estabelecer a lista das doenças que serão reconhecidas como tal e as condições para o seu reconhecimento.

Para que a disfonia seja considerada uma DO, o profissional da voz deve estar exposto a uma sobrecarga no uso da voz (agente), além de apresentar as seguintes manifestações:

- Disfonia que se intensifica durante a jornada de trabalho com recorrência parcial ou total nos períodos de descanso ou férias, sem impacto nas pregas vocais;
- Disfonia persistente que não se resolve com repouso, incluindo a presença de edema de cordas vocais;
- Nódulos nas cordas vocais.

As seguintes funções estão incluídas:

- Professores do ensino fundamental, médio ou superior;
- Atores e cantores profissionais e outros trabalhadores das indústrias de artes e entretenimento;
- Operadores de telefonia.

O Decreto Nº. 659/96 indica a percentagem de deficiência a partir da qual a requalificação e compensação laboral serão derivadas. Para a sua elaboração, os seguintes regulamentos foram homologados: Tabela de Avaliação de Incapacidades e Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho da Administração Nacional de Previdência Social (ANSeS) de 1994; Tabela de Avaliação de Incapacidade Ocupacional Permanente (ILP) da Organização Pan-Americana da Saúde de 1995; e Normas para Avaliação e Quantificação do Grau de Incapacidade dos trabalhadores inscritos no SISTEMA INTEGRADO DE APOSENTADORIA E PENSÕES, Escala 1994. As últimas atualizações das Escalas de ILP estão estabelecidas na Lei Nº. 26.773 de 2012.

A Resolução Nº. 37/10 da SRT³ inclui o *Questionário Médico Orientado para detecção de exposição a fatores de risco*, e estabelece a exposição de 18 horas-aula (equivalente a 13,5 horas cronológicas) como fator determinante de sobrecarga vocal. Deve-se ressaltar que as horas são somadas se a atividade de trabalho ocorrer em locais diferentes.

A Resolução Nº. 389/13 da SRT, que é a mais recente, define o tipo e a forma de avaliação da disfonia. Além disso, indica a laringoscopia indireta como exame mínimo e recomenda a avaliação do paciente por uma equipe interdisciplinar, incluindo pelo menos um especialista em otorrinolaringologia e um fonoaudiólogo com formação em fonoaudiologia. A equipe médica deve apresentar um plano terapêutico por escrito que inclua os objetivos, o número de sessões, a frequência, as técnicas propostas, o prognóstico e o tempo estimado de tratamento. Além disso, o repouso vocal faz parte do tratamento e a terapia vocal deve ser sempre individualizada. Este regulamento também contém uma tabela detalhada das

patologias vocais e sua avaliação, relacionada ao trabalho ou não³, podendo estar relacionada à atividade laboral ou a fatores não relacionados ao trabalho.

Esta resolução foi elaborada a partir de reuniões conjuntas de representantes das comissões médicas da SRT, sindicatos de professores e representantes profissionais da DGCyE da província de Buenos Aires.

Por sua vez, a lista de doenças está disponível no livro “*La disfonía ocupacional*” da Dr^a. Farías (2012).

Processo de diagnóstico e tratamento

Na presença de disfonia, o profissional da voz deve relatar sua doença ao empregador, que deverá encaminhar à ART (Seguradora de Riscos do Trabalho) contratada.

Então, a ART deve agendar o paciente para avaliação médica, a qual determinará se o adoecimento está relacionado às atividades laborais. Nesse caso, o paciente será encaminhado para fazer a avaliação laríngea (pelo menos uma laringoscopia indireta). Posteriormente, o paciente será avaliado por uma equipe interdisciplinar, incluindo um especialista em otorrinolaringologia e um fonoaudiólogo com formação em fonoaudiologia.

A equipe deverá estabelecer o plano de tratamento que será fornecido por escrito no prontuário do paciente, o qual deverá incluir objetivos, técnicas propostas, número e frequência das sessões e frequência de reavaliação, além do repouso vocal, como parte da terapia. Recomendam-se sessões individuais de trinta minutos, pelo menos duas vezes por semana. Nesse contexto, recomenda-se o mínimo de 8 sessões para os casos de disfonia leve.

Em qualquer caso ou grau, a equipe deve reformular o plano caso não atinja os objetivos.

Após concluir o processo terapêutico, o trabalhador tem três possibilidades:

- Continuar a terapia;
- Receber alta e voltar ao trabalho;
- Recolocação profissional.

A continuidade do tratamento pode ser prolongada e, como a disfonia está sujeita a um tratamento com sucesso, não se deve propor a recolocação profissional até que a tentativa terapêutica tenha sido exaurida.

Em caso de divergência sobre os benefícios (desacordo com os benefícios recebidos), a seguradora deverá encaminhar a documentação do paciente à Comissão Médica que procederá à avaliação e poderá propor a reinicialização. No entanto, se uma Deficiência

Ocupacional Permanente for encontrada, o processo de realocação profissional deve ser iniciado. Dessa forma, o profissional será realocado para uma posição onde não fique exposto ao agente causal e será indenizado de acordo com a escala correspondente.

Ações complementares de avaliação, prevenção e promoção da saúde vocal

Todos os tratamentos foram realizados por meios virtuais durante todo o período de Isolamento Social Preventivo Obrigatório para o combate à pandemia da COVID-19. No entanto, ainda não existem relatórios estatísticos sobre a eficácia.

Em 2012, a Sociedade Argentina de Voz (SAV) deu início ao Consenso Nacional para Avaliação e Tratamento de Doenças da Voz Profissional. Em seguida, as Diretrizes de Prática Clínica para o diagnóstico de Disfonia foram escritas e publicadas com base nesta iniciativa⁴.

Em dezembro de 2017, a Aptidão Fonoaudiológica foi regulamentada pelo Conselho Geral da Secretaria Geral de Cultura e Educação do Governo da Província de Buenos Aires⁵ responsável pela Equipe de Fonoaudiologia dos Institutos Superiores de Formação de Professores (ISFD), estabelecendo a função de coletar dados sobre alterações vocais, orientar exercícios, referentes à otorrinolaringologia ou fonoaudiologia, e acompanhar o caso até a recuperação. Essas instituições incluem um plano de prevenção de distúrbios vocais.

As ações preventivas podem ser classificadas em primárias, secundárias e terciárias. As ações primárias incluem promoção da saúde vocal, testes de aptidão e formação profissional específica.

Já as ações preventivas secundárias referem-se à detecção precoce dos distúrbios vocais, enquanto as ações terciárias referem-se à terapia vocal falada e/ou cantada.

Os testes de aptidão vocal são realizados no início das carreiras dos institutos de Fonoaudiologia e Formação de Professores, e também há planos de formação vocal em carreiras como Fonoaudiologia, Canto e Atuação.

O cuidado da voz no ensino é o maior expoente dos projetos de ação, em sua maioria promovidos por entidades sindicais.

Embora a documentação apresentada nas entidades que formulam os planos de formação recomende que o uso da voz no ensino não seja espontâneo, mas sim fruto de uma técnica aprendida, esta questão ainda não foi sistematicamente incorporada. Apesar da aprovação de workshops de participação voluntária e cursos de treinamento, não existem planos nacionais de prevenção primária.

As províncias que contam com programas de prevenção primária e secundária, desenvolvidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação, são Buenos Aires, Córdoba, Santa Fé e San Juan. Além dos programas, há iniciativas privadas, como campanhas de divulgação e projeções vocais organizadas por Sindicatos de professores e locutores, a Sociedade Argentina da Voz e Profissionais em sua atividade privada.


Portanto, apesar do longo caminho percorrido, hábitos saudáveis e adaptações ergonômicas ainda devem ser incorporados às atividades dos profissionais da voz.

Referências

1. http://www.saij.gob.ar/doctrina/dacf000127-banosbreve_resena_historica_riesgos.htm.
2. http://www.safjp.gov.ar/digesto_2/Index/Normas/DECRETOS/dec_658.
3. <https://www.srt.gob.ar/index.php/2016/03/10/disfonias>.
<https://www.argentina.gob.ar/srt/art/pagos-art/incapacidad-laboral-permanente-50>.
http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/pepst/files/2017/02/Res_SRT_37-10.pdf.
4. <http://www.faso.org.ar/revistas/2016/3/16.pdf>.
5. https://isfd52-bue.infed.edu.ar/sitio/upload/anexo_apto_fono_ingles.pdf.

CHAPTER 1: WORK-RELATED VOICE DISORDER: ACHIEVEMENTS AND CHALLENGES IN ARGENTINA



María del Carmen Dalmaso 

The voice is such a powerful personal identity trait that the possibility of “speaking” reflects who we are and the community to which we belong, based on a set of individual and collective knowledge and experiences.

In general terms, the professional use of the voice occurs when the voice is the communication element par excellence in a certain activity. Therefore, any worker who is paid to use his/her voice as a work instrument or tool is considered a voice professional, whether or not this person has previous training.

As a result, work-related vocal disorders have been and continue to be the subject of study by professionals focused on the area.

Since 1915¹, there has been legislation regulating work accidents in the Argentine Republic, but it took until 1996 for Law No. 24,557, the Labor Risk Law (LRT) to be enacted. This Law is based on guidelines of the International Labor Organization (ILO) and lists of occupational diseases of France, Colombia and Chile, including a list of occupational diseases related to the risk agent or factor in which dysphonia is included as an occupational disease (OD). In addition, this law protects workers who work in a dependency relationship, whether in the public or private sector.

In this context, the Superintendency of Labor Risks (SRT) was developed as an autarkic entity under the Ministry of Labor and Social Security of the Nation, whose main functions are: to control compliance with hygiene and safety regulations at work, being able to develop the complementary provisions resulting from delegations of this law or the regulatory Decrees, in addition to supervising the operation of the Labor Risk Insurance Companies (ART), which are non-governmental for-profit entities that will cover the benefits of the claim.

The definition of occupational disease and its determining factors are described as follows:

The concept of occupational disease originates from the need to distinguish diseases that affect the population as a whole from those that are the direct result of the work activities carried out by a person, since they lead to different rights and responsibilities². In turn, the expression “direct result of the work activities carried out by a person” is too ambiguous to lead to a clear concept and, as such, it needs to be narrowed down to allow differentiating occupational diseases, especially multifactorial diseases, which are often not easy to recognize. There are many factors that determine occupational diseases, such as: 1) Biological variability: Not all people get sick in relation to the same risk or occupational pathogenic condition, and those who get sick do not all get sick at the same time and to the same degree; 2) Multiple causality: The same disease may have different causes or work and non-work factors. Discriminating them requires the precise identification of each of them; 3) Clinical non-specificity: Most occupational diseases do not have a specific clinical picture; and 4) Exposure conditions.

Some basic elements that make it possible to differentiate occupational diseases from common diseases must be investigated to decide whether a disease is occupational or not, such as:

- AGENT: There must be an agent in the work environment that may lead to damage to health due to its properties; the concept of the agent extends to the existence of working conditions that imply an overload to the organism as a whole or to part of it;
- EXPOSURE: There must be evidence that contact between the affected worker and the agent or harmful working conditions is capable of causing damage to health;
- DISEASE: There must be a clearly defined disease in all its clinical, anatomic-pathological and therapeutic elements, or damage to the organism of workers exposed to the agents or conditions reported above;
- CAUSALITY RELATIONSHIP: There must be clinical, pathological, experimental or epidemiological tests, considered alone or concurrently, that allow establishing a cause-effect association between the defined pathology and the presence of the agents or conditions above at work.

The combination of these four elements makes it possible to distinguish an occupational disease from other diseases and to establish the lists of those that will be recognized as such and the conditions for their recognition.

For dysphonia to be considered an OD, the voice professional must be exposed to an overload in the use of the voice (agent), in addition to having the following manifestations:

- Dysphonia that intensifies during the work day with partial or total recurrence during periods of rest or vacations, without no impact on the vocal cords;
- Persistent dysphonia that does not resolve with rest, including the presence of vocal cord edema;
- Nodules on the vocal cords.

The following roles are included:

- Teachers or professors of primary, middle or higher education;
- Professional actors, singers and other workers in the arts and entertainment industries;
- Telephone operators.

Decree No. 659/96 indicates the percentage of disability from which the job requalification and compensation will be derived. The following regulations were endorsed in order to prepare it: the Table for the Assessment of Work-related Impairment and Occupational Diseases of the National Administration of Social Security (ANSeS) of 1994, the Table for the Assessment of Permanent Occupational Disabilities (ILP) of the Pan American Health Organization of 1995 and the Standards for the Evaluation and Quantification of the Degree of Disability of the workers enrolled in the INTEGRATED SYSTEM OF RETIREMENTS AND PENSIONS, 1994 Scale. The latest update of the ILP Scales are established in the Law No. 26,773 of 2012.

Resolution No. 37/10 of the SRT³ includes the *Guided Medical Questionnaire for the detection of exposure to risk factors*, and establishes an exposure of 18 hours-lecture (equivalent to 13.5 chronological hours) as a determining factor of vocal overload. It should be noted that the hours are added up if the work activity takes place in different places.

Resolution No. 389/13 of the SRT, which is the most recent, defines the type and mode of evaluation of dysphonia. In addition, it indicates an indirect laryngoscopy as a minimum examination and recommends assessing the patient by an interdisciplinary team, including at least one specialist in otorhinolaryngology and a speech-language pathologist trained in speech therapy. The medical team must present a written therapeutic plan including objectives, the number of sessions, frequency, proposed techniques, prognosis and estimated treatment time. Furthermore, vocal rest is part of the treatment and vocal therapy should always be individual. This regulation also contains a detailed table of vocal pathologies and their assessment, as work-related or not³, being possibly related to work activity or to factors not related to work.

This resolution was developed from joint meetings of the representatives of the medical commissions of the SRT, teachers' unions and professional representatives of the DGCyE of the province of Buenos Aires.

In turn, the list of diseases is available in the book called "*La disfonía ocupacional*" by Dr. Farías (2012).

Diagnostic and treatment process

When dysphonia is present, the voice professional must report his/her illness to the employer, who must refer to the contracted ART (Labor Risk Insurance Company).

Then, ART must schedule the patient for medical evaluation, which will determine if the illness is related to work activities; in which case the patient will be referred to perform the laryngeal evaluation (at least an indirect laryngoscopy). Subsequently, the patient will be evaluated by an interdisciplinary team, including a specialist in otorhinolaryngology and a speech-language pathologist trained in speech therapy.

The team must establish the treatment plan that will be provided in writing in the patient's medical record, which must include objectives, proposed techniques, number and frequency of sessions and frequency of re-evaluation, in addition to vocal rest, as part of the therapy. Individual sessions of thirty minutes are recommended, at least twice a week. In this context, the minimum of 8 sessions is recommended for cases of mild dysphonia.

In any case or degree, the team must reformulate the plan if it does not achieve the objectives.

Once the therapeutic process has been completed, the worker has three possibilities:

- To continue therapy;
- To be discharged and return to work;
- Occupational change.

The continuity of treatment can be prolonged and, once dysphonia is subject to successful treatment, an occupational change should not be proposed until the therapeutic attempt has been exhausted.

In case of divergence in the benefits (disagreement with the benefits received), the insurance company must submit the documentation of the patient to the Medical Commission that will proceed to the evaluation and may propose to restart it. However, if a Permanent Occupational Disability (ILP) is found, the occupational change process begins. Thus, the

professional will be relocated to a position where they are not exposed to the causal agent and will be compensated according to the corresponding scale.

Additional actions for the evaluation, prevention and promotion of vocal health

All treatments were carried out through virtual means during the entire period of Mandatory Preventive Social Isolation (ASPO) arranged to combat the COVID-19 pandemic. However, we still do not have statistical reports of the effectiveness.

In 2012, the Argentine Voice Society (SAV) started the National Consensus for the Assessment and Treatment of Diseases in the Professional Voice. Then, the Clinical Practice Guidelines for the diagnosis of Dysphonia were written and published based on this initiative⁴.

In December 2017, the Speech-Language Pathology Aptitude was regulated by the General Council of the General Office of Culture and Education of the Government of the Province of Buenos Aires⁵ in charge of the Speech-Language Pathology Team in the Higher Institutes of Teacher Qualification (ISFD), setting the function of collecting data on vocal alterations, guiding exercises, referring to otorhinolaryngology or speech-language pathology, and monitoring the case until recovery. These institutions include a plan for the prevention of vocal disorders.

Preventive actions can be classified into primary, secondary and tertiary. The primary actions include the promotion of vocal health, aptitude tests, and specific professional training.

In turn, secondary preventive actions refer to the early detection of vocal disorders and tertiary actions refer to spoken and/or singing vocal therapy.

Vocal aptitude tests are carried out when beginning the careers of Speech, Arts and Teacher Qualification institutes, and there are also plans for vocal education in careers such as Speech, Singing and Acting.

Care of the voice in teaching is the greatest exponent of action projects, mostly promoted by union groups.

Although the documentation presented in the entities that formulate the training plans recommends that the use of the voice in teaching should not be spontaneous, but rather the result of a learned technique, it has not yet been systematically incorporated. Despite the approval of voluntary participation workshops and training courses, there are no national plans for primary prevention.

The provinces that have primary and secondary prevention programs, which are developed by the Ministries of Health and Education, are Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe and San Juan. In addition to the programs, there are private initiatives, such as dissemination campaigns and vocal screening organized by Unions of teachers and announcers, the Argentine Voice Society and Professionals in their private activity.

Therefore, despite the long road traveled, healthy habits and ergonomic adaptations must still be incorporated into the exercise of voice professionals.

References

1. http://www.saij.gob.ar/doctrina/dacf000127-banosbreve_resena_historica_riesgos.htm.
2. http://www.safjp.gov.ar/digesto_2/Index/Normas/DECRETOS/dec_658.
3. <https://www.srt.gob.ar/index.php/2016/03/10/disfonias>.
<https://www.argentina.gob.ar/srt/art/pagos-art/incapacidad-laboral-permanente-50>.
http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/pepst/files/2017/02/Res_SRT_37-10.pdf.
4. <http://www.faso.org.ar/revistas/2016/3/16.pdf>.
5. https://isfd52-bue.infed.edu.ar/sitio/upload/anexo_apto_fono_ingles.pdf.

CAPÍTULO 2: O DISTÚRBO DE VOZ RELACIONADO AO TRABALHO NO BRASIL



Maria Lúcia Vaz Masson 

Flávia Regina Macedo Gonçalves 

Estudos evidenciam elevados índices de alterações vocais em docentes devido a precárias condições de trabalho¹⁻⁴. Revisão integrativa demonstrou uma maioria de professores (80,9%), com 44,2% de prevalência e 17% de incidência de distúrbios da voz. Ruído (25,5%), carga horária de trabalho extensa (17,0%) e alergias (14,9%) apresentaram-se como fatores associados mais presentes⁵.

A busca pelo reconhecimento do distúrbio de voz relacionado ao trabalho (DVRT) no Brasil demonstra uma trajetória não linear, caracterizada por conquistas e reveses⁶, num percurso de 24 anos. A primeira fase teve como marco histórico a realização do VII Seminário de Voz da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), momento em que se disparou o debate sobre a disfonia voz como doença ocupacional^{6,7}.

Esse período foi marcado mais fortemente por ações técnico-científicas e políticas do que propriamente traduzido em ações jurídicas as quais pudessem estabelecer formalmente a relação entre distúrbio de voz e trabalho. Dentre as iniciativas técnico-científicas e políticas, destacam-se: a) Seminários de Voz da PUC-SP; b) 3º Consenso de Voz Profissional; c) Programas de saúde vocal em professores⁶. Além disso, as Campanhas de Voz⁸ criadas em 1999 pela Associação Brasileira de Laringologia e Voz (ABLV) e, posteriormente, conduzidas também pela Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa) e Associação Brasileira de Otorrinolaringologia (ABORL-CCF), assumiram um papel de grande relevância ao divulgar a importância sobre os seus cuidados. O dia 16 de abril foi oficialmente estabelecido como dia nacional da voz (Lei Nº. 11.708/2008), sendo uma iniciativa brasileira comemorada internacionalmente⁹.

Sobre as ações no âmbito legal, a proposta inicial para o reconhecimento do DVRT (2004) foi estabelecida junto à Previdência Social. Identifica-se, no Decreto Nº. 3048/99 (em substituição ao revogado de 1997), o embrião do nexos causal entre distúrbio de voz e trabalho ao considerar agravos no “aparelho fonador” na situação de “perturbação da palavra”⁶.

Embora não houvesse, à época, elementos para uma interpretação pericial unânime, observam-se registros de benefícios por auxílio-acidente na base de dados da Previdência Social decorrentes de alterações vocais^{10,11}.

Pesquisa demonstrou cerca de 200 trabalhadores contemplados com benefício acidentário por DVRT¹². Na série histórica de 1999 a 2012, ocorreu pico nos anos de 2004 e 2005 com maior frequência para os códigos **J38** (214 casos em 2004), seguido pelo **R49** (59 casos em 2005) e **J37** (32 casos em 2005), conforme listados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10), coincidente com o momento em que a primeira versão do documento (2004) foi divulgada no XIV Seminário de Voz da PUC-SP com a participação e apoio do CEREST-SP.

No ano de 2009, durante a realização do XIX Seminário de Voz da PUC-SP foi apresentada uma nova versão do documento com o apoio do CEREST-RJ, agora centrada na notificação compulsória do DVRT. Com o objetivo de monitorar a ocorrência de casos suspeitos ou confirmados em Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), a notificação deveria ser realizada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do DATASUS⁶. Como o distúrbio de voz não constava na lista de notificação compulsória do MS, uma estratégia encontrada foi o estabelecimento de listas locais. Nesse sentido, o estado do Rio de Janeiro tornou-se pioneiro (CI-SS/SESDEC/SAS/SVS/CVAST/DS Trab. Nº. 518/2008, Resolução SES Nº. 674/2013)^{11,13}, sendo seguido pelo estado de Alagoas (Portaria SES-AL Nº. 206/2012) e município de Niterói (Portaria SMS Nº. 96/2014)⁶. Mais recentemente, um grupo de fonoaudiólogas do estado de São Paulo, em cooperação com o CEREST-SP, elaborou uma ficha de notificação individual do DVRT de modo a compor banco de dados específico do FormSUS¹⁴.

Um dos grandes desafios relativos à notificação compulsória é o registro do agravo nos devidos formulários. Tal situação tem como decorrência a subnotificação, implicando numa compreensão distorcida da realidade na qual, aparentemente, os trabalhadores não adoecem mais por determinado agravo. A Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) é um exemplo. Apesar de apresentar uma das mais elevadas prevalências de doenças relacionadas ao trabalho, no período de 2013-2015 só houve informação do agravo no SINAN em 5% dos municípios brasileiros¹⁵. Além das dificuldades de notificação junto ao SINAN, o registro em listas locais apresenta vulnerabilidade adicional, tanto em termos de padronização de protocolos, recebimento dos casos notificados, quanto em relação à composição de um sistema único, de modo a se ter um panorama nacional dos agravos à saúde a serem monitorados.

Embora sem relação direta com o reconhecimento do DVRT, a norma regulamentadora NR-17 (Portaria SIT Nº. 09/2007) também merece destaque por considerar os parâmetros mínimos para o trabalho, particularmente em atividades de teleatendimento/telemarketing^{10,11}.

Considerando o exposto, a Figura 1 sumariza os principais eventos relativos ao reconhecimento do DVRT no Brasil em sua primeira fase, desde o debate inicial sobre o entendimento do distúrbio de voz como agravo relacionado ao trabalho, os caminhos encontrados para a sua formalização e a produção de documentos que culminaram na primeira Consulta Pública do Protocolo DVRT.

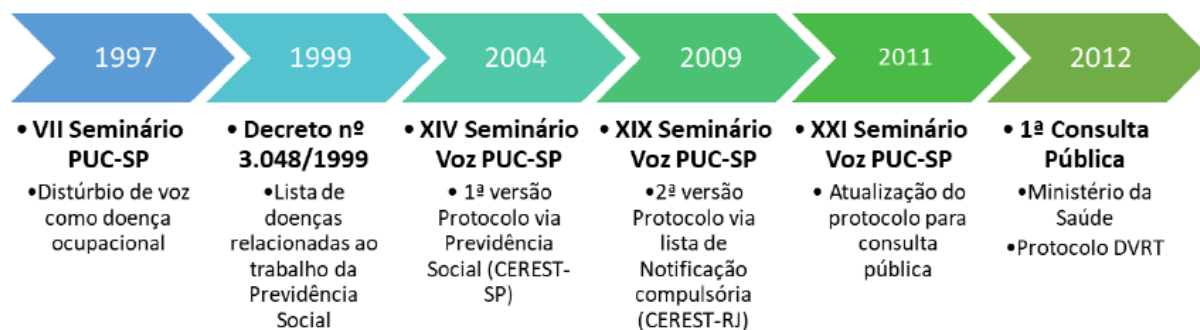


Figura 1: Principais eventos que marcaram a 1ª fase da busca do reconhecimento do distúrbio de voz relacionado ao trabalho no Brasil (1997-2012).

Houve um período de latência, após a primeira Consulta Pública, caracterizando a 2ª fase da busca do reconhecimento formal do DVRT. A partir de 2016, retornaram-se as discussões com a nova equipe técnica da Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador do Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (CGSAT/DSASTE/SVS/MS), tendo como respaldo científico o projeto de pesquisa “Há evidências suficientes para reconhecer o distúrbio de voz como doença relacionada ao trabalho?” sobre evidências do DVRT, proposto pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) em parceria com instituições nacionais (PUC-SP, Estácio de Sá e Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS) e internacionais (*University College London* - UCL-Reino Unido)^{6,16}.

Em 2017, a convite da CGSAT/DSASTE/SVS/MS, ocorreu uma oficina com especialistas e órgãos de classe¹⁶ para a revisão e atualização do documento, culminando na versão final do Protocolo DVRT, com o objetivo de orientar os profissionais do Sistema Único e Saúde (SUS) – dos serviços públicos e privados - para “(...) identificar, notificar e subsidiar as ações de vigilância dos casos de DVRTs e de seus determinantes.”¹⁷. Registra-se,

também, a criação do Grupo de Trabalho – “GT Saúde do Trabalhador: DVRT/PAIR” pela SBFa, proposto no “Fórum DVRT/PAIR”, durante o X Congresso Internacional de Fonoaudiologia da SBFa (2019). Com o GT está sendo possível ampliar o debate, dar maior visibilidade aos agravos fonoaudiológicos em Saúde do Trabalhador, além de realizar a capacitação profissional, particularmente junto ao DVRT, numa parceria com o Conselho Federal de Fonoaudiologia.

Nesta 2ª fase, além da publicação do Protocolo DVRT também se iniciaram trocas de experiências internacionais com países da América Latina (Colômbia e Chile), por meio dos Seminários de Voz e Trabalho da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); com a Europa (por exemplo, Reino Unido, Bélgica, Itália, Finlândia e Polônia) e Estados Unidos (*MGH Voice Center/Harvard Medical School*), nos Simpósios de Voz Ocupacional realizados na UCL-Reino Unido.

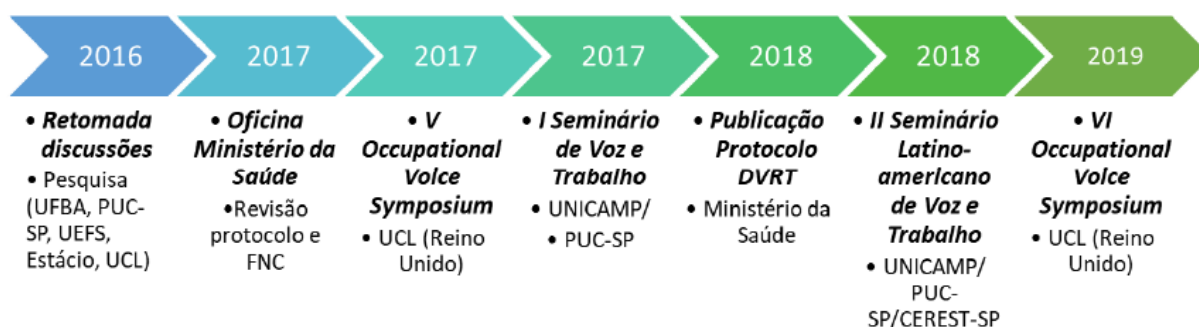


Figura 2: Movimento de internacionalização (2ª fase), caracterizado pela troca de experiências entre países da América Latina, Europa e Estados Unidos sobre o distúrbio de voz relacionado ao trabalho (2016-2019).

A 3ª fase do reconhecimento do DVRT é demarcada pela Consulta Pública para a “Atualização da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT)”, ocorrida no final de 2019 e início de 2020. Para tanto, um grupo de fonoaudiólogas da UNICAMP, PUC-SP, CEREST-SP e UFBA elaborou um tutorial com orientações sobre a manutenção da PAIR e inclusão do DVRT, o qual foi amplamente divulgado.

Após 23 anos de luta, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS Nº. 2.309/2020, incluindo o DVRT na nova LDRT, sendo o “trabalho com sobrecarga vocal” o principal fator de risco, com os agravantes “fatores psicossociais relacionados à característica e organização do trabalho” e “fatores relacionados ao ambiente de trabalho”, listado na CID-10 pelos códigos: **J04.2**; **J37.1**; **J38**; **J38.2** e **R49**. No dia seguinte à sua publicação, a nova LDRT foi revogada (Portaria GM/MS Nº. 2.345/2020) sendo ripristinada a antiga lista (Portaria GM/MS Nº. 2.384/2020), a qual não incluía o DVRT¹⁶. (Figura 3).

Essa situação gerou grande repercussão em entidades envolvidas com o tema. A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH/FIOCRUZ) e a Frente Ampla em Defesa da Saúde do Trabalhador, por exemplo, manifestaram-se em defesa da nova lista visando o fortalecimento e a garantia dos direitos dos trabalhadores. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicou duas normativas (Recomendação “*ad referendum*” Nº. 058/2020 e Resolução Nº. 643/2020) reconhecendo a lista atualizada. A Bahia instituiu localmente a nova LDRT sendo o primeiro Estado brasileiro a reconhecê-la (Portaria SESAB Nº. 31/2021). Projetos de lei encontram-se em tramitação junto à Câmara dos Deputados (PDL Nº. 388/2020) e Senado Federal (PDL Nº. 396/2020) propondo a sustar os efeitos das portarias que revogam a lista atual e reprimam a antiga.



Figura 3: Principais iniciativas pelo reconhecimento formal do distúrbio de voz como doença relacionada ao trabalho (3ª fase) no Brasil (2020-2021).

Observa-se, assim, que inicialmente o protocolo DVRT (2004) possuía foco na Previdência Social. No documento seguinte (2009), o foco foi redirecionado para a notificação compulsória, sendo objeto de nova revisão (2011) para Consulta Pública (2012). Em 2020, quando finalmente ocorreu a inclusão do DVRT na nova lista de doenças relacionadas ao trabalho, houve a sua revogação e repristinação da lista antiga, ocasionando forte impacto social.

A Fonoaudiologia teve um papel relevante enquanto formadora de conhecimento científico ao perceber a necessidade de analisar as características do ambiente e da organização do trabalho e não somente fatores individuais no DVRT⁷.

A associação entre distúrbio vocal e o ambiente de trabalho foi necessária para se obter respostas ao entendimento desse adoecimento como uma questão de natureza coletiva, de modo a não culpabilizar o indivíduo pelo agravo vocal resultante da exposição a fatores de risco decorrentes de sua ocupação⁶. Desta forma, consubstancia-se a relação entre agravo-

trabalho nos distúrbios de voz, sendo essencial para a implementação de serviços de vigilância ocupacional, ações e intervenções em termos de políticas públicas educacionais¹⁸.

Considerações Finais

Durante o percurso pelo reconhecimento do DVRT no Brasil, observaram-se conquistas e retrocessos, sendo possível identificar três fases: 1^a) elaboração de protocolos e busca de caminhos para a formalização do distúrbio de voz como agravo relacionado ao trabalho; 2^a) movimento de internacionalização, com troca de experiências entre países da América Latina, Europa e EUA; e 3^a) Inclusão/exclusão do DVRT na LDRT e suas repercussões sociopolíticas e institucionais. Nesse sentido, a mobilização da sociedade e entidades representativas proporcionaram uma maior visibilidade ao adoecimento ocupacional. O DVRT, assim como qualquer agravo relacionado ao trabalho, pressupõe ações específicas de promoção, proteção, reabilitação e vigilância em saúde, visando melhores condições de trabalho e qualidade de vida, de modo a fortalecer o direito à saúde dos trabalhadores em seu pleno exercício profissional.

Referências

1. Araújo TM, Carvalho FM. Condições de trabalho docente e saúde na Bahia: estudos epidemiológicos. Educ. Soc., Campinas [internet]. 2009 [acesso em 30 junho 2021]; 30 (107): 427-449. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>.
2. Cutiva LCC, Vogel I, Burdorf A. Voice disorders in teachers and their associations with work-related factors: a systematic review. J Commun Disord [internet] 2013 [acesso em 30 junho 2021]; 46(2):143-55. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23415241>.
3. Martins RH, Pereira ER, Hidalgo CB, Tavares EL. Voice disorders in teachers. A review. J Voice [internet] 2014 [acesso em 30 junho 2021];28(6):716-24. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24929935>.
4. Cutiva LC. Associação entre uso da voz ocupacional e ocorrência de distúrbios da voz: Distúrbios da voz e trabalho. Areté [internet] 2018 [acesso em 30 junho 2021]; 18 (2):1. Disponível em: <https://arete.ibero.edu.co/article/view/art.18201/pdf>.
5. Jesus MTA, Ferrite S, Araújo TM, Masson MLV. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho: revisão integrativa. Rev. bras. saúde ocup [internet] 2020 [acesso em 30 junho 2021]; 45. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/YhD6tp4xQRgTxP7zbCnDSpg/?lang=pt>.
6. Masson ML, Ferrite S, Pereira L M, Ferreira LP, Araújo TM. Em busca do reconhecimento do distúrbio de voz como doença relacionada ao trabalho: movimento histórico-político. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2019 mar [acesso em 30 junho 2021]; 24 (3): 805-816. Disponível em:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000300805&lng=en.
7. Ferreira LP, Bernardi AP. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho: resgate histórico. *Distúrb Comum* [internet] 2011 [acesso em 30 junho 2021]; 23(2):233-236. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/8285>.
 8. Dornelas R, Giannini S, Ferreira L. Campanhas de Voz: uma iniciativa para cuidados em saúde. *Distúrb Comun* [internet]. 2014 [acesso em 30 junho 2021]; 26(3):606-611. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/18219>.
 9. Svec JG, Behlau M. April 16th: The World Voice Day [Editorial]. *Folia Phoniatr Logop* [internet]. 2007 [acesso em 30 junho 2021]; 59:53-54. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17337894>.
 10. Ferraciu CCS, Almeida MS. O distúrbio de voz relacionado ao trabalho do professor e a legislação atual. *Rev. CEFAC* [internet] 2014 [acesso em 30 junho 2021]; 16 (2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/9v3C8yLPL3gZwxq7vhZCBPD/?lang=pt>.
 11. Przysieszny PE, Przysieszny LTS. Work-related voice disorder. *Braz Otorhinolaryngol* [internet] 2015 [acesso em 30 junho 2021]; 81(2):202-211. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bjorl/a/XbLsBsfLhy4t6yWmh6GrCqw/?lang=en>.
 12. Barreto, EB. Afastamentos por problemas de voz de acordo com a base de dados histórico de acidentes do trabalho. Salvador: Faculdade de Fonoaudiologia da UFBA; 2015. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Fonoaudiologia.
 13. D'Oliveira C, Torres F. Notificação do Distúrbio de Voz relacionado ao Trabalho: relato de experiência pioneira no Brasil. *Distúrb Comum*[internet]. 2011 [acesso em 30 junho 2021]; 23(1):97-99. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/8071>.
 14. Ferreira LP, Nakamura HY, Zampieri E, Constantini AC. Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho: proposta de uma ficha de notificação individual. *Distúrb Comum* [internet]. 2018 [acesso em 30 junho 2021]; 30(1). Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/32201>.
 15. Gusmão AC, Meira TC, Ferrite S. Fatores associados à notificação de perda auditiva induzida por ruído no Brasil, 2013-2015: estudo ecológico. *Epidemiol. Ser. Saúde* [internet] 2021 [acesso em 30 junho 2021]; 30(2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/WVcs7bbpPwT9TvP8yqTkGMR/?lang=pt>.
 16. Masson ML, Ferreira LP, Giannini SP, Souza MT, Maeno M, Gândara ME et al. Distúrbio de voz: reconhecimento revogado junto com a nova lista de doenças relacionadas ao trabalho. *Rev. bras. saúde ocup.* [Internet]. 2020 [acesso em 30 junho 2021]; 45: e32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572020000100102&lng=pt.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho – DVRT [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 02 julho 2021]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/disturbio_voz_relacionado_trabalho_dvrt.pdf.
 18. Medeiros AM, Vieira MT. Ausência ao trabalho por distúrbio vocal de professoras da educação básica no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet] 2019 [acesso em 30 junho 2021]; 35(sup1). Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/711/ausencia-ao-trabalho-por-disturbio-vocal-de-professores-da-educacao-basica-no-brasil>.

CAPÍTULO 2: TRASTORNO DE LA VOZ RELACIONADO CON EL TRABAJO EN BRASIL



Maria Lúcia Vaz Masson

Flávia Regina Macedo Gonçalves

Algunos estudios muestran altas tasas de alteraciones vocales en los docentes como resultado de las precarias condiciones laborales¹⁻⁴. Una revisión integradora mostró a los docentes como la mayoría (80,9%), con una prevalencia del 44,2% y una incidencia del 17% de trastornos de la voz. En este sentido, el ruido (25,5%), la sobrecarga de trabajo (17,0%) y las alergias (14,9%) fueron reportados como los factores asociados más presentes⁵.

A lo largo de 24 años, ha habido una trayectoria no destacada, con logros y retrocesos⁶ en la búsqueda del reconocimiento del Trastorno de la Voz Relacionado con el Trabajo (TVRT) en Brasil. Un hito en la primera fase fue el VII Seminario de Voz en la Pontificia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), que generó una gran discusión sobre la disfonía de la voz como enfermedad ocupacional^{6,7}.

Además, este período incluyó más acciones técnico-científicas y políticas que acciones legales, lo que podría establecer formalmente la relación entre el trastorno de la voz y el trabajo. Las siguientes iniciativas se destacaron entre las acciones técnico-científicas y políticas: a) Seminarios de Voz en la PUC-SP; b) 3^{ro} Consenso de la Voz Profesional; c) Programas de salud vocal para docentes⁶. Además, las Campañas de Voz⁸ que fueron desarrolladas en 1999 por la Academia Brasileña de Laringología y Voz (ABLV) y luego realizadas por la Sociedad Brasileña de Fonoaudiología (SBFa) y la Asociación Brasileña de Otorrinolaringología y Cirugía Cérvico-Facial (ABORL-CCF), tienen un papel muy importante en dar a conocer la importancia de la voz y su cuidado. Establecido inicialmente como el Día Nacional de la Voz en Brasil (Ley N°. 11.708 / 2008), el 16 de abril se convirtió en el Día Mundial de la Voz, una iniciativa brasileña celebrada internacionalmente⁹.

En el ámbito legal, se presentó a la Seguridad Social la propuesta inicial para el reconocimiento del TVRT (2004). En este contexto, el Decreto N°. 3048/99 (que sustituye al Decreto de 1997) fue el primer paso hacia la vinculación causal entre el trastorno de la voz y el trabajo considerando los daños en el “aparato vocal” en la situación de “alteración del

habla”⁶. Aunque no había elementos para una evaluación experta unánime en ese momento, existen registros de los beneficios de compensación al trabajador como resultado de alteraciones vocales en la base de datos del Seguro Social^{10, 11}.

Además, un estudio encontró casi 200 trabajadores que recibieron beneficios de compensación laboral como resultado de TVRTs¹². Hubo un pico entre 2004 y 2005 en la serie histórica de 1999 a 2012, con una mayor frecuencia para los códigos **J38** (214 casos en 2004), **R49** (59 casos en 2005) y **J37** (32 casos en 2005), según se enumeran en la Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Décima Revisión (CIE-10), que coincide con la publicación de la primera versión del documento (2004) en el XIV Seminario de Voz de la PUC-SP, con la participación y apoyo del CEREST-SP.

Una nueva versión del documento centrada en la notificación obligatoria del TVRT fue presentada en 2009, durante el XIX Seminario de Voz de la PUC-SP, con el apoyo del CEREST-RJ. Para monitorear la ocurrencia de casos sospechosos o confirmados en Vigilancia en Salud Ocupacional (VISAT), la notificación se debe realizar en la Base de Datos del Registro de Casos Brasileños (SINAN) de DATASUS⁶. Como el trastorno de la voz no estaba en la lista de notificación obligatoria del Ministerio de Salud, se desarrollaron listas locales como estrategia. En este sentido, el estado de Río de Janeiro se convirtió en pionero (CI-SS/SESDEC/SAS/SVS/CVAST/DS Directiva N°. 518/2008, Resolución SES N°. 674/2013)^{11,13}, seguido por el estado de Alagoas (Directiva SES-AL N°. 206/2012) y el municipio de Niterói (Directiva SMS N°. 96/2014)⁶. Más recientemente, un grupo de fonoaudiólogos del estado de São Paulo, con el apoyo de CEREST-SP, preparó un formulario de notificación individual para el TVRT con el fin de preparar una base de datos específica para el FormSUS¹⁴.

Cabe señalar que registrar el daño en los formularios correspondientes es uno de los principales desafíos relacionados con la notificación obligatoria. Esta situación se traduce en un subregistro de casos, lo que lleva a una comprensión incorrecta de la realidad en la que los trabajadores parecen no enfermarse más debido a una determinada causa. Esto se reporta en algunas enfermedades, como la Pérdida Auditiva Inducida por Ruido (PAIR) que, a pesar de tener una de las prevalencias más altas de enfermedades laborales, fue reportada en el SINAN por solo el 5% de los municipios brasileños entre 2013-2015¹⁵. Además de las dificultades de notificación en el SINAN, el registro en listas locales tiene una vulnerabilidad adicional, tanto en términos de estandarización de protocolos y recepción de casos notificados, como en el

desarrollo de un sistema único, a fin de tener un panorama nacional de enfermedades de la salud a vigilar.

Si bien no existe una relación directa con el reconocimiento de TVRTs, también se debe mencionar la norma reguladora NR-17 (Directiva SIT No. 09/2007) que establece los parámetros mínimos para trabajos, especialmente en actividades de teleservicio/telemarketing^{10,11}.

Considerando lo anterior, la Figura 1 resume los principales hechos relacionados con el reconocimiento del TVRT en Brasil en su primera fase, desde las discusiones iniciales, así como la comprensión del trastorno de la voz como enfermedad laboral, hasta los caminos hacia su formalización y la producción de documentos que llevaron a la primera Consulta Pública del Protocolo TVRT.



Figura 1: Principales acontecimientos de la 1ª fase de la búsqueda del reconocimiento del trastorno de la voz relacionado con el trabajo en Brasil (1997-2012).

Luego, hubo un período de latencia luego de la primera Consulta Pública, que caracterizó la 2ª fase de la búsqueda de un reconocimiento formal del TVRT. A partir de 2016, hubo nuevas discusiones con el nuevo equipo técnico de la Coordinación General de Salud Ocupacional del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional y Vigilancia de Emergencias de Salud Pública de la Secretaría de Vigilancia en Salud del Ministerio de Salud (CGSAT/DSASTE/SVS/MS), con el apoyo científico del proyecto de investigación “*Há evidências suficientes para reconhecer o distúrbio de voz como doença relacionada ao trabalho?*” sobre evidencias del TVRT, propuesto por la Universidade Federal da Bahia (UFBA) en alianza con instituciones nacionales (PUC-SP, Estácio de Sá e Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS) e internacionales (*University College London - UCL, Reino Unido*)^{6,16}.

En 2017, se realizó un taller con especialistas y organismos profesionales¹⁶ por invitación del CGSAT/DSASTE/SVS/MS, que revisó y actualizó el documento, resultando en la versión final del Protocolo TVRT, con el objetivo de orientar a los profesionales del

Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil - desde los servicios públicos y privados - a “(...) identificar, notificar y apoyar las acciones de vigilancia en los casos de TVRT y sus determinantes”¹⁷. Además, el Grupo de Trabajo - “Grupo de Trabajo de Salud de los Trabajadores: TVRT/PAIR” fue creado por la SBFa, como se propuso en el “Foro TVRT/PAIR”, durante el X Congreso Internacional de Fonoaudiología del SBFa (2019). El Grupo de Trabajo ha permitido ampliar la discusión y dar mayor visibilidad a los trastornos del habla y el lenguaje en la Salud del Trabajador, además de realizar una formación profesional, en particular con el TVRT, en alianza con el Consejo Federal Brasileño de Fonoaudiología y Audiología.

Además de la publicación del Protocolo TVRT, esta 2^{da} fase también incluyó intercambios de experiencias internacionales con países de América Latina (Colombia y Chile), a través de los Seminarios de Voz y Trabajo de la Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); así como con países europeos (por ejemplo, Reino Unido, Bélgica, Italia, Finlandia y Polonia) y Estados Unidos (*MGH Voice Center/Harvard Medical School*), junto con los Simposios de Voz Ocupacional celebrados en la UCL (UK).

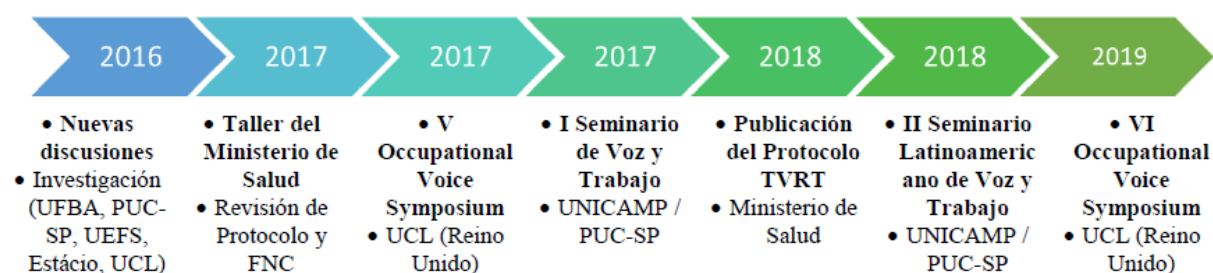


Figura 2: Movimiento de internacionalización (2^{da} fase), que incluye el intercambio de experiencias entre países de América Latina, Europa y Estados Unidos sobre el trastorno de la voz relacionado con el trabajo (2016-2019).

La 3^{ra} fase del reconocimiento del TVRT incluyó la Consulta Pública para la “Actualización del Listado de Enfermedades Laborales (LEL)”, que se llevó a cabo a finales de 2019 y principios de 2020. Para ello, un grupo de fonoaudiólogos de la UNICAMP, PUC-SP, CEREST-SP y UFBA prepararon un guía con pautas sobre el tratamiento del NIHL y la inclusión del WRVD, el cual fue ampliamente difundido.

Luego de 23 años de esfuerzos, el Ministerio de Salud publicó la Directiva GM/MS N°. 2309/2020, incluyendo el TVRT en el nuevo LEL, siendo el “trabajo con sobrecarga vocal” el principal factor de riesgo, con agravantes como “factores psicosociales relacionados con la característica y organización del trabajo” y “factores relacionados con el entorno laboral”, enumerados en la CIE-10 por los códigos: **J04.2**; **J37.1**; **J38**; **J38.2** y **R49**. Sin embargo, el nuevo LEL fue revocado (Directiva GM/MS N°. 2.345/2020) al día siguiente de

su publicación, y el listado anterior (Directiva GM/MS N°. 2.384/2020), que no incluía el TVRT, entró nuevamente en vigencia¹⁶, generando así un gran impacto en las entidades involucradas en el tema.

Como resultado, muchas instituciones, como la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO), el Centro de Estudios de Salud de los Trabajadores y Ecología Humana (CESTEH/FIOCRUZ) y el Frente Amplio en Defensa de la Salud de los Trabajadores (*Frente Ampla em Defesa da Saúde do Trabalhador*), apoyaron públicamente la nueva lista con el objetivo de fortalecer y garantizar los derechos de los trabajadores. A su vez, el Consejo Nacional de Salud (CNS) de Brasil publicó dos reglamentos (Recomendación “*ad referendum*” N°. 058/2020 y Resolución N°. 643/2020) reconociendo la lista actualizada. Así, el estado de Bahía instituyó localmente el nuevo LEL como el primer estado brasileño en reconocer la lista actualizada (Directiva SESAB N°. 31/2021). Además, hay proyectos de ley en trámite con la Cámara de Diputados (Proyecto de Ley N°. 388/2020) y el Senado Federal (Proyecto de Ley N°. 396/2020) que proponen frenar los efectos de las directivas que derogaron la lista actual y han puesto a la lista anterior en vigor de nuevo.



Figura 3: Principales iniciativas para el reconocimiento formal del trastorno de la voz como enfermedad laboral (3^{ra} etapa) en Brasil (2020-2021).

Cabe señalar que el protocolo TVRT (2004) se centró inicialmente en la Seguridad Social. Luego el documento se centró en la notificación obligatoria en la siguiente revisión (2009), siendo objeto de una nueva revisión (2011) para Consulta Pública (2012). En 2020, cuando finalmente se incluyó el TVRT en la nueva lista de enfermedades relacionadas con el trabajo, se revocó la lista actualizada y la lista anterior volvió a entrar en vigor, lo que generó un fuerte impacto social.

En este sentido, la fonoaudiología jugó un papel significativo en la promoción del conocimiento científico y mostrando la necesidad de evaluar las características del entorno y la organización del trabajo y no solo los factores individuales en el TVRT⁷.

La asociación entre el trastorno vocal y el ambiente laboral fue necesaria para fortalecer la comprensión de esta enfermedad como un asunto de carácter colectivo, para no culpar al individuo por el trastorno vocal derivado de la exposición a factores de riesgo derivados de su ocupación⁶. De esta forma, se establece la relación entre las enfermedades laborales en los trastornos de la voz, que es fundamental para la implementación de los servicios, acciones e intervenciones de vigilancia ocupacional en materia de políticas públicas educativas¹⁸.

Consideraciones Finales

Fueron muchos los logros y retrocesos durante el camino hacia el reconocimiento del TVRT en Brasil, que se dividió en tres fases: 1) Elaboración de protocolos y búsqueda de formas de formalizar el trastorno de la voz como enfermedad laboral; 2) Internacionalización con intercambio de experiencias entre países de América Latina, Europa y Estados Unidos; y 3) Inclusión/exclusión del TVRT en el LEL y sus impactos sociopolíticos e institucionales. En este sentido, la movilización de la sociedad y las instituciones representativas brindó mayor visibilidad a la enfermedad ocupacional. Como ocurre con toda lesión laboral, el TVRT implica acciones específicas de promoción, protección, rehabilitación y vigilancia de la salud, con el objetivo de mejorar las condiciones laborales y la calidad de vida, con el fin de fortalecer el derecho a la salud de los trabajadores en su ejercicio profesional.

Referencias

1. Araújo TM, Carvalho FM. Condições de trabalho docente e saúde na Bahia: estudos epidemiológicos. Educ. Soc., Campinas [internet]. 2009 [acesso em 30 junho 2021]; 30 (107): 427-449. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>.
2. Cutiva LCC, Vogel I, Burdorf A. Voice disorders in teachers and their associations with work-related factors: a systematic review. J Commun Disord [internet] 2013 [acesso em 30 junho 2021]; 46(2):143-55. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23415241>.
3. Martins RH, Pereira ER, Hidalgo CB, Tavares EL. Voice disorders in teachers. A review. J Voice [internet] 2014 [acesso em 30 junho 2021];28(6):716-24. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24929935>.
4. Cutiva LC. Associação entre uso da voz ocupacional e ocorrência de distúrbios da voz: Distúrbios da voz e trabalho. Areté [internet] 2018 [acesso em 30 junho 2021]; 18 (2):1. Disponível em: <https://arete.ibero.edu.co/article/view/art.18201/pdf>.
5. Jesus MTA, Ferrite S, Araújo TM, Masson MLV. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho: revisão integrativa. Rev. bras. saúde ocup [internet] 2020 [acesso em 30 junho

- 2021]; 45. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/YhD6tp4xQRgTxP7zbCnDSpg/?lang=pt>.
6. Masson ML, Ferrite S, Pereira L M, Ferreira LP, Araújo TM. Em busca do reconhecimento do distúrbio de voz como doença relacionada ao trabalho: movimento histórico-político. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2019 mar [acesso em 30 junho 2021]; 24 (3): 805-816. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000300805&lng=en.
 7. Ferreira LP, Bernardi AP. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho: resgate histórico. *Distúrb Comum* [internet] 2011 [acesso em 30 junho 2021]; 23(2):233-236. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/8285>.
 8. Dornelas R, Giannini S, Ferreira L. Campanhas de Voz: uma iniciativa para cuidados em saúde. *Distúrb Comun* [internet]. 2014 [acesso em 30 junho 2021]; 26(3):606-611. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/18219>.
 9. Svec JG, Behlau M. April 16th: The World Voice Day [Editorial]. *Folia Phoniatr Logop* [internet]. 2007 [acesso em 30 junho 2021]; 59:53-54. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17337894>.
 10. Ferraciu CCS, Almeida MS. O distúrbio de voz relacionado ao trabalho do professor e a legislação atual. *Rev. CEFAC* [internet] 2014 [acesso em 30 junho 2021]; 16 (2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/9v3C8yLPL3gZwxq7vhZCBPD/?lang=pt>.
 11. Przysieszny PE, Przysieszny LTS. Work-related voice disorder. *Braz Otorhinolaryngol* [internet] 2015 [acesso em 30 junho 2021]; 81(2):202-211. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bjorl/a/XbLsBsflHy4t6yWmh6GrCqw/?lang=en>.
 12. Barreto, EB. Afastamentos por problemas de voz de acordo com a base de dados histórico de acidentes do trabalho. Salvador: Faculdade de Fonoaudiologia da UFBA; 2015. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Fonoaudiologia.
 13. D'Oliveira C, Torres F. Notificação do Distúrbio de Voz relacionado ao Trabalho: relato de experiência pioneira no Brasil. *Distúrb Comum*[internet]. 2011 [acesso em 30 junho 2021]; 23(1):97-99. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/8071>.
 14. Ferreira LP, Nakamura HY, Zampieri E, Constantini AC. Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho: proposta de uma ficha de notificação individual. *Distúrb Comum* [internet]. 2018 [acesso em 30 junho 2021]; 30(1). Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/32201>.
 15. Gusmão AC, Meira TC, Ferrite S. Fatores associados à notificação de perda auditiva induzida por ruído no Brasil, 2013-2015: estudo ecológico. *Epidemiol. Ser. Saúde* [internet] 2021 [acesso em 30 junho 2021]; 30(2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/WVcs7bbpPwT9TvP8yqTkGMR/?lang=pt>.
 16. Masson ML, Ferreira LP, Giannini SP, Souza MT, Maeno M, Gândara ME et al. Distúrbio de voz: reconhecimento revogado junto com a nova lista de doenças relacionadas ao trabalho. *Rev. bras. saúde ocup.* [Internet]. 2020 [acesso em 30 junho 2021]; 45: e32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572020000100102&lng=pt.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho – DVRT [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 02 julho 2021]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/disturbio_voz_relacionado_trabalho_dvrt.pdf.
 18. Medeiros AM, Vieira MT. Ausência ao trabalho por distúrbio vocal de professoras da educação básica no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet] 2019 [acesso em 30 junho 2021];

35(sup1). Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/711/ausencia-ao-trabalho-por-disturbio-vocal-de-professores-da-educacao-basica-no-brasil>.

CHAPTER 2: WORK-RELATED VOICE DISORDER IN BRAZIL



Maria Lúcia Vaz Masson 

Flávia Regina Macedo Gonçalves 

Some studies show high rates of vocal changes in teachers as a result of precarious working conditions¹⁻⁴. An integrative review showed teachers as the majority (80.9%), with a 44.2% prevalence and 17% incidence of voice disorders. In this sense, noise (25.5%), excessive workload (17.0%) and allergies (14.9%) were reported as the most present associated factors⁵.

Over 24 years, there has been a non-distinguished trajectory, with achievements and setbacks⁶ in the search for recognition of work-related voice disorder (WRVD) in Brazil. A milestone in the first phase was the 7th Voice Seminar held at the Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), which led to a great discussion on voice dysphonia as an occupational disease^{6,7}.

Furthermore, this period included more technical-scientific and political actions than legal actions that could formally establish the relationship between voice disorder and work. The following initiatives stood out among the technical-scientific and political actions: a) Voice Seminars at PUC-SP; b) 3rd Professional Voice Consensus; c) Vocal health programs for teachers⁶. In addition, the Voice Campaigns⁸, which were developed in 1999 by the Brazilian Academy of Laryngology and Voice (ABLV) and then held by the Brazilian Society of Speech-Language Pathology and Audiology (SBFa) and the Brazilian Association of Otorhinolaryngology and Cervical-Facial Surgery (ABORL-CCF), had a very important role in disclosing the importance of the voice and its care. Initially established as the Brazilian National Voice Day (Law No. 11.708/2008), April 16th became the World Voice Day, a Brazilian initiative celebrated internationally⁹.

In the legal scope, the initial proposal for the recognition of the WRVD (2004) was presented to Social Security. In this context, Decree No. 3048/99 (replacing Decree of 1997) was the first step towards the causal link between voice disorder and work, considering harms in the “vocal apparatus” in the situation of “speech disturbance”⁶. Although there were no

elements for a unanimous expert evaluation at the time, there are records of worker's compensation benefits resulting from vocal alterations in the Social Security database^{10,11}.

In addition, one study found nearly 200 workers who received worker's compensation benefits as a result of WRVD¹². The historical series from 1999 to 2012 recorded a peak in 2004 and 2005 with a higher frequency for codes **J38** (214 cases in 2004), **R49** (59 cases in 2005) and **J37** (32 cases in 2005), as listed in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – 10th Revision (ICD-10), which coincides with the release of the first version of the document (2004) at the 14th Voice Seminar at PUC-SP, with the participation and support of CEREST-SP.

A new version of the document focused on the compulsory notification of the WRVD was presented in 2009, during the 19th Voice Seminar at PUC-SP, with the support of CEREST-RJ. In order to monitor the occurrence of suspected or confirmed cases of a certain disease through the Occupational Health Surveillance (VISAT), the notification should be carried out in DATASUS's Brazilian Case Registry Database (SINAN)⁶. As voice disorder was not on the Ministry of Health's mandatory notification list, local lists were developed as a strategy. In this sense, the state of Rio de Janeiro became a pioneer (CI-SS/SESDEC/SAS/SVS/CVAST/DS Directive No. 518/2008, Resolution SES No. 674/2013)^{11,13}, being followed by the state of Alagoas (Directive SES-AL No. 206/2012) and the municipality of Niterói (Directive SMS No. 96/2014)⁶. More recently, a group of speech-language pathologists from the state of São Paulo, with the support of CEREST-SP, prepared an individual notification form for the WRVD in order to prepare a specific database for FormSUS¹⁴.

It should be noted that registering the injury on the appropriate forms is one of the major challenges related to the mandatory notification. This situation results in underreporting of cases, leading to an incorrect understanding of the reality in which workers do not seem to get sick anymore due to a certain injury. This is reported in some diseases, such as Noise-Induced Hearing Loss (NIHL) which, despite having one of the highest prevalence of work-related illnesses, was reported in SINAN by only 5% of Brazilian municipalities between 2013-2015¹⁵. In addition to the difficulties of notification in SINAN, the registration in local lists has an additional vulnerability, both in terms of standardizing protocols and receiving notified cases, as well as in the development of a single system, in order to have a national panorama of diseases health to be monitored.

Although there is no direct relationship with the recognition of the WRVD, the regulatory standard NR-17 (Directive SIT No. 09/2007), must also be mentioned. Annex II

sets out the minimum parameters for working, especially in teleservice/telemarketing activities^{10,11}.

Given the above, Figure 1 summarizes the main events related to the recognition of the WRVD in Brazil in its first phase, from the initial discussions, as well as the understanding of voice disorder as a work-related injury, the journey towards its formalization and the production of documents that led to the first Public Consultation of the WRVD Protocol.

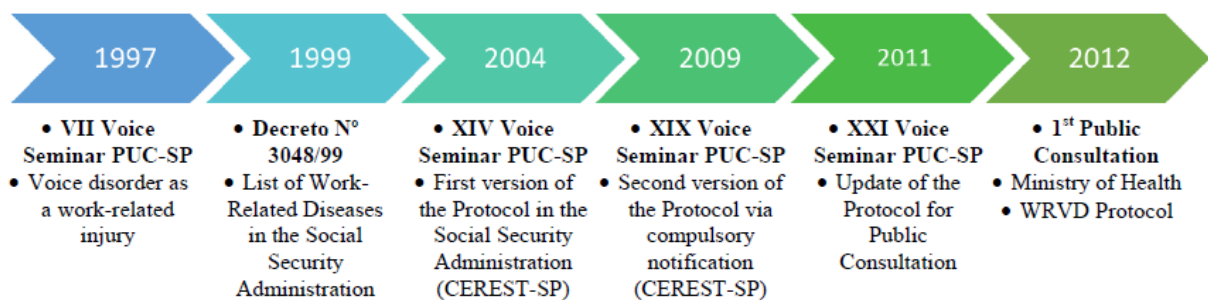


Figure 1: Main events during the 1st phase of the search for recognition of work-related voice disorder in Brazil (1997-2012).

Then, there was a latency period after the first Public Consultation, characterizing the 2nd phase of the search for a formal recognition of the WRVD. As of 2016, there were new discussions with the new technical team of the General Coordination of Occupational Health of the Department of Environmental and Occupational Health and Public Health Emergency Surveillance of the Health Surveillance Secretariat of the Ministry of Health (CGSAT/DSASTE/SVS/MS), with the scientific support of the research project “*Há evidências suficientes para reconhecer o distúrbio de voz como doença relacionada ao trabalho?*” on evidence of the WRVD, proposed by the Universidade Federal da Bahia (UFBA), in partnership with national (PUC-SP, Estácio de Sá e Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS) and international (University College London - UCL, UK) institutions^{6,16}.

In 2017, a workshop was held with specialists and professional bodies¹⁶ following an invitation from the CGSAT/DSASTE/SVS/MS, which reviewed and updated the document, resulting in the final version of the WRVD Protocol, aiming to guide professionals from the Brazilian Unified Health System (SUS) - from public and private services - to “(...) identify, notify and support surveillance actions in cases of WRVD and their determinants.”¹⁷ In addition, the Working Group – “Worker’s Health Working Group: WRVD/NIHL” was developed by the SBFa, as proposed in the “WRVD/NIHL Forum”, during the 10th International Congress of Speech-Language Pathology of the SBFa (2019). The Working

Group has allowed to broaden the discussion and provide greater visibility to speech-language disorders in worker's health, in addition to carrying out professional training, particularly with the WRVD, in partnership with the Brazilian Federal Council of Speech-Language Pathology and Audiology.

In addition to the publication of the WRVD Protocol, this 2nd phase also included exchanges of international experiences with Latin American countries (Colombia and Chile), through the Voice and Work Seminars of the Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); as well as with European countries (e.g. United Kingdom, Belgium, Italy, Finland and Poland) and the United States (MGH Voice Center/Harvard Medical School), together with the Occupational Voice Symposia held at the UCL (UK).

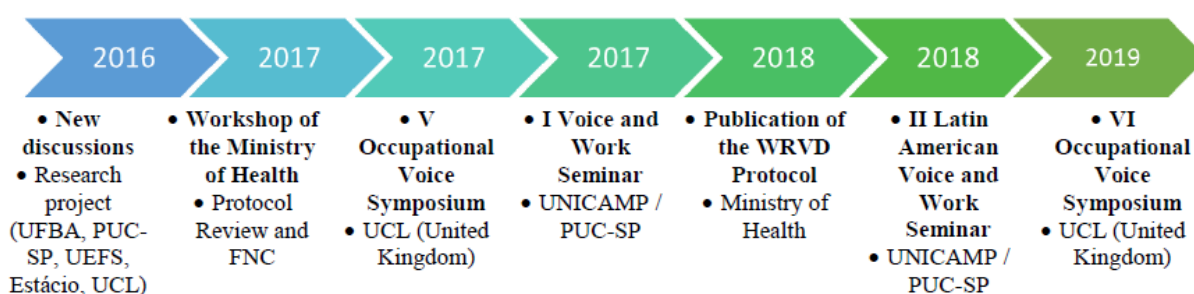


Figure 2: Internationalization movement (2nd phase), including the exchange of experiences between countries in Latin America, Europe and the United States on work-related voice disorder (2016-2019).

The 3rd phase of the recognition of the WRVD included the Public Consultation for the “Update of the List of Work-Related Diseases (LWRD)”, which took place in late 2019 and early 2020. To this end, a group of speech-language pathologists from UNICAMP, PUC-SP, CEREST-SP and UFBA prepared a tutorial with guidelines on the treatment of the NIHL and inclusion of the WRVD, which was widely disseminated.

After 23 years of efforts, the Ministry of Health published the Directive GM/MS No. 2309/2020, including the WRVD in the new LWRD, with “work with vocal overload” being the main risk factor, with aggravating factors such as “psychosocial factors related to the characteristic and organization of work” and “factors related to the work environment”, listed in the ICD-10 by the codes: **J04.2**; **J37.1**; **J38**; **J38.2** and **R49**. However, the new LWRD was revoked (Directive GM/MS No. 2.345/2020) the day after its publication, and the old list (Directive GM/MS No. 2.384/2020), which did not include the WRVD, entered into force again¹⁶, thus generating a great impact on entities involved with the subject (Figure 3).

As a result, many institutions, such as the Brazilian Association of Collective Health (ABRASCO), the Center for the Study of Workers Health and Human Ecology

(CESTEH/FIOCRUZ) and the Broad Front in Defense of Workers' Health (*Frente Ampla em Defesa da Saúde do Trabalhador*), publicly supported the new list aiming to strengthen and guarantee workers' rights. In turn, the Brazilian National Health Council (CNS) published two regulations (Recommendation “*ad referendum*” No. 058/2020 and Resolution No. 643/2020) recognizing the updated list. Thus, the state of Bahia locally instituted the new LWRD as the first Brazilian state to recognize the updated list (Directive SESAB No. 31/2021). In addition, there are bills in progress with the Chamber of Deputies (Bill No. 388/2020) and the Federal Senate (Bill No. 396/2020) proposing to halt the effects of the directives that revoked the current list and have put the old list into effect again.

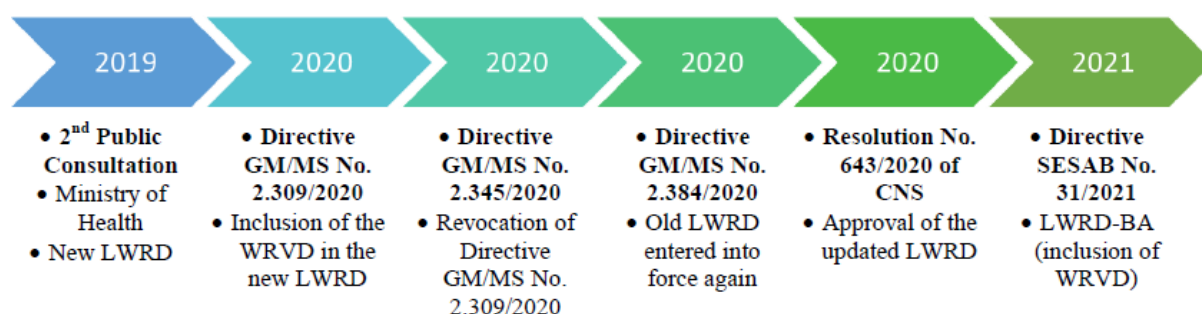


Figure 3: Main initiatives for the formal recognition of voice disorder as a work-related illness (3rd stage) in Brazil (2020-2021).

It should be noted that the WRVD protocol (2004) was initially focused on Social Security. Then the document focused on compulsory notification in the following review (2009), being the object of a new review (2011) for Public Consultation (2012). In 2020, when the WRVD was finally included in the new list of work-related diseases, the updated list was revoked and the old list came back into effect, leading to a strong social impact.

In this sense, speech-language pathology played a significant role in promoting scientific knowledge and showing the need to assess the characteristics of the environment and work organization and not only individual factors in the WRVD⁷.

The association between vocal disorder and the work environment was necessary to strengthen the understanding of this illness as a matter of a collective nature, so as not to blame the individual for their vocal disorder, resulting from exposure to risk factors arising from their occupation⁶. In this way, the relationship between work-related injuries in voice disorders is established, which is essential for the implementation of occupational surveillance services, actions and interventions in terms of educational public policies¹⁸.

Final Considerations

There were many achievements and setbacks during the journey towards the recognition of the WRVD in Brazil, which was divided into three phases: 1) Preparation of protocols and search for ways to formalize voice disorder as a work-related injury; 2) Internationalization with exchange of experiences between countries in Latin America, Europe and the USA; and 3) Inclusion/exclusion of the WRVD in the LWRD and its sociopolitical and institutional impacts. In this sense, the mobilization of society and representative institutions provided greater visibility to occupational illness. As with any work-related injury, the WRVD implies specific health promotion, protection, rehabilitation and surveillance actions, aiming at better working conditions and quality of life, in order to strengthen the workers' right to health in their professional practice.

References

1. Araújo TM, Carvalho FM. Condições de trabalho docente e saúde na Bahia: estudos epidemiológicos. *Educ. Soc.*, Campinas [internet]. 2009 [acesso em 30 junho 2021]; 30 (107): 427-449. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>.
2. Cutiva LCC, Vogel I, Burdorf A. Voice disorders in teachers and their associations with work-related factors: a systematic review. *J Commun Disord* [internet] 2013 [acesso em 30 junho 2021]; 46(2):143-55. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23415241>.
3. Martins RH, Pereira ER, Hidalgo CB, Tavares EL. Voice disorders in teachers. A review. *J Voice* [internet] 2014 [acesso em 30 junho 2021];28(6):716-24. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24929935>.
4. Cutiva LC. Associação entre uso da voz ocupacional e ocorrência de distúrbios da voz: Distúrbios da voz e trabalho. *Areté* [internet] 2018 [acesso em 30 junho 2021]; 18 (2):1. Disponível em: <https://arete.iberu.edu.co/article/view/art.18201/pdf>.
5. Jesus MTA, Ferrite S, Araújo TM, Masson MLV. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho: revisão integrativa. *Rev. bras. saúde ocup* [internet] 2020 [acesso em 30 junho 2021]; 45. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/YhD6tp4xQRgTxP7zbCnDSpg/?lang=pt>.
6. Masson ML, Ferrite S, Pereira L M, Ferreira LP, Araújo TM. Em busca do reconhecimento do distúrbio de voz como doença relacionada ao trabalho: movimento histórico-político. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2019 mar [acesso em 30 junho 2021]; 24 (3): 805-816. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000300805&lng=en.
7. Ferreira LP, Bernardi AP. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho: resgate histórico. *Distúrb Comum* [internet] 2011 [acesso em 30 junho 2021]; 23(2):233-236. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/8285>.
8. Dornelas R, Giannini S, Ferreira L. Campanhas de Voz: uma iniciativa para cuidados em saúde. *Distúrb Comun* [internet]. 2014 [acesso em 30 junho 2021]; 26(3):606-611. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/18219>.

9. Svec JG, Behlau M. April 16th: The World Voice Day [Editorial]. *Folia Phoniatr Logop* [internet]. 2007 [acesso em 30 junho 2021]; 59:53-54. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17337894>.
10. Ferraciu CCS, Almeida MS. O distúrbio de voz relacionado ao trabalho do professor e a legislação atual. *Rev. CEFAC* [internet] 2014 [acesso em 30 junho 2021]; 16 (2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/9v3C8yLPL3gZwxq7vhZCBPD/?lang=pt>.
11. Przysiezny PE, Przysiezny LTS. Work-related voice disorder. *Braz Otorhinolaryngol* [internet] 2015 [acesso em 30 junho 2021]; 81(2):202-211. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bjorl/a/XbLsBsfLhy4t6yWmh6GrCqw/?lang=en>.
12. Barreto, EB. Afastamentos por problemas de voz de acordo com a base de dados histórico de acidentes do trabalho. Salvador: Faculdade de Fonoaudiologia da UFBA; 2015. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Fonoaudiologia.
13. D'Oliveira C, Torres F. Notificação do Distúrbio de Voz relacionado ao Trabalho: relato de experiência pioneira no Brasil. *Distúrb Comum*[internet]. 2011 [acesso em 30 junho 2021]; 23(1):97-99. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/8071>.
14. Ferreira LP, Nakamura HY, Zampieri E, Constantini AC. Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho: proposta de uma ficha de notificação individual. *Distúrb Comum* [internet]. 2018 [acesso em 30 junho 2021]; 30(1). Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/32201>.
15. Gusmão AC, Meira TC, Ferrite S. Fatores associados à notificação de perda auditiva induzida por ruído no Brasil, 2013-2015: estudo ecológico. *Epidemiol. Ser. Saúde* [internet] 2021 [acesso em 30 junho 2021]; 30(2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/WVcs7bbpPwT9TvP8yqTkGMR/?lang=pt>.
16. Masson ML, Ferreira LP, Giannini SP, Souza MT, Maeno M, Gândara ME et al. Distúrbio de voz: reconhecimento revogado junto com a nova lista de doenças relacionadas ao trabalho. *Rev. bras. saúde ocup.* [Internet]. 2020 [acesso em 30 junho 2021]; 45: e32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572020000100102&lng=pt.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho – DVRT [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 02 julho 2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/disturbio_voz_relacionado_trabalho_dvrt.pdf.
18. Medeiros AM, Vieira MT. Ausência ao trabalho por distúrbio vocal de professoras da educação básica no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet] 2019 [acesso em 30 junho 2021]; 35(sup1). Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/711/ausencia-ao-trabalho-por-disturbio-vocal-de-professores-da-educacao-basica-no-brasil>.

CAPÍTULO 3: REFLEXIONES SOBRE EL AYER, HOY Y MAÑANA DE LA VOZ LABORAL EN CHILE



M^a Celina Malebran Bezerra de Mello🔍

Felipe Cerda Sandoval🔍

Es innegable que la voz del profesor atrae a Fonoaudiólogos, quienes evalúan y organizan propuestas para optimizar la voz laboral. El profesor está expuesto al mal uso, abuso y desarrollo de patologías vocales por ser un profesional de la voz.

La enfermedad laboral es toda aquella contraída a consecuencia del trabajo ejecutado y provocada por la acción de los elementos o sustancias que se indiquen para cada enfermedad profesional. Esta implica un deterioro lento y paulatino de la salud del trabajador, causado por una exposición crónica a situaciones adversas, sean producidas por el ambiente en que se desarrolla el trabajo, por la forma en que éste se encuentra organizado o producido por agentes físicos. Es frecuente de encontrar en actividades como en las que se precise un uso mantenido y continuo de la voz, como son los profesores, cantantes, actores, teleoperadores y locutores¹.

En la realidad chilena, desde el año 1968, los Accidentes del Trabajo y las Enfermedades Profesionales se encuentran normados mediante la promulgación de la Ley N°. 16.744 sobre el “Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales”. Dicha ley, en su Artículo 7°, define como Enfermedad Profesional a “la causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte”. A su vez, este documento enumera las enfermedades que deberán ser consideradas como laborales, las cuales deben ser revisadas cada tres años; sin embargo, enfermedades no incluidas en dicho reglamento podrían ser ingresadas si se hubiesen contraído a causa directa de la profesión o trabajo realizado².

La ley N°. 16.744 no había sido revisada desde su promulgación, aún estableciéndose en la misma la necesidad de actualización cada tres años. Esto se vio agravado en el caso del Magisterio, en el que mediante una modificación del estatuto docente, se establece en el párrafo VII, relacionado con el término de la Relación Laboral de los Profesionales de la Educación (Artículo 72° letra A), como causal de despido, la “salud incompatible”;

refiriéndose al Artículo 148 de la ley 18.883 que dice: "El alcalde podrá considerar como salud incompatible con el desempeño del cargo, haber hecho uso de licencia médica en un lapso continuo o discontinuo superior a seis meses en los últimos dos años, sin mediar declaración de salud irrecuperable"³.

Además, se considera como otra causal de despido la salud irrecuperable, aplicándose el Artículo 149° de dicha ley, la cual establece textualmente "Si se hubiere declarado irrecuperable la salud de un funcionario, este deberá retirarse de la municipalidad dentro del plazo de seis meses, contado desde la fecha en que se le notifique la resolución por la cual se declare su irrecuperabilidad. Si transcurrido este plazo el empleado no se retirare, procederá la declaración de vacancia del cargo"⁴.

Como consecuencia de dicha negociación y en base a los resultados del estudio realizado por el Colegio de Profesores y la Pontificia Universidad Católica de Chile, denominado "Estudio de la salud laboral de los profesores en Chile", es que se procede a modificar el Decreto Supremo N°. 109, incluido en la Ley N°. 16.744, y se establece la inclusión en el listado de Enfermedades Profesionales (Artículo 19°), a las "Laringitis con Disfonía y/o Nódulos Laríngeos", estableciendo de esta forma que deben ser considerados como riesgosos todos aquellos trabajos que expongan directamente al uso profesional de la voz, de forma que se compruebe una relación de causa a efecto. El Artículo 21° establece que el Ministerio de Salud, con el fin de facilitar y uniformar las actuaciones médicas y preventivas que procedan, impartirá las normas mínimas de diagnóstico a cumplir por los organismos administradores, así como las que sirvan para el desarrollo de programas de vigilancia epidemiológica que sean procedentes, las que deberán revisarse, a lo menos, cada 3 años⁵.

El artículo 23°, del mismo Decreto, incluye a las Laringopatías como causa de Incapacidad Temporal durante el periodo de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, mientras que el Artículo 24°, establece dentro de su listado a la "Laringitis con Disfonía y/o Nódulos Laríngeos" como causa de Incapacidad permanente o Invalidez, siendo su incapacidad de ganancia estimada entre un 40% a 65% si incapacita para un trabajo específico⁶.

Mientras las leyes avanzan en Chile, el tema relacionado a los profesores impulsa estudios en el ámbito fonoaudiológico. Observando la línea del tiempo, vemos que en 1985, Serrano et al. refieren que las tensiones del ambiente en que se desempeñan los profesores son considerables y concluyen su investigación comentando que las disfonías funcionales de

profesores difieren de las otras disfonías por presentar asociación con la ansiedad, depresión y somatización⁷.

A su vez, Brunetto et al. (1986) estudiaron los mitos y verdades de la disfonía profesional, comentando la controversia que causan en la legislación las licencias médicas presentadas por profesores disfónicos. Ellos evaluaron a 300 profesores entre 1983 y 1985, de edades entre 19 y 55 años, con la proporción de 1 hombre para 5 mujeres y demanda vocal de 44h semanales. Todos los sujetos referían problemas vocales; sin embargo, la mitad fue diagnosticada con disfonía y solo un 10% de los sujetos presentaban disfonías severas. Los autores comentan que los factores considerados tradicionales para la instalación de una patología vocal fueron menos importantes que las patologías de vías aéreas superiores, la técnica vocal y el estrés generado por el ambiente laboral. Por lo tanto, concluyen que la alteración vocal del profesor es una enfermedad multifactorial relacionada al trabajo⁷.

Con el afán de mejorar la condición de salud laboral de los Docentes Chilenos, es que, bajo el marco de la negociación del año 2000, se acuerda entre el Colegio de Profesores de Chile Asociación Gremial y el Ministerio de Educación la realización de un estudio denominado “Estudio de la salud laboral de los profesores en Chile”, con el fin de determinar las patologías causadas por el ejercicio de la profesión. Este estudio fue desarrollado por Manuel Parra Garrido durante el año 2004, y gracias a su aporte, la Disfonía fue incorporada en el Listado de Enfermedades laborales para nuestro país en la ley anteriormente mencionada⁵.

Este estudio arrojó que, dentro de las enfermedades asociadas al ejercicio de la profesión, se encuentran las Laringopatías o enfermedades de la voz, ocupando el segundo lugar de prevalencia de patologías frecuentes en su ejercicio laboral, evidenciando una prevalencia de un 46% sobre los docentes chilenos, superando a países como México, Perú y Argentina⁸. La Organización Internacional del Trabajo (2001) considera a los profesores como la primera categoría profesional en riesgo de padecer enfermedades laborales asociadas a la voz en sus cuerdas vocales⁹.

Durante el año 2008 se diagnosticaron 398 casos de laringopatías y sólo entre enero y noviembre del año 2009 la cifra fue de 364 a lo largo de todo Chile¹⁰. Las últimas investigaciones sobre la prevalencia de la disfonía en la población chilena mencionan que 3 de cada 4 profesores presentan un trastorno vocal de diversa severidad, y sólo un 6% de ellos ha sido evaluado y diagnosticado formalmente¹¹. Estas cifras demuestran la ausencia de procedimientos de pesquisa y abordaje precoz de los trastornos de la voz en docentes, poniendo de manifiesto, a su vez, la magnitud del problema, considerando que la población

total de docentes en nuestro país es de 326.689, según informe del Centro de Estudios del Ministerio de Educación de Chile (2013)^{12,13}.

En 2019, fue presentada en el encuentro The Voice Foundation una investigación conducida junto a 53 profesores universitarios americanos y 81 chilenos. El estudio buscó determinar las diferencias en los factores relacionados con el trabajo y los hábitos de higiene vocal/estilo de vida asociados con la voz, además de definir el efecto del historial de problemas vocales relacionados al tabaquismo, el consumo de alcohol y el consumo de cafeína entre profesores universitarios. Los hallazgos evidenciaron que profesores chilenos consumían más cafeína y alcohol que profesores americanos, y éstos presentaban menor histórico de entrenamiento vocal y quejas vocales. Los profesores chilenos autoinformaron una mayor prevalencia de síntomas de voz en comparación con sus colegas estadounidenses (33% frente a 19%). También, los docentes chilenos trabajan más horas por semana (16h contra las 7h referidas por americanos) y con grupos de alumnos menores (25 estudiantes contra los 49 estudiantes americanos). Ambos grupos informaron elementos ocupacionales que se han relacionado con los trastornos de la voz, aunque con diferentes cargas (clases más grandes frente a horas lectivas más largas). Existen muchos de los mismos factores de riesgo para ambos grupos de profesores; sin embargo, existen algunas diferencias que probablemente podrían atribuirse a diferencias culturales institucionales¹⁴.

Sobre lo anterior, realmente es elevado el número de horas de trabajo directo de aula en la jornada de un profesor. La legislación chilena establece un 75% de horas de trabajo lectivo, lo que supera por mucho los porcentajes establecidos por países de la OCDE. Eso, sumado al ambiente laboral y exigencias de establecimientos de enseñanza, se convierte en fuente de desgaste emocional y obstaculizador del proceso educativo¹⁵.

Por otro lado, el profesor chileno puede recurrir a atención fonoaudiológica en mutuales de seguridad. En este sentido, una investigación reciente buscó establecer la incidencia y prevalencia de profesores chilenos que buscaron atención por quejas vocales en el Instituto de Seguridad Laboral (IST) de Viña del Mar entre 2012 y 2017. La investigación retrospectiva revisó a 186 evaluaciones, evidenciando que un 75.8% de los profesores fueron diagnosticados con disfonías orgánico-funcionales y de éstos, 69,5 fueron derivados a terapia vocal en el IST. El estudio concluye que el docente de la V Región de Chile presenta un bajo nivel de consulta por patologías vocales. Entre los docentes, los que se desempeñan en la educación básica son los que más buscan terapia vocal. Este estudio refleja el desconocimiento de conductas adecuadas de higiene y hábitos vocales en profesores y

cuestiona si una inversión mayor en promoción y prevención vocal para este grupo mejoraría este panorama. El estudio no detectó a docentes universitarios¹⁶.

Pese a que las Laringopatías fueron incluidas el año 2000 dentro del listado de enfermedades profesionales, mediante la modificación del Decreto Supremo 109 de la Ley 16.774 sobre Accidentes y Enfermedades profesionales, aún no existen procedimientos oficiales, protocolos o normas técnicas que instruyan sobre las directrices de cómo manejar el riesgo y vigilar a los trabajadores expuestos a uso ocupacional de su voz, menos aún conocer los niveles de exposición y diversos agentes potenciadores o favorecedores del desarrollo de Laringopatías Ocupacionales⁶.

Normativas nacionales en el manejo de Disfonía Laboral

Considerando que en nuestro país existen aproximadamente 300 mil profesores, la magnitud del problema de la disfonía en este segmento queda en evidencia; por lo que hoy, tanto Mutualidades como la Superintendencia de Seguridad del Trabajo (SUSESO), se encuentran trabajando en protocolos para el manejo, diagnóstico y calificación de la Laringopatía Ocupacional.

Similares inquietudes han obligado a otras naciones a desarrollar diferentes propuestas, investigaciones, normativas y legislaciones para el manejo y control de la disfonía laboral. Desde este punto vista, los accidentes laborales y las enfermedades producidas en exposición al trabajo son factores que entorpecen el funcionamiento diario de los trabajadores, lo que trae como consecuencia una pérdida tanto para el funcionario como para la empresa contratante, por lo mismo, éstas les brindan a sus empleados un medio laboral seguro. Para esto, se basan en la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y en las leyes que decreta cada país dadas por el Sistema de Riesgos Profesionales⁹.

En Chile, para el control de Laringopatías o Disfonías Ocupacionales, no contamos con herramientas para dar respuesta a las exigencias legislativas mencionadas por la Ley 16.744 sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, en la cual se menciona en el artículo 65° que, en cuanto a prevención de riesgos profesionales, será responsabilidad del Servicio Nacional de Salud la supervigilancia de la prevención en todos los sitios de trabajo, cualesquiera sea la actividad. Por lo tanto, para las Laringopatías Ocupacionales, en ausencia de herramientas para ello, no es posible generar instancias de evaluación o pesquisa preventivas⁶.

Las circulares actuales derivadas de esta ley suscriben y solicitan la aplicación de medidas de prevención, control, seguimiento y vigilancia ante enfermedades profesionales, incluyendo la Disfonía, la cual aún espera por herramientas y metodologías para dar respuesta a la demanda de la población expuesta a agentes de riesgo vocal y a las demandas legislativas imperativas existentes.

La circular 3167 sobre normativas para Organismos Administradores de la ley 16.744, describe la obligatoriedad que, por cada trabajador calificado como enfermo producto de su desempeño profesional (caso centinela), la Mutualidad a la cual se suscribe su empleador deberá desarrollar un programa de vigilancia epidemiológica y de pesquisas preventivas a trabajadores expuestos a los mismos factores de riesgo laboral, pues pudiesen desarrollar igualmente el trastorno. Tales procedimientos también deben ser aplicados en disfonía ocupacional. En el caso de no contar con un programa de control y vigilancia, el organismo administrador deberá desarrollar acciones con un plazo de 30 días. Sin embargo, en la actualidad no contamos formalmente con un programa nacional de Vigilancia Vocal, ni herramientas de rápida aplicación masivas y sensibles para la detección precoz de personas susceptibles al trastorno o que ya padezcan éste⁸.

Según lo planteado en la circular 3241, existe una necesidad de contar con herramientas efectivas que tengan aplicabilidad universal y puedan ser utilizadas unificando los protocolos utilizados por los diferentes Organismos Administradores de la Ley 16.744. Además, se debe disponer de procedimientos que logren pesquisar posibles personas con trastorno vocal, ante lo cual su deber es reportar al empleador para que éste presente la respectiva denuncia individual de enfermedad profesional - DIEP. Sin embargo, como ya se mencionó anteriormente, no tenemos en la actualidad herramientas para la medición y detección temprana, por lo que no es posible entregar acciones de mitigación apropiadas y oportunas¹⁷.

Menciona la Circular 3331 que el Fonoaudiólogo es el ente principal en la ejecución de planes de trabajo preventivo para las Disfonías laborales, refiriéndose en este documento; el organismo administrador o la empresa con administración delegada deberá implementar un programa de vigilancia y asesorar a la entidad empleadora en materias relacionadas con la prevención del Fonotrauma, a cargo de un Fonoaudiólogo, y en aquellas materias específicas que se requieran por el equipo de profesionales que sea pertinente. De igual manera, se menciona que el organismo administrador o la empresa con administración delegada deberá entregar al trabajador la capacitación específica en el uso adecuado de la voz, prestación que deberá ser ejecutada por un Fonoaudiólogo¹⁸.

En relación a lo mencionado, Pérez (2015) menciona que el vacío legal en la legislación chilena, referida en la Ley 16.744, y la ausencia de medición y regulación del tiempo e intensidad del ruido en el lugar de desempeño laboral, obliga a profesionales de la voz, principalmente profesores, a aumentar la exigencia en la emisión vocal por periodos sin control, ejerciendo funciones de amplificación inapropiadas del trabajo lectivo¹⁹.

De igual manera, Heller (2015) considera la existencia de un vacío de recursos y legislaciones en Chile, que orienten en una evaluación vocal apropiada, que ayuda a diferenciar entre una Disfonía de origen común o laboral. Para el autor, la mantención de la disfonía funcional puede provocar en el tiempo la aparición de lesiones orgánicas benignas (nódulos, pólipos, quistes, etc.). Frente a ello, se hace necesario contar con instrumentos que logren pesquisar prontamente a profesionales con trastorno de la voz incipiente, aludiendo también a la responsabilidad de promoción preventiva que tienen las mutualidades en nuestro país. Autores como Jackson-Menaldi (2015), mencionan que es imperativo, bajo una mirada preventiva y no reactiva, contar con herramientas de detección temprana de profesionales de la voz susceptibles al desarrollo de enfermedades, debido al uso laboral. Considerando que el diagnóstico oportuno y preciso de los trastornos de la voz es clave para la adecuada y efectiva rehabilitación del paciente disfónico¹⁹.

En relación a lo anterior, la sintomatología reportada por usuarios podría ser el marcador biológico que mejor ayude en la determinación temprana de riesgo vocal, dada su alta correlación con la patología y con las características de exposición ambiental. En donde la sintomatología vocal como: ardor, fatigabilidad, sequedad de garganta, entre otras, son los elementos de alta representatividad del trastorno e impacto personal ante el sobreesfuerzo de la voz (Behlau y Pontes, 2009)²⁰.

Existen guías o protocolos de estudio epidemiológico para otras enfermedades, de prevalencia similar a las encontradas en el caso de disfonías laborales. En el caso del Protocolo de Exposición Ocupacional a Ruido, conocida como guía PREXOR, se menciona la necesidad de identificación de grupos según riesgo posible de sufrir o desarrollar hipoacusia laboral. Esto evidencia la existencia de herramientas para caracterizar o estratificar según condición de riesgo auditivo, el que es obtenido a través de distintos procesos de estudio ambiental e individual, identificando la condición auditiva de cada trabajador y tomando la mejor decisión de manejo preventivo o de mitigación. Igualmente para Enfermedades de Salud Mental, secundarias a contexto y exposición laboral, existen herramientas para el estudio y cuantificación de riesgo individual o grado de afección psíquica a través de la Pauta del Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS 21), la cual fue validada y

adaptada para ser aplicada considerando la realidad chilena, siendo hoy la base para el estudio psicosocial en trabajadores, fundamental para el manejo preventivo y control de riesgos (guías SUSESO)²¹.

Lamentablemente, en el caso de la enfermedad disfonía laboral no contamos con herramientas como las referidas en las anteriormente mencionadas, por lo que hoy, en nuestro país, no existe ni protocolo o ciclo de vigilancia de Salud, menos aún instrumentos o escalas de cuantificación para la identificación del nivel de riesgo de sufrir enfermedades de la voz en profesionales que utilicen de ella como herramienta de trabajo. Por lo tanto, se hace imperativo contar con estos materiales de estudio, cuyo beneficio sea la prevención y detección temprana. Agrupar la población de trabajadores según su nivel de susceptibilidad de sufrir trastornos de la voz, ayudaría a entregar recursos preventivos, clínicos y medidas de mitigación mayormente efectivas y selectivas, así también realizar seguimiento de esta condición vocal en el tiempo.

Reflexiones sobre la condición actual de la Voz Laboral en Chile

Existen otros puntos a considerar en esta reflexión sobre la voz laboral en Chile.

Por ejemplo, la evidencia del abandono de la terapia fonoaudiológica, que merece mejor seguimiento y estudio, profundizando en la causa; ¿la falta de adherencia podría aumentar el riesgo de reincidencia del problema vocal? y, ¿este mismo paciente podría padecer una patología más compleja a corto plazo?. Otro punto a reflexionar es sobre la falta de atenciones vocales en el grupo de profesores universitarios; no padecen patologías vocales? Desconocen sus derechos junto a mutuales? Quizás sea importante difundir en este grupo el conocimiento de que pueden acceder a evaluación y terapia vocal¹⁶.

Si bien las mutualidades ofrecen evaluación y terapia rehabilitadora, lo cual está debidamente registrado y controlado, en lo relacionado a las capacitaciones de prevención (cursos, charlas, talleres) no ocurre seguimiento del impacto de la actividad ni de las medidas de control sugeridas. Los autores creen que este aspecto debiera cobrar más importancia.

Otro punto a considerar es la necesidad de mayor participación fonoaudiológica activa en la formación docente y en los centros educacionales; si bien las leyes se han ido adaptando a las necesidades de los docentes y al cuidado de ellos, aún se menciona muy poco al fonoaudiólogo en la formación docente y la prevención de patologías de la voz laboral. Es importante recalcar la relevancia del rol de las universidades en la materia de prevención y promoción de la salud vocal de los estudiantes de pedagogía, ya que, si bien se promulgó la

ley 19.070 que busca paulatinamente hasta el año 2022, instaurar en sus mallas curriculares de forma obligatoria el cuidado de la voz, aún se desconoce cuántas universidades están cumpliendo esta medida, por lo que es una tema pendiente.

También, es de suma relevancia que se conozca la importancia de tener un fonoaudiólogo en universidades, institutos, escuelas regulares etc., que puedan aportar en la prevención y promoción de la salud vocal de este grupo de profesionales.

Por el panorama actual en territorio nacional, y según Malebran, Castro & Gómez (2020) las patologías vocales en los docentes siguen siendo un gran problema de salud, con medidas preventivas poco suficientes; así, pese a las leyes establecidas y profesionales expertos en voz, las disfonías laborales pueden llegar a ser un problema de alto impacto en Chile²².

Finalmente, es fundamental comparar las medidas que toma Chile con las tomadas por otros países, en relación a programas de prevención y promoción vocal. Este ejercicio puede ayudarnos a consolidar puntos débiles en la labor con profesores.

Referencias

1. Cobeta Marco I, Nuñez Batalla F, Fernández S, Sociedad Española de Otorrinolaringología y de Patología Cérvico-Facial. Patología de la voz [Internet]. 2014 [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://0-ebookcentral-proquest-com.catalog.uoc.edu/lib/bibliouocsp-ebooks/detail.action?docID=4794848>.
2. Cerda F. Desarrollo de aplicación en teléfonos inteligentes para la vigilancia y prevención de disfonía ocupacional en trabajadores expuestos a riesgo vocal (ACHS 211-2017) [Internet]. Concepción, Chile; 2019 ene. Disponible en: https://www.achs.cl/portal/fucyt/Documents/Proyectos%202019/2017/211-2017_UDD_Felipe%20Cerde_%20Informe%20final%20Proyecto%20App%20Disfon%20C3%ADa_170519.pdf.
3. Dirección del Trabajo, Gobierno de Chile. Centro de Consultas [Internet]. ¿Es causal de término del contrato la salud irrecuperable? 2018. Disponible en: <https://www.dt.gob.cl/portal/1628/w3-article-61475.html>.
4. Dirección del Trabajo, Gobierno de Chile. Centro de Consultas [Internet]. ¿Cuáles son las causales de término de contrato aplicables al personal docente dependiente de una Corporación Municipal? 2018. Disponible en: <https://www.dt.gob.cl/portal/1628/w3-article-61472.html>.
5. Robalino Campos M, Körner A, editores. Condiciones de trabajo y salud docente: estudios de casos en Argentina, Chile, Ecuador, México, Perú y Uruguay ; [otras dimensiones del desempeño profesional]. Reimpr. Santiago de Chile: UNESCO, Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe; 2005. 209 p.
6. MINISTERIO DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL, SUBSECRETARIA DE PREVISION SOCIAL. LEY 16744 Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales [Internet]. Disponible en: <http://bcn.cl/2f78o>.
7. Behlau M. A voz do especialista. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. 23-41 p.

8. Cerda F, Vega M, Riffo C. Validación y efectividad de una herramienta predictiva y preventiva del daño de la voz para la propuesta de vigilancia de Riesgo Vocal en Profesionales de la Voz en la Ciudad de Concepción (173-2014) [Internet]. Concepción, Chile: Fundación Científica y Tecnológica ACHS; 2016 mar. Disponible en: https://www.achs.cl/portal/fucyt/Documents/Proyectos/173_2014_ACHS_Cerda_Disfon%C3%ADa_Informe_Final_240317.pdf.
9. Farias P. La disfonía ocupacional. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial; 2012.
10. Cabello N. El portal de los expertos en Prevención de riesgos [Internet]. ACSH; Disponible en: <http://www.sigweb.cl/wp-content/uploads/biblioteca/TendinitisACHS.pdf>.
11. Castillo A, Casanova C, Valenzuela D, Castañón S. Prevalencia de disfonía en profesores de colegios de la comuna de Santiago y factores de riesgo asociados. Cienc Trab. abril de 2015;17(52):15-21.
12. Serey JP, Araya VO. Instrumentos aplicados en la evaluación de la voz en profesores: estudio bibliográfico. Rev CEFAC. octubre de 2013;15(5):1357-63.
13. ESTADÍSTICAS DE LA EDUCACIÓN 2016 Centro de Estudios MINEDUC [Internet]. Ministerio de Educación; 2017. Disponible en: https://centroestudios.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/100/2017/07/Anuario_2016.pdf.
14. Cantor-Cutiva L, Malebran M, Hunter E. Work-related factors and life-style habits related with self-reported voice symptoms among college professors. A case study of Chilean and American college professors. ation; 2019 jun; USA.
15. Chávez RC. Salud laboral docente y condiciones de trabajo: entre el sufrimiento individual y los sentidos colectivos. Revista Docencia. XIII(no35):2-8.
16. Malebrán Bezerra de Mello MC, Contreras Zamora I. Características de profesores que consultan por queja vocal en IST Viña del Mar entre los años 2012 y 2017. Rev Investig Innov Cienc Salud. 28 de diciembre de 2020;2(2):31-43.
17. SUSESO. Circular 3241 [Internet]. jul 27, 2016. Disponible en: <https://www.suseso.cl/612/w3-article-7653.html>.
18. SUSESO. Circular 3331 [Internet]. Ley 16744 oct 26, 2017. Disponible en: <https://www.suseso.cl/612/w3-article-41200.html>.
19. Pérez F, Testart A. Laringoscopia, Guía de Diagnóstico Clínico. Viña del Mar, Chile; 2015.
20. Behlau M, Pontes P. Higiene Vocal: cuidando da voz. Rio de Janeiro: Revinter; 2009.
21. DIVISION DE POLITICAS PÚBLICAS SALUDABLES Y PROMOCIÓN, DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL. PROTOCOLO SOBRE NORMAS MÍNIMAS PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE LA PÉRDIDA AUDITIVA POR EXPOSICIÓN A RUIDO EN LOS LUGARES DE TRABAJO [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2011 p. 1-63. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/protocolo_vigilancia_expuestos_a_ruido_minsal.pdf.
22. Malebran M, Castro P, Gomez L. Revisión bibliográfica de publicaciones científicas sobre la voz laboral en Chile. XXVIII Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia e V Congresso Ibero Americano de Fonoaudiologia Online; 2020 oct 7; Brasil.

CAPÍTULO 3: REFLEXÕES SOBRE O PASSADO, PRESENTE E FUTURO DO USO DA VOZ NO TRABALHO NO CHILE



M^a Celina Malebran Bezerra de Mello🔍

Felipe Cerda Sandoval🔍

A voz do professor sempre atraiu a atenção dos fonoaudiólogos, que avaliam e organizam possíveis propostas para otimizar o uso da voz no trabalho. Como profissionais da voz, os professores estão expostos a diversos fatores, como o uso indevido, o abuso vocal e o desenvolvimento de patologias vocais.

As doenças ocupacionais incluem todas as enfermidades contraídas como resultado do trabalho executado e causadas pela ação dos elementos ou substâncias indicados para cada doença profissional. Isso implica em uma lenta e gradativa deterioração da saúde do profissional que é ocasionada por uma exposição crônica a situações adversas que podem estar presentes no ambiente em que se realiza o trabalho, devido à organização do trabalho, ou que podem ser produzidas por agentes físicos. Essas condições são frequentemente encontradas em atividades profissionais que exigem o uso sustentado e contínuo da voz, como é o caso de professores, cantores, atores, teleoperadores e locutores¹.

No que diz respeito ao contexto no Chile, os Acidentes de Trabalho e Doenças Ocupacionais são regulamentados desde 1968 com a promulgação da Lei Nº. 16.744 sobre “Seguro para Acidentes de Trabalho e Doenças Ocupacionais”. O Artigo Nº. 7 dessa Lei define Doenças Ocupacionais como “qualquer doença causada diretamente pelo exercício da profissão ou qualquer trabalho realizado por um indivíduo e que resulte em invalidez ou morte”. Por sua vez, este documento lista as doenças que devem ser consideradas como relacionadas ao trabalho, e que devem ser revistas a cada três anos; entretanto, doenças que não estão incluídas nesta lista podem ser consideradas doenças ocupacionais se forem contraídas como causa direta da profissão ou do trabalho realizado².

Embora a necessidade de atualização a cada três anos tenha sido determinada, a Lei Nº. 16.744 não foi revisada desde a sua promulgação. Essa situação foi agravada entre os docentes, a qual, por meio de modificação do estatuto docente, estabelece “saúde

incompatível” como base para demissão no inciso VII, relativo à extinção da relação de trabalho dos profissionais da educação (Artigo 72, Letra A); e referindo-se ao Artigo 148 da Lei Nº. 18.883, que diz: “O prefeito pode considerar o fato de o profissional ter usufruído de licença médica em período contínuo ou descontínuo de mais de seis meses nos últimos dois anos como ‘saúde incompatível’ com o desempenho do cargo, mesmo sem declarar saúde irreversível”³.

Além disso, a saúde irreversível é considerada como outra causa de demissão com base no Artigo 149 da mesma lei, o qual determina que “Se a saúde de um profissional for considerada irreversível, este profissional deve se afastar do cargo no prazo de seis meses, contados a partir da data em que for notificada a resolução que declara a sua irreversibilidade. Caso o profissional não se aposente após esse período, a disponibilidade da vaga deverá ser declarada”⁴.

Como resultado desta negociação e com base nos resultados do “Estudo sobre a saúde ocupacional dos professores no Chile”, realizado pelo Colegio de Profesores (sindicato) e pela Pontificia Universidad Católica de Chile, o Decreto Supremo Nº. 109 foi modificado e “Laringite com Disfonia e/ou Nódulos Laríngeos” foram incluídos na lista de Doenças Ocupacionais (Artigo 19), estabelecendo assim que todos os trabalhos que expõem diretamente o uso profissional da voz devem ser considerados de risco, para que uma relação de causa e efeito seja verificada. A fim de facilitar e padronizar as ações médicas e preventivas cabíveis, o Artigo 21 estabelece que o Ministério da Saúde informará os padrões diagnósticos mínimos a serem cumpridos pelos órgãos administrativos, bem como os padrões adequados para o desenvolvimento de programas de vigilância epidemiológica, os quais devem ser revisado pelo menos a cada 3 anos⁵.

Além disso, o Artigo 23 do mesmo Decreto inclui as Laringopatias como causa de Invalidez Temporária durante o período de diagnóstico e tratamento da doença. E o Artigo 24 também estabelece “Laringite com Disfonia e/ou Nódulos Laríngeos” em sua lista como uma causa de deficiência ou invalidez permanente, com uma incapacidade de ganhos estimada entre 40-65% se houver invalidez para um trabalho específico⁶.

Assim, enquanto as leis avançam no Chile, a questão relacionada aos professores incentiva estudos na área da Fonoaudiologia. Seguindo a linha do tempo, Serrano et al. relataram a presença de tensões significativas no ambiente de trabalho dos professores em 1985, concluindo que as disfonias funcionais dos professores diferem das demais disfonias devido à associação com ansiedade, depressão e somatização⁷.

Por sua vez, Brunetto et al. (1986) investigaram os mitos e as verdades da disfonia profissional, relatando a polêmica que as licenças médicas apresentadas por professores disfônicos causam na legislação. Este estudo avaliou 300 professores entre 1983-1985, com idade entre 19-55 anos, na proporção de 1 homem para 5 mulheres e com 44 horas de demanda vocal por semana. Embora todos os sujeitos tenham relatado problemas vocais, metade dos participantes foi diagnosticada com disfonia e apenas 10% dos sujeitos apresentavam disfonia grave. Deve-se ressaltar que os autores relataram que os fatores considerados tradicionais para a presença de uma patologia vocal foram menos importantes do que as patologias das vias aéreas superiores, a técnica vocal e o estresse causado pelo ambiente de trabalho. Portanto, os autores concluíram que o distúrbio vocal do professor é uma doença multifatorial relacionada ao trabalho⁷.

Nesse contexto, e com o objetivo de melhorar as condições de saúde ocupacional dos professores chilenos no âmbito da negociação de 2000, o Sindicato dos Professores e o Ministério da Educação concordaram em realizar um estudo denominado “Estudo da saúde ocupacional dos professores no Chile”, visando determinar as patologias causadas pelo exercício da profissão. Graças à contribuição deste estudo desenvolvido por Manuel Parra Garrido durante o ano de 2004, a Disfonia foi finalmente incorporada à Lista de Doenças Ocupacionais no Chile da lei citada acima⁵.

Este estudo mostrou que, entre as doenças associadas ao exercício da profissão, as laringopatias ou doenças vocais estão como a segunda patologia mais frequente na prática laboral, apresentando uma prevalência de 46% em professores chilenos, superando os números relatados em países como México, Peru e Argentina⁸. Deve-se notar que a Organização Internacional do Trabalho (2001) entendeu o trabalho docente como a primeira categoria profissional em risco de sofrer doenças ocupacionais associadas à voz em suas cordas vocais⁹.

Em todo o Chile, 398 casos de laringite foram diagnosticados em 2008, enquanto 364 casos foram diagnosticados apenas entre janeiro e novembro de 2009¹⁰. Os últimos estudos sobre a prevalência de disfonia na população chilena mostram que 3 em cada 4 professores apresentam distúrbio vocal de gravidade variável, mas apenas 6% deles foram avaliados e diagnosticados formalmente¹¹. Dado que o Chile tem uma população total de professores de 326.689, de acordo com um relatório do Centro de Estudos do Ministério da Educação do Chile (2013), esses números mostram a falta de procedimentos de triagem e abordagem precoce de distúrbios de voz em professores, destacando assim o tamanho do problema^{12,13}.

Uma investigação que incluiu 53 professores universitários americanos e 81 chilenos foi apresentada na reunião da The Voice Foundation de 2019. O estudo tinha como objetivo verificar as diferenças nos fatores relacionados ao trabalho e aos hábitos de higiene vocal/estilo de vida associados à voz, além de definir o efeito do histórico de problemas vocais relacionados ao tabagismo, consumo de álcool e consumo de cafeína entre professores universitários. Os resultados mostraram que os professores chilenos consumiam mais cafeína e álcool do que os professores americanos, os quais apresentavam menor histórico de treinamento vocal e queixas vocais. Os professores chilenos relataram uma prevalência maior de sintomas vocais em comparação com seus colegas norte-americanos (33% vs. 19%). Além disso, os professores chilenos trabalham mais horas por semana (16 horas vs. 7 horas, conforme relatado por professores americanos) e com grupos de alunos menores (25 alunos vs. 49 alunos para professores americanos). Embora com graus diferentes (turmas maiores vs. horas de aula mais longas), os dois grupos relataram elementos relacionados ao trabalho que têm sido associados a distúrbios de voz. Ainda que muitos dos mesmos fatores de risco estejam presentes para os dois grupos de professores, há também algumas diferenças que provavelmente poderiam ser atribuídas a diferenças culturais institucionais¹⁴.

Como a legislação chilena estabelece 75% das horas de trabalho docente, o que excede em muito as porcentagens estabelecidas pelos países da OCDE, há um número realmente alto de horas de trabalho direto em sala de aula por dia de um professor. Somado ao ambiente de trabalho e às demandas das instituições de ensino, estes fatores se tornam a origem de esgotamento emocional e um entrave ao processo educacional¹⁵.

Por outro lado, os professores chilenos podem ser atendidos por um fonoaudiólogo nos sindicatos por questões de segurança. Nesse sentido, uma investigação recente teve como objetivo estabelecer a incidência e prevalência de professores chilenos que procuraram atendimento para queixas vocais no *Instituto de Seguridad Laboral* (IST) [Instituto de Segurança do Trabalho] de Viña del Mar entre 2012 e 2017. O estudo retrospectivo revisou 186 avaliações e constatou que 75,8% dos professores foram diagnosticados com disfonia orgânico-funcional e 69,5% destes foram encaminhados para terapia vocal no IST. O estudo conclui que os professores da Região V do Chile apresentam um baixo número de consultas médicas para patologias vocais, sendo os professores do ensino fundamental os que mais procuram a terapia vocal. Este estudo reflete a falta de conhecimento sobre comportamentos de higiene e hábitos vocais adequados em professores e também questiona se um investimento maior em promoção e prevenção vocal para esse grupo seria capaz de melhorar essa situação. O estudo não investigou professores universitários¹⁶.

Embora as laringopatias tenham sido incluídas na lista de Doenças Ocupacionais em 2000, com a modificação do Decreto Supremo N°. 109 da Lei 16.774 sobre Acidentes de Trabalho e Doenças Ocupacionais, ainda não existem procedimentos, protocolos ou normas técnicas oficiais que orientem a forma de gerenciar o risco e monitorar os trabalhadores expostos ao uso ocupacional da voz. Além disso, não se sabe os níveis de exposição e os diversos agentes que podem potencializar ou favorecer o desenvolvimento das Laringopatias Ocupacionais⁶.

Regulamentações nacionais sobre a gestão da Disfonia Ocupacional

Dado que existem cerca de 300.000 professores no Chile, existe um claro problema de disfonia nesta área. Por isso, tanto o Sindicato do Trabalho quanto a Superintendência de Segurança do Trabalho (SUSESO) estão trabalhando atualmente em protocolos para o gerenciamento, diagnóstico e qualificação da Laringopatia Ocupacional.

Preocupações semelhantes forçaram outros países a desenvolver diferentes propostas, investigações, regulamentos e legislação para a gestão e o controle da disfonia ocupacional. Nessa perspectiva, os acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais decorrentes da exposição ao trabalho dificultam as atividades diárias dos profissionais, o que resulta em prejuízos tanto para o profissional quanto para a empresa contratante; portanto, eles proporcionam um ambiente de trabalho seguro para seus funcionários. Para tal, essas empresas se baseiam na Organização Internacional do Trabalho (OIT) e na legislação de cada país prevista no Sistema de Riscos Ocupacionais⁹.

No Chile, não existem ferramentas para responder aos requisitos legislativos para o controle das Laringopatias ou Disfonias Ocupacionais mencionadas pela Lei 16.744 sobre Acidentes de Trabalho e Doenças Ocupacionais, que menciona no Artigo 65 que o Serviço Nacional de Saúde será o responsável pela prevenção de riscos ocupacionais e supervisão da prevenção em todos os locais de trabalho, qualquer que seja a atividade. Portanto, não é possível gerar avaliações preventivas ou instâncias de pesquisa, devido à ausência de ferramentas para as Laringopatias Ocupacionais⁶.

As atuais diretrizes derivadas desta lei subscrevem e requerem a aplicação de medidas de prevenção, controle, monitoramento e vigilância das doenças ocupacionais, incluindo a Disfonia, que ainda aguarda o desenvolvimento de ferramentas e metodologias para responder à procura da população exposta aos agentes de risco vocal e às exigências legislativas imperativas existentes.

A Diretiva 3167 sobre a regulamentação dos Órgãos Administrativos da Lei 16.744 descreve a obrigação do Sindicato do Trabalho que, para cada trabalhador qualificado como doente em decorrência de sua atividade profissional, deve desenvolver um programa de vigilância epidemiológica e de investigações preventivas de trabalhadores expostos ao mesmo risco ocupacional fatores, uma vez que estes também podem desenvolver o transtorno. Esses procedimentos também devem ser aplicados em casos de disfonia ocupacional. Se não houver programa de controle e fiscalização, o órgão gestor deve desenvolver ações em até 30 dias. No entanto, no momento não existe um programa nacional formal de Vigilância Vocal, nem ferramentas de massa e sensíveis de aplicação rápida para a detecção precoce de pessoas suscetíveis ao transtorno ou que já o sofram⁸.

Conforme consta da Diretiva 3241, é necessário desenvolver instrumentos eficazes e de aplicabilidade universal que possam ser utilizados através da unificação dos protocolos utilizados pelos diferentes Órgãos Administrativos da Lei 16.744. Além disso, é necessário ter procedimentos de investigação de indivíduos com potenciais distúrbios vocais, devendo então se reportar ao empregador para que este apresente o respectivo relato individual de doença ocupacional (*denuncia individual de enfermedad profesional*, DIEP). No entanto, conforme relatado anteriormente, atualmente não existem ferramentas de medição e detecção precoce e, portanto, não é possível fornecer ações de mitigação adequadas e oportunas¹⁷.

A Diretiva 3331 indica que o fonoaudiólogo é o principal responsável pela execução dos planos de trabalho preventivos das disfonias ocupacionais. Este documento informa ainda que a empresa ou órgão ou gestor deve implementar um programa de vigilância e assessorar o empregador nos assuntos relacionados à prevenção do fonotrauma, pelo fonoaudiólogo, e pela equipe de profissionais competentes nos assuntos específicos. Da mesma forma, o documento menciona que o órgão gestor ou a empresa deve fornecer ao trabalhador treinamento específico no uso adequado da voz, também por meio de um fonoaudiólogo¹⁸.

Nesse contexto, Pérez (2015) relatou que a lacuna legal na legislação chilena, referida na Lei 16.744, e a falta de medição e regulamentação do tempo e da intensidade do ruído no ambiente de trabalho, obriga os profissionais da voz, principalmente os professores, a aumentar a demanda na produção vocal por períodos sem qualquer controle, exercendo funções de amplificação inadequadas do trabalho docente¹⁹.

Da mesma forma, Heller (2015) acredita que existe uma lacuna de recursos e legislação no Chile, com ferramentas que poderiam nortear uma avaliação vocal adequada ajudando a diferenciar entre uma disfonia de origem comum ou relacionada ao trabalho. De acordo com o autor, a falta de tratamento para disfonias funcionais pode levar a lesões

orgânicas benignas (nódulos, pólipos, cistos etc.) ao longo do tempo. Portanto, é necessário contar com instrumentos que investiguem prontamente os profissionais com distúrbios vocais incipientes, aludindo também à responsabilidade da promoção preventiva que os sindicatos trabalhistas têm no Chile. Do ponto de vista preventivo e não reativo, alguns autores, como Jackson-Menaldi (2015), relatam que é fundamental ter ferramentas de detecção precoce para profissionais da voz suscetíveis ao desenvolvimento de doenças pelo uso ocupacional. Deve-se ressaltar que o diagnóstico oportuno e preciso dos distúrbios vocais é fundamental para a reabilitação adequada e eficaz do paciente disfônico¹⁹.

Nesse sentido, a sintomatologia relatada pelos pacientes pode ser o melhor marcador biológico na determinação precoce do risco vocal, dada sua alta correlação com a patologia e com as características de exposição ambiental. Sintomas vocais, como queimação, fadiga, garganta seca, etc., são elementos altamente representativos do distúrbio e do impacto pessoal como resultado do uso excessivo da voz (Behlau & Pontes, 2009)²⁰.

Existem diretrizes ou protocolos de estudos epidemiológicos para outras doenças, os quais relatam prevalência semelhante às encontradas na disfonia ocupacional. O Protocolo de Exposição Ocupacional ao Ruído, conhecido como guia PREXOR (*Protocolo de Exposición Ocupacional a Ruido*), relata a necessidade de identificar grupos de acordo com o possível risco de sofrer ou desenvolver perda auditiva ocupacional. Isso apresenta as ferramentas disponíveis para caracterizar ou estratificar de acordo com a condição de risco auditivo, a partir de diferentes processos de estudo ambientais e individuais para identificar a condição auditiva de cada profissional e tomar a melhor decisão de gestão preventiva ou mitigadora. Da mesma forma, existem também ferramentas para Doenças Mentais, que são secundárias ao contexto e exposição ocupacional, para o estudo e quantificação do risco individual ou grau de doença mental através das Diretrizes do Instituto Sindical do Trabalho, Meio Ambiente e Saúde (*Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud, ISTAS 21*). Essa ferramenta foi validada e adaptada para ser aplicada à realidade chilena, e hoje é utilizada como base para o estudo psicossocial nos profissionais, sendo essencial para a gestão preventiva e controle de riscos (diretrizes da SUSESO)²¹.

Infelizmente, não existem ferramentas como as mencionadas anteriormente voltadas para disfonia ocupacional. Portanto, não existe um protocolo ou ciclo de Vigilância Sanitária no Chile atualmente, nem instrumentos ou escalas de quantificação para identificar o nível de risco de doenças vocais em profissionais que utilizam a voz como instrumento de trabalho. Portanto, seria muito importante ter esses materiais visando a prevenção e detecção precoce. O agrupamento da população de trabalhadores de acordo com o grau de suscetibilidade aos

distúrbios vocais ajudaria a fornecer recursos preventivos, clínicos e mitigadores mais eficazes e seletivos, além de monitorar essa condição vocal ao longo do tempo.

Reflexões sobre a situação atual do Uso da Voz Relacionada ao Trabalho no Chile

Existem outros aspectos a serem investigados nesta reflexão sobre o uso da voz no trabalho no Chile, como a evidência da desistência de assistência fonoaudiológica, que requer melhor acompanhamento e estudo para compreensão das causas. Além disso, deve-se investigar se a falta de adesão pode aumentar o risco de recorrência do problema vocal e se o mesmo paciente pode sofrer de uma patologia mais complexa em curto prazo.

Também há falta de cuidado vocal no grupo de professores universitários, o que requer estudos para conhecer suas potenciais patologias vocais, ou para compreender se desconhecem seus direitos junto aos sindicatos. Nesse sentido, pode ser relevante informar a esse grupo de profissionais que eles têm acesso à avaliação e à terapia fonoaudiológica¹⁶.

Embora os sindicatos ofereçam avaliação e terapia de reabilitação, devidamente cadastrada e controlada, não há monitoramento sobre o impacto da atividade ou das medidas de controle sugeridas em relação aos treinamentos de prevenção (cursos, palestras, workshops, etc.). Os autores acreditam que esse aspecto deveria exigir muito mais atenção das políticas públicas.

Além disso, existe também a necessidade de uma maior participação ativa da fonoaudiologia na formação de professores e nos centros educacionais. E, embora as legislações tenham sido adaptadas às necessidades dos professores e ao cuidado deles, ainda há pouca participação do fonoaudiólogo na formação docente e na prevenção de patologias da voz ocupacional. Além disso, deve-se ressaltar a relevância do papel das universidades na prevenção e promoção da saúde vocal dos alunos de pedagogia. Embora a Lei 19.070 tenha sido promulgada, a qual busca gradativamente estabelecer os cuidados com a voz no currículo escolar até 2022, ainda não se sabe quantas universidades estão cumprindo essa medida, que está pendente.

É fundamental também compreender a importância da presença do fonoaudiólogo em universidades, institutos, escolas, etc., uma vez que estes profissionais podem contribuir para a prevenção e promoção da saúde vocal desse grupo de profissionais.

Devido ao panorama atual no território nacional, e segundo Malebran, Castro & Gómez (2020), as patologias vocais em professores continuam a ser um grande problema de saúde, com medidas preventivas insuficientes. Assim, apesar das leis atuais e dos especialistas

em voz profissional, é possível que a disfonia ocupacional se torne um problema de alto impacto no Chile²².

Por fim, é fundamental comparar as medidas em relação aos programas de prevenção e promoção vocal no Chile com as equivalentes existentes em outros países, pois isso pode ajudar a compreender as fragilidades do trabalho com os professores.

Referências

1. Cobeta Marco I, Nuñez Batalla F, Fernández S, Sociedad Española de Otorrinolaringología y de Patología Cérvico-Facial. Patología de la voz [Internet]. 2014 [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://0-ebookcentral-proquest-com.catalog.uoc.edu/lib/bibliouocsp-ebooks/detail.action?docID=4794848>.
2. Cerda F. Desarrollo de aplicación en teléfonos inteligentes para la vigilancia y prevención de disfonía ocupacional en trabajadores expuestos a riesgo vocal (ACHS 211-2017) [Internet]. Concepción, Chile; 2019 ene. Disponible en: https://www.achs.cl/portal/fucyt/Documents/Proyectos%202019/2017/211-2017_UDD_Felipe%20Cerda_%20Informe%20final%20Proyecto%20App%20Disfon%C3%ADa_170519.pdf.
3. Dirección del Trabajo, Gobierno de Chile. Centro de Consultas [Internet]. ¿Es causal de término del contrato la salud irrecuperable? 2018. Disponible en: <https://www.dt.gob.cl/portal/1628/w3-article-61475.html>.
4. Dirección del Trabajo, Gobierno de Chile. Centro de Consultas [Internet]. ¿Cuáles son las causales de término de contrato aplicables al personal docente dependiente de una Corporación Municipal? 2018. Disponible en: <https://www.dt.gob.cl/portal/1628/w3-article-61472.html>.
5. Robalino Campos M, Körner A, editores. Condiciones de trabajo y salud docente: estudios de casos en Argentina, Chile, Ecuador, México, Perú y Uruguay ; [otras dimensiones del desempeño profesional]. Reimpr. Santiago de Chile: UNESCO, Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe; 2005. 209 p.
6. MINISTERIO DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL, SUBSECRETARIA DE PREVISION SOCIAL. LEY 16744 Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales [Internet]. Disponible en: <http://bcn.cl/2f78o>.
7. Behlau M. A voz do especialista. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. 23-41 p.
8. Cerda F, Vega M, Riffo C. Validación y efectividad de una herramienta predictiva y preventiva del daño de la voz para la propuesta de vigilancia de Riesgo Vocal en Profesionales de la Voz en la Ciudad de Concepción (173-2014) [Internet]. Concepción, Chile: Fundación Científica y Tecnológica ACHS; 2016 mar. Disponible en: https://www.achs.cl/portal/fucyt/Documents/Proyectos/173_2014_ACHS_Cerda_Disfon%C3%ADa_Informe_Final_240317.pdf.
9. Farias P. La disfonía ocupacional. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial; 2012.
10. Cabello N. El portal de los expertos en Prevención de riesgos [Internet]. ACSH; Disponible en: <http://www.sigweb.cl/wp-content/uploads/biblioteca/TendinitisACHS.pdf>.
11. Castillo A, Casanova C, Valenzuela D, Castañón S. Prevalencia de disfonía en profesores de colegios de la comuna de Santiago y factores de riesgo asociados. Cienc Trab. abril de 2015;17(52):15-21.

12. Serey JP, Araya VO. Instrumentos aplicados en la evaluación de la voz en profesores: estudio bibliográfico. Rev CEFAC. octubre de 2013;15(5):1357-63.
13. ESTADÍSTICAS DE LA EDUCACIÓN 2016 Centro de Estudios MINEDUC [Internet]. Ministerio de Educación; 2017. Disponible en: https://centroestudios.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/100/2017/07/Anuario_2016.pdf.
14. Cantor-Cutiva L, Malebran M, Hunter E. Work-related factors and life-style habits related with self-reported voice symptoms among college professors. A case study of Chilean and American college professors. ation; 2019 jun; USA.
15. Chávez RC. Salud laboral docente y condiciones de trabajo: entre el sufrimiento individual y los sentidos colectivos. Revista Docencia. XIII(no35):2-8.
16. Malebrán Bezerra de Mello MC, Contreras Zamora I. Características de profesores que consultan por queja vocal en IST Viña del Mar entre los años 2012 y 2017. Rev Investig Innov Cienc Salud. 28 de diciembre de 2020;2(2):31-43.
17. SUSESO. Circular 3241 [Internet]. jul 27, 2016. Disponible en: <https://www.suseso.cl/612/w3-article-7653.html>.
18. SUSESO. Circular 3331 [Internet]. Ley 16744 oct 26, 2017. Disponible en: <https://www.suseso.cl/612/w3-article-41200.html>.
19. Pérez F, Testart A. Laringoscopia, Guía de Diagnóstico Clínico. Viña del Mar, Chile; 2015.
20. Behlau M, Pontes P. Higiene Vocal: cuidando da voz. Rio de Janeiro: Revinter; 2009.
21. DIVISION DE POLITICAS PÚBLICAS SALUDABLES Y PROMOCIÓN, DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL. PROTOCOLO SOBRE NORMAS MÍNIMAS PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE LA PÉRDIDA AUDITIVA POR EXPOSICIÓN A RUIDO EN LOS LUGARES DE TRABAJO [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2011 p. 1-63. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/protocolo_vigilancia_expuestos_a_ruido_minsal.pdf.
22. Malebran M, Castro P, Gomez L. Revisión bibliográfica de publicaciones científicas sobre la voz laboral en Chile. XXVIII Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia e V Congresso Ibero Americano de Fonoaudiologia Online; 2020 oct 7; Brasil.

CHAPTER 3: REFLECTIONS ON THE PAST, PRESENT AND FUTURE OF THE WORK-RELATED VOICE USE IN CHILE



M^a Celina Malebran Bezerra de Mello🔍

Felipe Cerda Sandoval🔍

The teacher's voice has always been the focus of speech-language pathologists, who evaluate and organize proposals to optimize the voice at work. As voice professionals, teachers are exposed to the misuse, abuse and development of vocal pathologies.

Occupational diseases include all diseases contracted as a result of the work performed and caused by the action of the elements or substances that are indicated for each occupational disease. This implies a slow and gradual deterioration of the health of the professional caused by a chronic exposure to adverse situations, whether present in the environment in which the work takes place, due to the work organization, or produced by physical agents. These conditions are often found in activities such as those that require a sustained and continuous use of the voice, such as teachers, singers, actors, telemarketers and announcers¹.

Regarding the Chilean context, Workplace Accidents and Occupational Diseases have been regulated since 1968 through the enactment of Law No. 16,744 on “Insurance for Workplace Accidents and Occupational Diseases.” Article No. 7 of that Law defines Occupational Diseases as “any disease caused directly by the exercise of the profession or work performed by a person and resulting in disability or death.” In turn, this document lists the diseases that should be considered as work-related, which should be reviewed every three years; however, diseases that are not included in this regulation could be entered if they had been contracted as a direct cause of the profession or work performed².

Even though the need to update it every three years was established, Law No. 16,744 had not been revised since its promulgation. This situation was aggravated in the teaching profession, in which by means of a modification of the teaching statute, establishes “incompatible health” as grounds for dismissal in Paragraph VII, related to the termination of the Labor Relationship of Education Professionals (Article 72 Letter A); and referring to Article 148 of Law No. 18,883, which says: “The mayor may consider having made use of

medical leave in a continuous or discontinuous period of more than six months in the last two years as ‘incompatible health’ with the performance of the position, even without declaring irrecoverable health”³.

In addition, irrecoverable health is considered as another cause for dismissal, based on Article 149 of that law, which establishes that “If the health of a professional has been found to be irrecoverable, this professional must withdraw from the municipality within a period of six months, as of the date on which the resolution declaring its irrecoverable nature is notified. If the professional does not retire after this period, the vacancy of the position must be declared”⁴.

As a result of this negotiation and based on the results of the “Study of occupational health of teachers in Chile”, carried out by the Colegio de Profesores (labor union) and the Pontificia Universidad Católica de Chile, Supreme Decree No. 109 was modified and “Laryngitis with Dysphonia and/or Laryngeal Nodules” were included in the list of Occupational Diseases (Article 19), thus establishing that all jobs that directly expose the professional use of the voice should be considered risky, so that a cause-and-effect relationship is verified. In order to facilitate and standardize the appropriate medical and preventive actions, Article 21 establishes that the Ministry of Health will inform the minimum diagnostic standards to be met by the administrative agencies, as well as those appropriate for the development of epidemiological surveillance programs, which must be reviewed at least every 3 years⁵.

In addition, Article 23 of the same Decree includes Laryngopathies as a cause of Temporary Disability during the period of diagnosis and treatment of the disease. While Article 24 also establishes “Laryngitis with Dysphonia and/or Laryngeal Nodules” within its list as a cause of permanent disability or Invalidity, with an estimated earning disability between 40-65% if disabled for a specific job⁶.

So while the laws advance in Chile, the issue related to teachers encourages studies in the speech-language pathology field. According to the timeline, in 1985, Serrano et al. reported the presence of significant tensions in the work environment of teachers, concluding that functional dysphonias of teachers differ from other dysphonias due to an association with anxiety, depression and somatization⁷.

In turn, Brunetto et al. (1986) investigated the myths and truths of professional dysphonia, reporting the controversy that medical licenses presented by dysphonic teachers cause in legislation. This study evaluated 300 teachers between 1983-1985, aged between 19-55 years, with the ratio of 1 man to 5 women and with 44 hours of voice demand per week.

Although all the subjects reported vocal problems, half were diagnosed with dysphonia and only 10% of the subjects had severe dysphonia. It should be noted that the authors reported that the factors considered traditional for the presence of a vocal pathology were less important than the pathologies of the upper airways, the vocal technique and the stress caused by the work environment. Therefore, the authors concluded that teacher vocal disturbance is a multifactorial work-related disease⁷.

In this context, and aiming to improve the occupational health condition of Chilean Teachers within the framework of the 2000 negotiation, the Labor Union of Teachers and the Ministry of Education agreed to carry out a study called “Study of occupational health of teachers in Chile”, in order to determine the pathologies caused by the exercise of the profession. Thanks to the contribution of this study developed by Manuel Parra Garrido during 2004, Dysphonia was incorporated into the List of Occupational Diseases in Chile in the aforementioned law⁵.

This study showed that laryngopathies or voice diseases are among the diseases associated with the exercise of the profession as the second most frequent pathology in their work practice, showing a prevalence of 46% over Chilean teachers, surpassing those numbers in countries such as Mexico, Peru and Argentina⁸. It should be noted that the International Labor Organization (2001) understood teachers as the first professional category at risk of suffering occupational diseases associated with the voice in their vocal cords⁹.

Throughout Chile, 398 cases of laryngitis were diagnosed in 2008, while 364 cases were diagnosed only between January and November 2009¹⁰. The latest studies on the prevalence of dysphonia in the Chilean population reported that 3 out of 4 teachers have a vocal disorder of varying severity, and only 6% of them have been formally evaluated and diagnosed¹¹. Given that Chile has a total population of teachers of 326,689, according to a report from the Center for Studies of the Ministry of Education of Chile (2013), these numbers show the lack of screening procedures and early approach to voice disorders in teachers, thus highlighting the magnitude of the problem^{12,13}.

An investigation conducted with 53 American and 81 Chilean university professors was presented at 2019 The Voice Foundation meeting. The study aimed to determine the differences in the work-related factors and the vocal hygiene/lifestyle habits associated with the voice, in addition to defining the effect of the history of vocal problems related to smoking, alcohol consumption and caffeine consumption among university professors. The findings showed that Chilean teachers consumed more caffeine and alcohol than American teachers, who had a lower history of vocal training and vocal complaints. Chilean teachers

self-reported a higher prevalence of voice symptoms compared to their US colleagues (33% vs. 19%). Furthermore, Chilean teachers work more hours per week (16 hours vs. 7 hours, as reported by American teachers) and with groups of smaller students (25 students vs. 49 students for American teachers). Although with different degrees (larger classes vs. longer class hours), both groups reported occupational elements that have been linked to voice disorders. Although there are many of the same risk factors for both groups of teachers, there are also some differences that could probably be attributed to institutional cultural differences¹⁴.

As Chilean legislation establishes 75% of teaching work hours, which far exceeds the percentages established by OECD countries, the number of hours of direct classroom work in a teacher's day is actually high. When added to the work environment and demands of educational institutions, this becomes a source of emotional exhaustion and an obstacle to the educational process¹⁵.

On the other hand, the Chilean teacher can be assisted by a speech-language pathology care in labor unions for safety. In this sense, a recent investigation aimed to establish the incidence and prevalence of Chilean teachers who sought care for vocal complaints at the *Instituto de Seguridad Laboral* (IST) [Institute of Occupational Safety] of Viña del Mar between 2012 and 2017. The retrospective study reviewed 186 evaluations and found that 75.8% of the teachers were diagnosed with organic-functional dysphonia and that 69.5% of these were referred to vocal therapy at the IST. The study concludes that teachers in the V Region of Chile have a low number of medical consultations for vocal pathologies, and teachers in primary education are the ones who most seek vocal therapy. This study reflects the lack of knowledge on adequate hygiene behaviors and vocal habits in teachers and also questions whether a greater investment in vocal promotion and prevention for this group would improve this situation. The study did not investigate university professors¹⁶.

Although that laryngopathies were included in the list of occupational diseases in 2000, through the modification of the Supreme Decree No. 109 of Law 16,774 on Work Accidents and Occupational Diseases, there are still no official procedures, protocols or technical standards that provide instructions on how to manage the risk and monitor workers exposed to occupational use of their voice. Furthermore, the exposure levels and various agents that enhance or favor the development of Occupational Laryngopathies are not known⁶.

National regulations on the management of Occupational Dysphonia

Given that there are approximately 300,000 teachers in Chile, there is a clear problem of dysphonia in this field. So today, both Labor Union and the Superintendency of Work Safety (SUSESO) are working on protocols for the management, diagnosis and qualification of Occupational Laryngopathy.

Similar concerns have forced other countries to develop different proposals, investigations, regulations and legislation for the management and control of occupational dysphonia. From this perspective, work accidents and occupational diseases caused by exposure to work hinder the daily functioning of professionals, which results in a loss for both the professional and the contracting company; thus, they provide a safe work environment for their employees. For this, these companies are based on the International Labor Organization (ILO) and on the legislation of each country provided by the System of Occupational Risks⁹.

In Chile there are no tools to respond to the legislative requirements for the control of Occupational Laryngopathies or Dysphonias mentioned by Law 16.744 on Work Accidents and Occupational Diseases, which mentions in Article 65 that the National Health Service will be the responsible for the prevention of occupational risks and oversight of prevention in all workplaces, whatever the activity. Therefore, due to the absence of tools for Occupational Laryngopathies, it is not possible to generate preventive evaluation or research instances⁶.

The current directives derived from this law subscribe and request the application of prevention, control, monitoring and surveillance measures against occupational diseases, including Dysphonia, which is still waiting for tools and methodologies to respond to the demand of the population exposed to agents of vocal risk and to the existing imperative legislative demands.

Directive 3167 on regulations for Administrative Bodies of Law 16,744 describes the obligation of the Labor Union, for each worker qualified as sick as a result of their professional performance, to develop a program of epidemiological surveillance and preventive investigations of workers exposed to the same occupational risk factors, as they could also develop the disorder. These procedures should also be applied in occupational dysphonia. If there is no control and surveillance program, the managing body must develop actions within 30 days. However, at the moment there is no formal national program for Vocal Surveillance, nor massive and sensitive rapid application tools for the early detection of people susceptible to the disorder or who already suffer from this disorder⁸.

As stated in Directive 3241, there is a need for effective tools with universal applicability that can be used by unifying the protocols used by the different Administrative Bodies of Law 16,744. In addition, there must be procedures to investigate individuals with potential vocal disorders, so their duty is to report to the employer so that the employer can submit the respective individual report of occupational disease (*denuncia individual de enfermedad profesional*, DIEP). However, as previously reported, there are currently no tools for measurement and early detection, so it is not possible to provide appropriate and timely mitigation actions¹⁷.

Directive 3331 indicates that speech-language pathologists are the main responsible for the execution of preventive work plans for occupational dysphonias. This document also reports that the managing body or company must implement a surveillance program and advise the employer in matters related to the prevention of phonotrauma, by a speech-language pathologist, and by the relevant team of professionals in those specific matters. Similarly, the document mentions that the managing body or company must provide the worker with specific training in the proper use of voice, also provided by a speech-language pathologist¹⁸.

In this context, Pérez (2015) reported that the legal gap in Chilean legislation, referred to in Law 16,744, and the lack of measurement and regulation of the time and intensity of noise in the workplace, forces voice professionals, mainly teachers, to increase the demand in the vocal production for periods without control, exercising inappropriate amplification functions of the teaching work¹⁹.

Similarly, Heller (2015) believes there is a gap in resources and legislation in Chile, which could guide an appropriate vocal evaluation helping to differentiate between a dysphonia of common origin or related to work. According to the author, the lack of treatment for functional dysphonia can lead to benign organic lesions (nodules, polyps, cysts, etc.) over time. Therefore, it is necessary to have instruments that can promptly investigate professionals with incipient voice disorders, also alluding to the responsibility of preventive promotion that labor unions have in Chile. From a preventive and non-reactive perspective, some authors, such as Jackson-Menaldi (2015), report that it is essential to have early detection tools for voice professionals susceptible to the development of diseases due to occupational use. It should be noted that the timely and accurate diagnosis of voice disorders is key to the adequate and effective rehabilitation of the dysphonic patient¹⁹.

In this sense, the symptomatology reported by patients could be the best biological marker in the early determination of vocal risk, given its high correlation with the pathology

and with the characteristics of environmental exposure. Vocal symptoms, such as burning, fatigue, dry throat, etc., are the highly representative elements of the disorder and personal impact in the face of voice overuse (Behlau & Pontes, 2009)²⁰.

There are epidemiological study guidelines or protocols for other diseases, with a similar prevalence to those found in the occupational dysphonia. The Protocol for Occupational Exposure to Noise, known as the PREXOR guide (*Protocolo de Exposición Ocupacional a Ruido*), reports the need to identify groups according to possible risk of suffering or developing occupational hearing loss. This shows the tools available to characterize or stratify according to the hearing risk condition, based on different environmental and individual study processes to identify the hearing condition of each professional and making the best preventive or mitigation management decision. Similarly, there are also tools for Mental Health Diseases, secondary to context and occupational exposure, for the study and quantification of individual risk or degree of mental illness through the Guidelines of the Union Institute of Work, Environment and Health (*Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud, ISTAS 21*). This tool was validated and adapted to be applied to the Chilean reality, using today as the basis for the psychosocial study in professionals, being essential for preventive management and risk control (SUSESO guidelines)²¹.

Unfortunately, there are no tools such as those referred to in the aforementioned for occupational dysphonia. Therefore, there is no protocol or cycle of Health surveillance in Chile today, nor instruments or quantification scales to identify the level of risk of voice diseases in professionals who use the voice as a work tool. Therefore, it would be highly important to have these materials aiming at prevention and early detection. Grouping the population of workers according to their level of susceptibility to voice disorders would help provide preventive and clinical resources, and mitigation measures that are mostly effective and selective, in addition to monitoring this vocal condition over time.

Reflections on the current condition of the Work-Related Voice Use in Chile

There are other aspects to be investigated in this reflection on the work-related voice use in Chile, such as the evidence of the speech therapy dropout, which requires better follow-up and study to understand the causes. Furthermore, it should be investigated whether lack of adherence could increase the risk of recurrence of the vocal problem and whether the same patient could suffer from a more complex pathology in the short term.

There is also a lack of vocal attention in the group of university professors, requiring studies to know their potential vocal pathologies, or to understand if they are not aware of their rights with labor unions. In this sense, it may be relevant to inform this group of professionals that they can access evaluation and speech therapy¹⁶.

Although union labors provide rehabilitation evaluation and therapy, which is duly registered and controlled, there is no monitoring of the impact of the activity or of the control measures suggested in relation to prevention training (courses, talks, workshops). The authors believe that this aspect would require much more attention from public policies.

Furthermore, there is also a need for greater active speech therapy participation in teacher training and in educational centers. And, although the laws have been adapted to the needs of teachers and the care of them, there is still little participation for the speech therapist in teacher training and the prevention of pathologies of the occupational voice. In addition, the relevance of the role of universities in the prevention and promotion of vocal health of pedagogy students should be emphasized. Although Law 19,070 was promulgated, which gradually seeks to establish voice care in its curriculum until 2022, it is still unknown how many universities are complying with this measure, which is a pending issue.

It is also essential to understand the importance of having a speech-language pathologist in universities, institutes, regular schools, etc., as they can contribute to the prevention and promotion of vocal health for this group of professionals.

Due to the current panorama in the national territory, and according to Malebran, Castro & Gómez (2020), vocal pathologies in teachers continue to be a great health problem, with insufficient preventive measures. Thus, despite the current laws and professional voice experts, occupational dysphonia can become a high-impact problem in Chile²².

Finally, it is essential to compare the measures in relation to prevention and vocal promotion programs in Chile with those available in other countries, as this can help to understand the weak points in the work with teachers.

References

1. Cobeta Marco I, Nuñez Batalla F, Fernández S, Sociedad Española de Otorrinolaringología y de Patología Cérvico-Facial. Patología de la voz [Internet]. 2014 [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://0-ebookcentral-proquest-com.catalog.uoc.edu/lib/bibliouocsp-ebooks/detail.action?docID=4794848>.
2. Cerda F. Desarrollo de aplicación en teléfonos inteligentes para la vigilancia y prevención de disfonía ocupacional en trabajadores expuestos a riesgo vocal (ACHS 211-2017) [Internet]. Concepción, Chile; 2019 ene. Disponible en:

- https://www.achs.cl/portal/fucyt/Documents/Proyectos/202019/2017/211-2017_UDD_Felipe%20Cerde_%20Informe%20final%20Proyecto%20App%20Disfon%20C3%ADa_170519.pdf.
3. Dirección del Trabajo, Gobierno de Chile. Centro de Consultas [Internet]. ¿Es causal de término del contrato la salud irrecuperable? 2018. Disponible en: <https://www.dt.gob.cl/portal/1628/w3-article-61475.html>.
 4. Dirección del Trabajo, Gobierno de Chile. Centro de Consultas [Internet]. ¿Cuáles son las causales de término de contrato aplicables al personal docente dependiente de una Corporación Municipal? 2018. Disponible en: <https://www.dt.gob.cl/portal/1628/w3-article-61472.html>.
 5. Robalino Campos M, Körner A, editores. Condiciones de trabajo y salud docente: estudios de casos en Argentina, Chile, Ecuador, México, Perú y Uruguay ; [otras dimensiones del desempeño profesional]. Reimpr. Santiago de Chile: UNESCO, Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe; 2005. 209 p.
 6. MINISTERIO DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL, SUBSECRETARIA DE PREVISION SOCIAL. LEY 16744 Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales [Internet]. Disponible en: <http://bcn.cl/2f78o>.
 7. Behlau M. A voz do especialista. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. 23-41 p.
 8. Cerda F, Vega M, Riffo C. Validación y efectividad de una herramienta predictiva y preventiva del daño de la voz para la propuesta de vigilancia de Riesgo Vocal en Profesionales de la Voz en la Ciudad de Concepción (173-2014) [Internet]. Concepción, Chile: Fundación Científica y Tecnológica ACHS; 2016 mar. Disponible en: https://www.achs.cl/portal/fucyt/Documents/Proyectos/173_2014_ACHS_Cerde_Disfon%20C3%ADa_Informe_Final_240317.pdf.
 9. Farias P. La disfonía ocupacional. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial; 2012.
 10. Cabello N. El portal de los expertos en Prevención de riesgos [Internet]. ACSH; Disponible en: <http://www.sigweb.cl/wp-content/uploads/biblioteca/TendinitisACHS.pdf>.
 11. Castillo A, Casanova C, Valenzuela D, Castañón S. Prevalencia de disfonía en profesores de colegios de la comuna de Santiago y factores de riesgo asociados. Cienc Trab. abril de 2015;17(52):15-21.
 12. Serey JP, Araya VO. Instrumentos aplicados en la evaluación de la voz en profesores: estudio bibliográfico. Rev CEFAC. octubre de 2013;15(5):1357-63.
 13. ESTADÍSTICAS DE LA EDUCACIÓN 2016 Centro de Estudios MINEDUC [Internet]. Ministerio de Educación; 2017. Disponible en: https://centroestudios.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/100/2017/07/Anuario_2016.pdf.
 14. Cantor-Cutiva L, Malebran M, Hunter E. Work-related factors and life-style habits related with self-reported voice symptoms among college professors. A case study of Chilean and American college professors. ation; 2019 jun; USA.
 15. Chávez RC. Salud laboral docente y condiciones de trabajo: entre el sufrimiento individual y los sentidos colectivos. Revista Docencia. XIII(no35):2-8.
 16. Malebrán Bezerra de Mello MC, Contreras Zamora I. Características de profesores que consultan por queja vocal en IST Viña del Mar entre los años 2012 y 2017. Rev Investig Innov Cienc Salud. 28 de diciembre de 2020;2(2):31-43.
 17. SUSESO. Circular 3241 [Internet]. jul 27, 2016. Disponible en: <https://www.suseso.cl/612/w3-article-7653.html>.
 18. SUSESO. Circular 3331 [Internet]. Ley 16744 oct 26, 2017. Disponible en: <https://www.suseso.cl/612/w3-article-41200.html>.
 19. Pérez F, Testart A. Laringoscopia, Guía de Diagnóstico Clínico. Viña del Mar, Chile; 2015.
 20. Behlau M, Pontes P. Higiene Vocal: cuidando da voz. Rio de Janeiro: Revinter; 2009.

21. DIVISION DE POLITICAS PÚBLICAS SALUDABLES Y PROMOCIÓN, DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL. PROTOCOLO SOBRE NORMAS MÍNIMAS PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE LA PÉRDIDA AUDITIVA POR EXPOSICIÓN A RUIDO EN LOS LUGARES DE TRABAJO [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2011 p. 1-63. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/protocolo_vigilancia_expuestos_a_ruido_minsal.pdf.
22. Malebran M, Castro P, Gomez L. Revisión bibliográfica de publicaciones científicas sobre la voz laboral en Chile. XXVIII Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia e V Congresso Ibero Americano de Fonoaudiologia Online; 2020 oct 7; Brasil.

CAPÍTULO 4: PROBLEMAS DE LA VOZ DE ORIGEN OCUPACIONAL EN COLOMBIA¹



Lady Catherine Cantor Cutiva^Q

Introducción

En Colombia, según cifras oficiales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en el 2020 había 448.866 docentes a nivel nacional (preescolar, básica primaria, básica secundaria, media y Ciclos Lectivos Especiales Integrados)¹, de los cuales el 90% realizan actividades de docencia directa y el 10% actividades administrativas; y el 66% son mujeres, mientras que el 34% son hombres.

Los docentes hacen parte de los denominados *usuarios ocupacionales de la voz* con énfasis pedagógico, quienes por definición son trabajadores que utilizan su voz como principal herramienta de trabajo² para interesar a los estudiantes, captar su atención, hacerlos comprender y retener un mensaje³. En este contexto, la voz se reconoce como una de las herramientas de trabajo más importantes para la realización de sus labores, y en este orden de ideas, se determina que puede verse afectada por condiciones de trabajo, tales como altos niveles de ruidos de fondo, pobres condiciones acústicas, largas jornadas de trabajo, grupos de estudiantes numerosos, escasos periodos de reposo vocal, entre otros^{4,5}.

Aunque el efecto de las condiciones de trabajo en la salud vocal de los usuarios ocupacionales de la voz ha sido previamente explorado reconociendo las consecuencias socioeconómicas de los mismos en términos de costos directos e indirectos⁶ y el impacto en la calidad de vida⁷, no es hasta el 2014⁸ que los problemas de la voz se reconocen como enfermedad de origen laboral en Colombia, a través del Decreto 1477, el cual define el *Grupo VII - Enfermedades del oído y problemas de fonación*, incluyendo la laringitis crónica (J37.0), el pólipo de las cuerdas vocales y de la laringe (J38.1), los nódulos de las cuerdas vocales y la laringe (J38.2), y la disfonía (R49.0) como enfermedades de origen laboral⁸.

¹ Información sobre este tema ha sido publicada recientemente en Mello, M. C. M. B. D., Cantor-Cutiva, L. C., & Ferreira, L. P. (2021, September). Panorama de tres países latinoamericanos en problemas de voz relacionados con condiciones de trabajo. In CoDAS (Vol. 33). Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.

El reconocimiento de los problemas de la voz como enfermedad laboral tuvo importantes implicaciones para los usuarios ocupacionales de la voz, ya que, en Colombia, desde la Ley 100 de 1993 se estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP). El SGSSS regula el servicio en salud de los colombianos, funciona a través de 2 (dos) tipos de afiliaciones: régimen contributivo y régimen subsidiado⁹. Los afiliados al régimen contributivo son personas que trabajan o trabajaron (y sus familiares si son menores de 18 años) y, por lo tanto, tienen ingresos económicos para pagar su afiliación al SGSSS; mientras que los afiliados al régimen subsidiado son las personas que NO tienen capacidad de pago, y son subsidiadas a través de mecanismos destinados para este fin. Dentro de este sistema, se establece que el Régimen de Beneficios podrá ser cubierto a través del *Plan de Salud Obligatorio*, el cual permite la protección-fomento de la salud, y la prevención-diagnóstico-tratamiento-rehabilitación de la enfermedad. Por otro lado, el SGRP regula las prestaciones sociales para aquellos trabajadores que padecen enfermedades laborales o accidentes de trabajo. Esta diferenciación es importante, ya que, las prestaciones sociales varían entre el SGSSS y el SGRP; y por esa misma razón fue determinante que los problemas de la voz fueron incluidos como enfermedad laboral en el Decreto 1477 de 2014.

Actividades del Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP)

En la legislación colombiana, el *Decreto 614 de 1984* determina las bases para la organización y administración de (la previamente denominada) salud ocupacional¹⁰. Este decreto estipula que se deben diseñar acciones para prevenir las enfermedades laborales a través del control de la exposición a factores de riesgo en los lugares de trabajo. En este orden de ideas, para el caso de los Problemas de Voz de Origen Ocupacional (PVOO), es necesario que dentro de los programas de salud ocupacional se incluyan acciones dirigidas a prevenir los problemas de voz derivados de la exposición ocupacional a condiciones de trabajo, tales como altos niveles de ruido, largos tiempos de reverberación, altos niveles de estrés, entre otros.

Cinco años después, se expide la *Resolución 1016 de 1989* que reglamenta la *organización, funcionamiento y forma de los Programas de Salud Ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país*. El artículo 2 establece que dentro de los subprogramas de salud ocupacional se incluyen las actividades de Medicina Preventiva, Medicina del Trabajo, Higiene industrial y Seguridad industrial¹¹. Con base en esta

Resolución, en el caso de los PVOO, las actividades de Medicina Preventiva y del Trabajo deberían incluir: (1) la realización de los exámenes de voz (de ingreso, periódicos, de retiro) a los usuarios ocupacionales de la voz; (2) el diseño y desarrollo de programas de vigilancia epidemiológica en voz (junto con el subprograma de Higiene y Seguridad Industrial) que permitan monitorear la ocurrencia de problemas de voz, y su posible relación con condiciones de trabajo específicas; (3) investigar y analizar los problemas de voz asociados con las condiciones de trabajo; y (4) visitar los lugares de trabajo para identificar las condiciones que pueden generar los problemas de voz, entre otras actividades.

De forma interesante, aunque estas normas fueron publicadas en la década de los '80 (1984 y 1989), actualmente existen varios grupos de usuarios ocupacionales de la voz que no se benefician de actividades de salud ocupacional debido a que su forma de contratación es muy flexible y trabajan en más de una organización (por ejemplo, locutores, cantantes, abogados, entre otros), lo cual atenta contra su salud vocal y puede afectar de forma importante una de sus principales herramientas de trabajo.

Determinación Problemas de la Voz de Origen Ocupacional en Colombia

En Colombia, la Resolución 2346 de 2007 regula la práctica de los *exámenes médicos ocupacionales y el manejo de las historias clínicas ocupacionales*¹². De acuerdo con esta Resolución, las evaluaciones médicas ocupacionales deben ser específicas según los factores de riesgo a los cuales estará expuesto el trabajador y según las condiciones individuales¹². Es decir que, en el caso de los usuarios ocupacionales de la voz, las evaluaciones médicas ocupacionales deberían incluir examen del funcionamiento vocal realizado por un profesional de fonoaudiología con formación en Seguridad y Salud en el Trabajo. De hecho, la literatura reporta que en el caso de los usuarios ocupacionales de la voz, las evaluaciones médicas ocupacionales deben incluir al menos el examen perceptual y acústico de la producción de voz, adicional al autoreporte del trabajador¹³.

Adicionalmente, la Resolución 2346 de 2007 ratifica que los empleadores deben realizar, como mínimo, evaluación pre-ocupacional (antes de que el trabajador empiece sus labores en la empresa), periódicas (programadas dependiendo el sistema de vigilancia epidemiológica o por cambios de ocupación), y de egreso.

No obstante, lamentablemente en la realidad colombiana se encuentra que cuando se realizan las evaluaciones médicas ocupacionales a usuarios ocupacionales de la voz, con frecuencia no se incluye la evaluación del funcionamiento vocal. Cuando se realizan las

evaluaciones, el seguimiento a los trabajadores no es siempre efectivo, por lo tanto, es limitada la implementación de actividades de prevención de problemas de voz basadas en el análisis de los resultados de las evaluaciones ocupacionales.

Conclusiones

En Colombia existe normatividad vigente que protege a los usuarios ocupacionales de la voz, y por ende permitiría garantizar su derecho a la salud vocal en los lugares de trabajo. No obstante, en la práctica se observa que hay ausencia de la implementación de algunas de estas normas en el campo de la salud vocal. Por ejemplo, cuando un profesor (usuario ocupacional de la voz) presenta problemas de voz algunas veces este problema no se reconoce como enfermedad laboral, o si se reconoce, el porcentaje de invalidez se determina como bajo, lo que puede implicar que el docente debe continuar trabajando (y de alguna forma, continuar perdiendo su voz).

Por otro lado, aunque el Decreto 1477 del 2014 incluye los problemas de la fonación dentro del listado de enfermedades laborales, dentro de los *agentes etiológicos/factores de riesgo ocupacional* **SÓLO** se incluye el *esfuerzo vocal constante*. No obstante, estudios previos han demostrado el efecto de las condiciones físicas de los lugares de trabajo (ruido, reverberación, temperatura), y las condiciones organizacionales (tipo de uso ocupacional de la voz, duración del uso ocupacional de la voz, entre otros) en la ocurrencia de los problemas de voz^{4,5,14,15}.

Por lo tanto, sería importante crear mesas de trabajo interdisciplinarias (fonoaudiología, otorrinolaringología, educación, locución, entre otros) que permitan evaluar y monitorear el cumplimiento de la normatividad vigente en Salud y Seguridad en el Trabajo aplicada al área de la voz ocupacional. Esta información es fundamental para la construcción de los programas de vigilancia epidemiológica en voz, y por ende para disminuir la ocurrencia de los problemas de voz en estos trabajadores y sus consecuencias.

Referencias

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Boletín Técnico - Educación Formal (EDUC) - 2020 [Internet]. Bogotá, Colombia: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE); 2021 Jun p. 38. Available from: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/educacion/bol_EDUC_20.pdf.

2. Vilkmán E. Voice problems at work: A challenge for occupational safety and health arrangement. *Folia Phoniatr Logop Off Organ Int Assoc Logop Phoniatr IALP*. 2000 Jun;52(1–3):120–5.
3. Manfredi C, Dejonckere PH. Voice dosimetry and monitoring, with emphasis on professional voice diseases: Critical review and framework for future research. *Logoped Phoniatr Vocol*. 2016;41(2):49–65.
4. Cantor Cutiva LC, Burdorf A. Effects of noise and acoustics in schools on vocal health in teachers. *Noise Health*. 2015 Feb;17(74):17–22.
5. Cantor Cutiva LC, Burdorf A. Work-Related Determinants of Voice Complaints Among School Workers: An Eleven-Month Follow-Up Study. *Am J Speech Lang Pathol*. 2016;25(4):590–7.
6. Cantor Cutiva LC, Burdorf A. Medical Costs and Productivity Costs Related to Voice Symptoms in Colombian Teachers. *J Voice Off J Voice Found*. 2015 Nov;29(6):776.e15–22.
7. Cantor Cutiva LC, Burdorf A. Factors associated with voice-related quality of life among teachers with voice complaints. *J Commun Disord*. 2014 Dec;52:134–42.
8. Ministerio del Trabajo. Decreto 1477 de 2014. 1477 Agosto, 2014 p. 109.
9. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. 100 p. 132.
10. Presidente de la República de Colombia. Decreto 614 de 1984 [Internet]. 614 Mar 14, 1984 p. 22. Available from: http://copaso.upbbga.edu.co/legislacion/decreto_614%2084%20Organizacion%20y%20Administracion%20Salud%20Ocupacional.pdf.
11. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social & Ministerio de Salud, 1989. Resolución 1016 de 1989. 1016 p. 6.
12. Ministerio de la Protección Social. Resolución 2346 de 2007. 2346 Jul 11, 2007 p. 11.
13. Cantor Cutiva LC, Fajardo A, Burdorf A. Associations between self-perceived voice disorders in teachers, perceptual assessment by speech-language pathologists, and instrumental analysis. *Int J Speech Lang Pathol*. 2016;18(6):550–9.
14. Cantor Cutiva LC, Burdorf A. Teaching and Voice Disorders: A Meta-analysis. In Los Angeles, USA.; 2012.
15. Cantor Cutiva LC, Vogel I, Burdorf A. Voice disorders in teachers and their associations with work-related factors: a systematic review. *J Commun Disord*. 2013 Apr;46(2):143–55.

CAPÍTULO 4: DISTÚRBO DE VOZ RELACIONADO AO TRABALHO NA COLÔMBIA¹



Lady Catherine Cantor Cutiva^Q

Introdução

De acordo com dados oficiais do Departamento Administrativo Nacional de Estatística (*Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE*), havia 448.866 professores em todo o país na Colômbia em 2020 (pré-escola, ensino fundamental, ensino médio e Ciclos de Instrução Integrada Especial)¹, dos quais 90% realizam atividades de ensino direto e 10% atividades administrativas; e 66% são mulheres, enquanto 34% são homens.

Sendo profissionais que utilizam a voz como principal ferramenta de trabalho para despertar o interesse dos alunos, chamar a atenção, fazê-los compreender e reter uma mensagem³, os professores fazem parte dos chamados *usuários ocupacionais da voz* com ênfase pedagógica². Neste contexto, a voz é reconhecida como uma das ferramentas de trabalho mais importantes para a realização das suas tarefas e, como tal, pode ser afetada por diferentes condições de trabalho, como elevados níveis de ruído de fundo, más condições acústicas, longas jornadas de trabalho, grupos grandes de alunos, e poucos períodos de repouso vocal, entre outros^{4,5}.

Embora o efeito das condições de trabalho na saúde vocal de usuários ocupacionais da voz já tenha sido explorado anteriormente e suas consequências socioeconômicas tenham sido reconhecidas em termos de custos diretos e indiretos⁶, bem como o impacto na qualidade de vida⁷, somente em 20148 os problemas de voz foram reconhecidos como doença ocupacional na Colômbia, por meio do Decreto 1477. Tal Decreto define o *Grupo VII - Doenças do ouvido e problemas de fala*, que inclui laringite crônica (J37.0), pólipos nas cordas vocais e laringe (J38.1), nódulos das cordas vocais e laringe (J38.2) e disфонia (R49.0), como doenças ocupacionais⁸.

¹ Informações sobre este tema foram publicadas recentemente em Mello, M. C. M. B. D., Cantor-Cutiva, L. C., & Ferreira, L. P. (2021, September). Panorama de tres países latinoamericanos en problemas de voz relacionados con condiciones de trabajo. In CoDAS (Vol. 33). Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.

O reconhecimento dos problemas de voz como doença ocupacional teve implicações relevantes para os usuários profissionais da voz na Colômbia, uma vez que a Lei 100 de 1993 estabeleceu o Sistema Geral de Previdência Social em Saúde (SGSSS) e o Sistema Geral de Riscos Profissionais (SGRP). O SGSSS regula o serviço de saúde dos colombianos operando por meio de 2 (dois) tipos de filiações: regime contributivo e regime subsidiado⁹. Por um lado, as pessoas que trabalham ou trabalharam (e seus familiares, se forem menores de 18 anos) são membros do regime contributivo e, portanto, possuem rendimentos econômicos para custear o registro no SGSSS. Por outro lado, os membros do regime subsidiado são pessoas que NÃO têm condições para pagá-lo e, como tal, são subsidiados através de mecanismos específicos. Nesse sistema, o Regime de Benefícios pode ser coberto pelo *Plano de Saúde Obrigatório*, que permite a proteção-promoção da saúde e a prevenção-diagnóstico-tratamento-reabilitação da doença. Por outro lado, o SGRP regulamenta os benefícios sociais para os trabalhadores que sofrem de doenças ocupacionais ou acidentes de trabalho. Uma vez que os benefícios sociais variam entre o SGSSS e o SGRP, esta diferenciação é muito importante e, por isso, a inclusão dos problemas de voz como doença ocupacional no Decreto 1477 de 2014 foi muito relevante.

Atividades do Sistema Geral de Riscos Profissionais (SGRP)

Na legislação colombiana, o *Decreto 614 de 1984* estabelece as bases para a organização e administração da (anteriormente chamada) saúde ocupacional¹⁰. Esse decreto também estipula a necessidade de delinear ações voltadas à prevenção de doenças ocupacionais por meio do controle da exposição a fatores de risco no ambiente de trabalho. Nesse contexto e para os Distúrbios de Voz Relacionados ao Trabalho (DVRT), os programas de saúde ocupacional devem contemplar ações que visem prevenir os problemas de voz decorrentes da exposição ocupacional às condições de trabalho, como altos níveis de ruído, longos tempos de reverberação, e altos níveis de estresse, entre outros.

Posteriormente, a *Resolução 1016* foi promulgada cinco anos depois, em 1989, regulamentando a *organização, funcionamento e forma dos Programas de Saúde Ocupacional que os empregadores devem desenvolver no país*. O Artigo 2 estabelece a inclusão das atividades de Medicina Preventiva, Medicina do Trabalho, Higiene Industrial e Segurança Industrial nos subprogramas de saúde ocupacional¹¹. Com base nesta Resolução para DVRTs, as atividades de Medicina Preventiva e Ocupacional devem incluir: (i) a realização de testes de voz (exame médico admissional, periódico e de aposentadoria) para

usuários profissionais da voz; (ii) a concepção e o desenvolvimento de programas de vigilância epidemiológica vocal (em articulação com o subprograma de Higiene e Segurança Industrial) que permitam monitorizar a ocorrência de problemas vocais e a sua possível relação com condições específicas de trabalho; (iii) a investigação e análise de problemas de voz associados às condições de trabalho; e (iv) visitas a locais de trabalho para identificar condições que possam levar a problemas de voz, entre outras atividades.

Ressalta-se que embora essas normas tenham sido publicadas na década de 1980 (1984 e 1989), atualmente existem diversos grupos de usuários profissionais da voz que não se beneficiam das atividades de saúde ocupacional devido à flexibilidade de seus vínculos empregatícios e pela atuação em mais de uma empresa (por exemplo, locutores, cantores, advogados, entre outros), o que pode ter impactos negativos na saúde vocal e afetar significativamente um de seus principais instrumentos de trabalho.

Determinação de Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho a Colômbia

Na Colômbia, a Resolução 2.346 de 2007 regulamenta a prática de *exames médicos ocupacionais e a gestão de registros médicos ocupacionais*¹². De acordo com esta Resolução, os exames médicos ocupacionais devem ser específicos de acordo com os fatores de risco a que o trabalhador estará exposto e com as condições individuais¹². Em outras palavras, o exame médico ocupacional do profissional da voz deve incluir o exame de funcionamento vocal realizado por fonoaudiólogo com formação em Segurança e Saúde Ocupacional. De fato, a literatura relata que o exame médico ocupacional do profissional da voz deve incluir, no mínimo, o exame perceptivo e acústico da produção vocal, além do autorrelato do profissional¹³.

Além disso, a Resolução 2346 de 2007 ratifica que, no mínimo, os empregadores devem realizar exames admissional (antes de começar a trabalhar na empresa), periódico (que deve ser agendado em função do sistema de vigilância epidemiológica ou em função de mudança de ocupação) e demissional após sair da empresa.

No entanto, a avaliação do funcionamento vocal muitas vezes não é incluída nos exames médicos de emprego em usuários profissionais da voz na realidade colombiana. Além disso, o acompanhamento dos profissionais nem sempre é eficaz no momento da avaliação e, portanto, há uma implementação limitada de atividades de prevenção de problemas de voz a partir da análise dos resultados dos exames médicos laborais.

Conclusão

Existem normas em vigor na Colômbia que protegem os usuários profissionais da voz, o que garantiria o direito destes profissionais à saúde vocal no trabalho. Porém, muitas vezes, algumas dessas normas não são implementadas na área de saúde vocal. Por exemplo, os problemas de voz de um professor (profissional da voz) nem sempre são reconhecidos como doença ocupacional, ou o percentual de deficiência é determinado como baixo, o que pode implicar que o professor não deve interromper a atividade profissional (e, de alguma forma, continuar prejudicando a voz).

Por outro lado, embora o Decreto 1477 de 2014 inclua os problemas de fonação no rol de doenças ocupacionais, **APENAS** o *esforço vocal constante* está incluído entre os *agentes etiológicos/fatores de risco ocupacionais*. No entanto, estudos anteriores demonstraram o efeito das condições físicas dos locais de trabalho (como ruído, reverberação e temperatura) e das condições organizacionais (como tipo de uso profissional da voz, tempo de uso profissional da voz, entre outros) na ocorrência de problemas de voz^{4,5,14,15}.

Portanto, seria muito relevante a criação de equipes interdisciplinares (fonoaudiologia, otorrinolaringologia, educação, fala, entre outras) que permitissem avaliar e monitorar o cumprimento das normas vigentes de Segurança e Saúde no Trabalho aplicadas à área da voz profissional. Essas informações são essenciais para o desenvolvimento de programas de vigilância epidemiológica vocal e para, assim, reduzir a ocorrência de problemas vocais e suas consequências nesses profissionais.

Referências

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Boletín Técnico - Educación Formal (EDUC) - 2020 [Internet]. Bogotá, Colombia: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE); 2021 Jun p. 38. Available from: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/educacion/bol_EDUC_20.pdf.
2. Vilkman E. Voice problems at work: A challenge for occupational safety and health arrangement. *Folia Phoniatr Logop Off Organ Int Assoc Logop Phoniatr IALP*. 2000 Jun;52(1-3):120-5.
3. Manfredi C, Dejonckere PH. Voice dosimetry and monitoring, with emphasis on professional voice diseases: Critical review and framework for future research. *Logoped Phoniatr Vocol*. 2016;41(2):49-65.
4. Cantor Cutiva LC, Burdorf A. Effects of noise and acoustics in schools on vocal health in teachers. *Noise Health*. 2015 Feb;17(74):17-22.

5. Cantor Cutiva LC, Burdorf A. Work-Related Determinants of Voice Complaints Among School Workers: An Eleven-Month Follow-Up Study. *Am J Speech Lang Pathol.* 2016;25(4):590–7.
6. Cantor Cutiva LC, Burdorf A. Medical Costs and Productivity Costs Related to Voice Symptoms in Colombian Teachers. *J Voice Off J Voice Found.* 2015 Nov;29(6):776.e15-22.
7. Cantor Cutiva LC, Burdorf A. Factors associated with voice-related quality of life among teachers with voice complaints. *J Commun Disord.* 2014 Dec;52:134–42.
8. Ministerio del Trabajo. Decreto 1477 de 2014. 1477 Agosto, 2014 p. 109.
9. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. 100 p. 132.
10. Presidente de la República de Colombia. Decreto 614 de 1984 [Internet]. 614 Mar 14, 1984 p. 22. Available from: http://copaso.upbbga.edu.co/legislacion/decreto_614%2084%20Organizacion%20y%20Administracion%20Salud%20Ocupacional.pdf.
11. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social & Ministerio de Salud, 1989. Resolución 1016 de 1989. 1016 p. 6.
12. Ministerio de la Protección Social. Resolución 2346 de 2007. 2346 Jul 11, 2007 p. 11.
13. Cantor Cutiva LC, Fajardo A, Burdorf A. Associations between self-perceived voice disorders in teachers, perceptual assessment by speech-language pathologists, and instrumental analysis. *Int J Speech Lang Pathol.* 2016;18(6):550–9.
14. Cantor Cutiva LC, Burdorf A. Teaching and Voice Disorders: A Meta-analysis. In Los Angeles, USA.; 2012.
15. Cantor Cutiva LC, Vogel I, Burdorf A. Voice disorders in teachers and their associations with work-related factors: a systematic review. *J Commun Disord.* 2013 Apr;46(2):143–55.

CHAPTER 4: WORK-RELATED VOICE DISORDERS IN COLOMBIA¹



Lady Catherine Cantor Cutiva^Q

Introduction

According to official figures from the National Administrative Department of Statistics (*Departamento Administrativo Nacional de Estadística*, DANE), there were 448,866 teachers nationwide in Colombia in 2020 (preschool, primary school, elementary school, middle school, and Special Integrated Instruction Cycles)¹, of which 90% carry out direct teaching activities and 10% administrative activities; and 66% are women, while 34% are men.

As professionals who use their voice as the main working tool to interest students, draw their attention, make them understand and retain a message³, teachers are part of the so-called occupational voice users with pedagogical emphasis². In this context, the voice is recognized as one of the most important working tools for carrying out their tasks and, as such, it can be affected by different working conditions, such as high levels of background noise, poor acoustic conditions, long working hours, large groups of students, few periods of vocal rest, among others^{4,5}.

Although the effect of working conditions on the vocal health of occupational voice users has been previously explored and its socioeconomic consequences have been recognized in terms of direct and indirect costs⁶, as well as the impact on quality of life⁷, voice problems were recognized as an occupational disease in Colombia only in 2014⁸, through the Decree No. 1477. This Decree defines *Group VII - Ear diseases and speech problems*, which includes chronic laryngitis (J37.0), polyp on the vocal cords and larynx (J38.1), vocal cord nodules and larynx (J38.2), and dysphonia (R49.0), as occupational diseases⁸.

The recognition of voice problems as an occupational disease had relevant implications for professional voice users in Colombia, since Law 100 of 1993 established the

¹ Information on this topic has recently been published in Mello, M. C. M. B. D., Cantor-Cutiva, L. C., & Ferreira, L. P. (2021, September). Panorama de tres países latinoamericanos en problemas de voz relacionados con condiciones de trabajo. In CoDAS (Vol. 33). Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.

General System of Social Security in Health (SGSSS) and the General System of Professional Risks (SGRP). The SGSSS regulates the health service of Colombians operating through 2 (two) types of affiliations: contributory regime and subsidized regime⁹. On the one hand, members of the contributory regime are people who work or worked (and their relatives, if they are under 18 years of age) and, therefore, have economic income to pay for their membership in the SGSSS. On the other hand, the members of the subsidized regime are people who are NOT able to pay for it and, as such, are subsidized through specific mechanisms. Within this system, the Benefits Scheme may be covered through the *Mandatory Health Plan*, which allows the protection-promotion of health, and the prevention-diagnosis-treatment-rehabilitation of the disease. On the other hand, the SGRP regulates social benefits for those workers who suffer from occupational diseases or work accidents. Since social benefits vary between the SGSSS and the SGRP, this differentiation is very important and, as so, it was really relevant to include voice problems as an occupational disease in Decree 1477 of 2014.

Activities of the General System of Professional Risks (SGRP)

In Colombian legislation, *Decree 614 of 1984* lays the groundwork for the organization and administration of (previously called) occupational health¹⁰. This decree also stipulates the need to design actions aimed at preventing occupational diseases through the control of exposure to risk factors in the workplace. In this context and for Work-Related Voice Disorders (WRVD), occupational health programs must include actions aimed at preventing voice problems derived from occupational exposure to working conditions, such as high noise levels, long reverberation times, high stress levels, among others.

Then, *Resolution 1016* was issued five years later, in 1989, regulating the *organization, operation and form of Occupational Health Programs that employers must develop in the country*. *Article 2* establishes the inclusion of Preventive Medicine, Occupational Medicine, Industrial Hygiene and Industrial Safety activities within the occupational health subprograms¹¹. Based on this Resolution for WRVDs, Preventive and Occupational Medicine activities should include: (i) the performance of voice tests (pre-employment, periodic and retirement medical test) to professional voice users; (ii) the design and development of voice epidemiological surveillance programs (together with the Industrial Hygiene and Safety subprogram) that allow monitoring the occurrence of voice problems, and their possible relationship with specific working conditions; (iii) investigating and analyzing

voice problems associated with working conditions; and (iv) visiting workplaces to identify conditions that may lead to voice problems, among other activities.

It should be noted that although these standards were published in the 1980s (1984 and 1989), there are currently several groups of professional voice users who do not benefit from occupational health activities due to the flexibility of their employment relationship and to their activities in more than one company (for example, announcers, singers, lawyers, among others), which may have negative impacts on their vocal health and can significantly affect one of their main work tools.

Determination of Work-related Voice Disorders in Colombia

In Colombia, Resolution 2346 of 2007 regulates the practice of *occupational medical examinations and the management of occupational medical records*¹². According to this Resolution, occupational medical examinations must be specific according to the risk factors to which the worker will be exposed and to individual conditions¹². In other words, the occupational medical examinations of professional voice users should include an examination of vocal functioning carried out by a speech-language pathologist trained in Occupational Safety and Health. In fact, the literature reports that occupational medical examinations of professional voice users should include at least the perceptual and acoustic examination of voice production, in addition to the professional's self-report¹³.

In addition, Resolution 2346 of 2007 ratifies that, as a minimum, employers must carry out pre-employment (before starting to work in the company), periodic (which should be scheduled depending on the epidemiological surveillance system or due to changes in occupation) and post-employment medical examinations.

However, the evaluation of vocal functioning is often not included in employment medical examinations on professional voice users in the Colombian reality. In addition, monitoring of professionals is not always effective when evaluations are carried out and, thus, there is limited implementation of activities for the prevention of voice problems based on the analysis of the results of employment medical examinations.

Conclusion

There are regulations in force in Colombia protecting professional voice users, which would guarantee their right to vocal health in the workplace. However, many times some of

these standards are not implemented in the field of vocal health. For example, the voice problems of a teacher (professional voice user) are not always recognized as an occupational disease, or the percentage of disability is determined as low, which may imply that the teacher must continue working (and somehow continue to lose their voice).

On the other hand, although Decree 1477 of 2014 includes phonation problems within the list of occupational diseases, **ONLY** *constant vocal effort* is included within the *etiological agents/occupational risk factors*. However, previous studies have shown the effect of physical conditions in workplaces (such as noise, reverberation, and temperature), and organizational conditions (such as type of professional use of voice, duration of professional use of voice, among others) in the occurrence of voice problems^{4,5,14,15}.

Therefore, it would be really relevant to create interdisciplinary teams (speech-language pathology, otorhinolaryngology, education, speech, among others) that allow evaluating and monitoring compliance with current regulations on Health and Safety at Work applied to the area of professional voice. This information is essential for the development of voice epidemiological surveillance programs and, thus, to reduce the occurrence of voice problems and their consequences in these professionals.

References

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Boletín Técnico - Educación Formal (EDUC) - 2020 [Internet]. Bogotá, Colombia: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE); 2021 Jun p. 38. Available from: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/educacion/bol_EDUC_20.pdf.
2. Vilkman E. Voice problems at work: A challenge for occupational safety and health arrangement. *Folia Phoniatr Logop Off Organ Int Assoc Logop Phoniatr IALP*. 2000 Jun;52(1-3):120-5.
3. Manfredi C, Dejonckere PH. Voice dosimetry and monitoring, with emphasis on professional voice diseases: Critical review and framework for future research. *Logoped Phoniatr Vocol*. 2016;41(2):49-65.
4. Cantor Cutiva LC, Burdorf A. Effects of noise and acoustics in schools on vocal health in teachers. *Noise Health*. 2015 Feb;17(74):17-22.
5. Cantor Cutiva LC, Burdorf A. Work-Related Determinants of Voice Complaints Among School Workers: An Eleven-Month Follow-Up Study. *Am J Speech Lang Pathol*. 2016;25(4):590-7.
6. Cantor Cutiva LC, Burdorf A. Medical Costs and Productivity Costs Related to Voice Symptoms in Colombian Teachers. *J Voice Off J Voice Found*. 2015 Nov;29(6):776.e15-22.
7. Cantor Cutiva LC, Burdorf A. Factors associated with voice-related quality of life among teachers with voice complaints. *J Commun Disord*. 2014 Dec;52:134-42.
8. Ministerio del Trabajo. Decreto 1477 de 2014. 1477 Agosto, 2014 p. 109.
9. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. 100 p. 132.

10. Presidente de la República de Colombia. Decreto 614 de 1984 [Internet]. 614 Mar 14, 1984 p. 22. Available from: http://copaso.upbbga.edu.co/legislacion/decreto_614%2084%20Organizacion%20y%20Administracion%20Salud%20Ocupacional.pdf.
11. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social & Ministerio de Salud, 1989. Resolución 1016 de 1989. 1016 p. 6.
12. Ministerio de la Protección Social. Resolución 2346 de 2007. 2346 Jul 11, 2007 p. 11.
13. Cantor Cutiva LC, Fajardo A, Burdorf A. Associations between self-perceived voice disorders in teachers, perceptual assessment by speech-language pathologists, and instrumental analysis. *Int J Speech Lang Pathol*. 2016;18(6):550–9.
14. Cantor Cutiva LC, Burdorf A. Teaching and Voice Disorders: A Meta-analysis. In Los Angeles, USA.; 2012.
15. Cantor Cutiva LC, Vogel I, Burdorf A. Voice disorders in teachers and their associations with work-related factors: a systematic review. *J Commun Disord*. 2013 Apr;46(2):143–55.

CAPÍTULO 5: ENFOQUE OCUPACIONAL DE LA DISFONÍA: REALIDAD EN EL PERÚ



Maria de Fátima Pires Dantas Cavalcanti 

Monica Paredes Garcia 

Las personas que utilizan la voz profesionalmente, suelen presentar alteraciones en su voz que pueden tener un origen multifactorial. Existen una serie de estudios en la literatura mundial que reportan problemas vocales entre los profesionales de la voz, donde los profesores son considerados la categoría de mayor exposición a los diferentes riesgos que pueden influenciar en la salud vocal^{1,2}. Los maestros utilizan su voz durante muchas horas continuas, generalmente sin contar con un entrenamiento vocal, además de falta de conocimiento de salud vocal y/o condiciones ambientales adversas que podrían comprometer su salud en mayor o menor grado. El término voz ocupacional se utiliza para referirse a aquellas profesiones en las que la voz es la herramienta de trabajo, sobre todo los maestros constituyen uno de los grupos profesionales más afectados por el uso intensivo de la voz³. La promoción de la salud vocal general del profesor es una herramienta primordial para la prevención de las alteraciones en la voz considerando la disfonía como un riesgo en la salud vocal del docente, perjudicando su vida profesional. La alteración de voz en el profesor puede promover el ausentismo laboral, la licencia médica, la incapacidad laboral y en los casos más severos puede llegar a la reasignación de tareas.

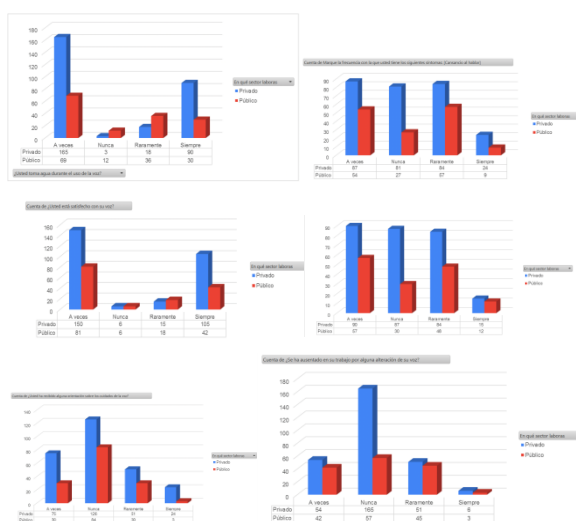
En el Perú también se realizan algunos esfuerzos para abordar el tema, principalmente durante la Campaña por el Día Mundial de la Voz que tiene lugar desde el 2002, a través del Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL), donde se brindan charlas y cursos gratuitos ya sea presenciales u online, dirigidos a profesores. La Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), juntamente con CPAL, promueve investigaciones sobre la voz del profesor en la asignatura de Voz de Maestría en Fonoaudiología.

Salas y cols.⁴ realizaron un estudio para determinar la prevalencia de disfonía en profesores de primaria y secundaria del distrito de Pampas-Tayacaja Huancavelica. Entrevistaron a setenta y cinco profesores cuya edad promedio fue de 36.8 años, en el que participaron treinta y dos mujeres y cuarenta y tres varones. La prevalencia de disfonía

acumulada durante el tiempo de trabajo fue de 44%, la mayor parte de sujetos reveló que no habían sido capacitados para hacer un adecuado uso de su voz. Se encontró que el 74.7% dictaba más de quince horas semanales el 53.3% señaló estar expuesto al polvo de la tiza y 37.3% estar expuesto al ruido ambiental lo que interfería con el dictado de clases.

En la investigación realizada por Cavero, Ching y Quiñones⁵, se utilizó el protocolo Disturbio de la Voz Relacionado al Trabajo (DVRT) con la participación de 140 profesores. Los resultados apuntan que el 40% declara tener alguna alteración vocal y el 31% manifiesta que tuvo en el pasado alguna alteración vocal. Cuando se interrogó sobre el tratamiento recibido a los que sostuvieron tener o haber tenido alteración vocal, el 53% dijo no haber recibido tratamiento alguno. El 39% refiere haber recibido tratamiento con medicamentos y el 2% haber recibido terapia fonoaudiológica. Respecto a la opinión del profesor acerca de cuál sería la causa de su alteración vocal, el 51% hizo referencia al uso intensivo de la voz, el 31% a una infección respiratoria y el 18% a la exposición al frío.

En estudios más recientes, aún en fase preliminar, se utiliza el protocolo DVRT (Disturbio de la Voz relacionado al trabajo) en 300 profesores del sector público y 300 maestros del sector privado, con el propósito de estudiar las condiciones de trabajo en ambos sectores laborales, lo que de alguna manera podría contribuir al levantamiento de información que pueda servir de evidencia para generar políticas de prevención y atención temprana. Los resultados preliminares apuntan a una falta de orientación sobre la salud y entrenamiento vocal, lo que sería fundamental para incluir dentro de la currícula formativa de los profesores en las universidades, un curso teórico-práctico sobre todos los aspectos que involucran la voz, dentro del ejercicio profesional y en los colegios, programas de capacitación y orientación de las normas sobre salud ocupacional en nuestro país.



La decisión de utilizar y formalizar el documento Disturbio de la Voz Relacionado al Trabajo (DVRT) es porque brinda los derechos y condiciones de mantenimiento de la salud vocal y general del profesor. Es importante mencionar que este documento, en el año 2009 fue revisado en el II Seminario Nacional de la Voz, realizado en la PUC-SP, y allí se resaltó la importancia de los aspectos ambientales y de la organización del trabajo como factores asociados para el desarrollo de las alteraciones de la voz relacionadas al trabajo y los impactos generados en la vida del trabajador⁶.

Este documento promueve la identificación de la disfonía como enfermedad relacionada al trabajo desde el punto de vista integral e interdisciplinario, en el sentido de reconocer que una alteración en la voz no es determinada únicamente por el uso prolongado o excesivo de la voz y que existen otros factores que contribuyen para el desarrollo de las alteraciones de la voz⁷. El DVRT debería ser reconocido en toda Latinoamérica como un documento oficial basado en legislaciones y aprobado por el Ministerio de la Salud de cada país. Los factores de riesgo agravantes y desencadenantes del DVRT son agrupados en organizacionales del proceso de trabajo y ambientales. En el proceso de trabajo podemos destacar el acumulo de actividades o de funciones, donde existe una demanda vocal excesiva con ausencia de pausas y falta de locales de descanso durante el horario de trabajo. En factores ambientales destacamos la acústica desfavorable y el nivel de humedad característico de Lima, capital del Perú. Por otro lado, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)⁸ sería de gran ayuda en este proceso porque es una clasificación que define los componentes de la salud y algunos componentes relacionados con la salud del bienestar (tales como educación, trabajo, entre otros) y agrupa sistemáticamente los distintos dominios de una persona en un determinado estado de salud (ejemplo: una persona con una alteración de voz). El concepto de funcionamiento se puede considerar como un término global, que hace referencia a todas las Funciones Corporales, Actividades y Participación; de manera similar, discapacidad que engloba las deficiencias y limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación. La CIF también enumera Factores Ambientales que interactúan con las funciones descritas anteriormente. La disfonía del docente en el marco teórico de la (CIF) está descrita en el capítulo 3 titulado Funciones de la voz y el habla y menciona las funciones de la voz, las funciones de la articulación y las funciones relacionadas con la fluidez y el ritmo del habla. Dentro de las funciones de la voz y el habla, describe las funciones involucradas en la producción de sonidos del habla y de las funciones de la voz. Refiere las funciones implicadas en la producción de diferentes sonidos mediante el paso de aire a través de la laringe e incluye: funciones de producción y calidad de

la voz; funciones de fonación, tono, volumen y otras cualidades de la voz, además de las deficiencias tales como la afonía, disfonía o ronquera. La importancia de la voz desde el punto de vista ocupacional, apoyada en la CIF puede complementar el diagnóstico médico laringológico en pos de un pronóstico de la salud vocal del docente⁹. El término complementar, se define para categorizar la disfonía ocupacional no solamente desde el punto de vista anatómico (lesión en el pliegue vocal), diagnosticado por el médico otorrinolaringólogo, sino involucrando las estructuras corporales y funcionales identificando los factores que perjudican a la salud vocal en el entorno ambiental y características individuales del estado de salud de los docentes.

El Estudio Exploratorio de La Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe de la UNESCO¹⁰ describe las condiciones de trabajo y salud docente (estudio de caso en Perú) en el que se determinó el perfil patológico de los participantes, y se encontró que entre el 9% y el 46% de los docentes han presentado disfonía (diagnosticada por médico), ubicándola entre las primeras tres enfermedades asociadas a exigencias ergonómicas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹¹ ha mostrado interés por desarrollar políticas de promoción de la salud en el trabajo, ya que considera un entorno de trabajo saludable al lugar donde todos trabajan unidos para alcanzar una visión conjunta de la salud y bienestar para todos los trabajadores y de la comunidad. Asimismo, La Organización Internacional del Trabajo (OIT)¹² introdujo el término de trabajo docente, que se refiere al concepto que busca expresar lo que debería ser, en el mundo globalizado, un buen trabajo o un empleo digno. Este concepto alimenta la idea de buscar condiciones de trabajo adecuadas en el mundo laboral del docente. En el Perú, las organizaciones públicas con millones de empleados, difícilmente evidencian trabajos de implementación de cultura preventiva de salud; a pesar que existen leyes reguladoras con ámbito de aplicación tanto público como privado. Así empleados que laboran en instituciones del estado; como los docentes; por las condiciones en las que ejecutan sus actividades labores, pueden ser vulnerables a desarrollar cualquier trastorno de salud. En el caso específico de los profesores, se puede constatar que estos perciben condiciones de trabajo en muchos casos precarias y con un alto nivel de demanda laboral (intensificación del trabajo), donde se minimiza el riesgo de salud porque se mira el oficio y no las condiciones que de una u otra manera pueden generar enfermedad. Las actividades enfocadas al sector educativo se encuentran incluidas en el sector terciario de la economía peruana, el cual tiene como objetivo ofrecer servicios a la población. Se han reportado estudios diversos que concluyen que la docencia no es reconocida como una profesión, sino, como una vocación, por lo que no se percibe que requiera esfuerzos o

condiciones especiales para su desempeño, condiciones que pueden afectar el desarrollo y calidad de vida de los docentes. Este sustento se convierte en un obstáculo para planificar estrategias de promoción de la salud en mejora de las condiciones de trabajo en este grupo ocupacional. La Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe (OREALC), y la UNESCO desarrollaron en el año 2005, un estudio sobre condiciones de trabajo y salud docente en el Perú; algunos de los resultados encontrados fueron el predominio de formas de trabajo tradicionales, como “hablar mucho, forzando la voz” y “estar de pie muchas horas”, que reflejan típicamente el manejo de metodologías frontales y poco participativas. Por lo tanto, las condiciones de trabajo del profesor son definidas por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), como: Un amplio escenario donde convergen un conjunto de dimensiones sociales, personales y físicas, en la cuales laboran los docentes y la salud como un concepto social, psicológico y biológico que influye fuertemente en la manera como los docentes, acuden a trabajar. La Ley de Seguridad y Salud en el trabajo en el Perú; tiene como objetivo promover una cultura de prevención de riesgos laborales en el país. La presente Ley es aplicable a todos los sectores económicos y de servicios; comprende a todos los empleados públicos y los trabajadores bajo el régimen laboral de la actividad privada en todo el territorio nacional. Por lo tanto, seguir los lineamientos de esta ley implica implementar un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo en el trabajo de los profesores.

La población docente en el Perú asciende a los 370. 000 profesores aproximadamente; cuya mayor concentración se encuentra en la zona urbana, un 39%. De este grupo el 62% son mujeres y el promedio de edad es de 45 años.

La problemática de salud ocupacional del profesor en nuestra realidad nacional no es ajena a lo que ocurre en el mundo, ya que en la Encuesta Nacional de Instituciones Públicas y Privadas en el 2014 se muestra que el 45% de docentes peruanos de las instituciones públicas han reportado problemas en la garganta, disfonía, afonía e inflamaciones, esta cifra se incrementa hasta un 46% en zonas urbanas especialmente en los profesores del nivel inicial y secundaria. En la costa un 49% de docentes ha reportado este tipo de problemas¹³.

Más aun, la condición de trabajo de los profesores, los lleva a exponerse a riesgos ergonómicos y por ende desencadenan trastornos músculo esqueléticos, por lo que el 18% de los profesores de las instituciones públicas a nivel nacional ha reportado lesiones en la columna y este porcentaje se incrementa en la zona urbana en un 19%. Existen otros problemas de salud reportados por los profesores, como la gastritis, ya que el 35% de

docentes ha reportado presentar problemas de salud y el 14% presentan afecciones del sistema urinario, de esta cifra la población femenina es más propensa en un 73%.

En el Perú SUNAFIL¹⁴, la Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral según la Ley 28806, se define como el organismo técnico especializado adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del empleo. Es responsable de promover, supervisar y fiscalizar el cumplimiento del ordenamiento jurídico sociolaboral. Además, de monitorear la seguridad y salud en el trabajo, así como brindar asesoría técnica, realizar investigaciones y proponer la emisión de normas sobre dichas materias.

SUNAFIL tiene una serie de funciones, entre ellas: Supervisar el cumplimiento de la normativa sociolaboral, aprobar las políticas institucionales en materia de inspección del trabajo, en concordancia con las políticas nacionales y sectoriales, formular y proponer las disposiciones normativas de su competencia, vigilar y exigir el cumplimiento de las normas legales, reglamentarias y convencionales además de las condiciones contractuales, imponer las sanciones legalmente establecidas por el incumplimiento de las normas sociolaborales, en el ámbito de su competencia, fomentar y brindar apoyo para la realización de actividades de promoción de las normas sociolaborales, prestar orientación y asistencia técnica especializada dentro del ámbito de su competencia, ejercer la facultad de ejecución coactiva, respecto de las sanciones impuestas en el ejercicio de sus competencias, vigilar y exigir el cumplimiento de las normas legales, reglamentarias, convencionales y las condiciones contractuales, suscribir convenios de gestión con los gobiernos regionales en materia de su competencia y otras funciones que le señala la ley o que le son encomendadas por el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo dentro de su ámbito de competencia.

La situación del Perú respecto a las Enfermedades ocupacionales es la siguiente:

El informe de accidentes de trabajo, incidentes peligrosos y enfermedades ocupacionales 2020, revela una serie de cifras, del total de notificaciones el 97.26% corresponde a accidentes de trabajo no mortales, el 0.68% accidentes mortales, 1.60% a incidentes peligrosos y 0.58% a enfermedades ocupacionales.

En ese contexto, se consideran enfermedades ocupacionales a aquellas cuyo origen está en el lugar donde trabaja la persona, el inicio de estas enfermedades es lento y solapado surge como resultado de repetidas exposiciones laborales e incluso puede ser por la sola presencia en el lugar de trabajo. Muchas de estas enfermedades son progresivas, inclusive luego que el trabajador haya sido retirado de la exposición al agente causal en algunos casos suelen ser irreversibles.

Las enfermedades ocupacionales más comunes en nuestro medio están clasificadas de la siguiente manera:

Factores de riesgo biológico, psicosocial, fisiológicos, ergonómicos, químicos, físicos, eléctricos, mecánicos y locativos. Sin embargo, en ninguno de los factores de riesgo de encuentra descrito de manera explícita la disfonía ocupacional.

La ley 29783, de seguridad y salud en el trabajo regula la obligatoriedad de llevar a cabo los exámenes médicos ocupacionales, la norma dispone que los exámenes sean realizados cada dos años de forma obligatoria y además al terminar la relación laboral.

La realidad en el Perú es, que aunque el profesor esté con una voz muy alterada, sigue dictando clases generando un esfuerzo físico y mental. La problemática de salud vocal descrita se convierte en un factor que produce impacto en cuanto al desarrollo de las actividades pedagógicas del profesor y permite explicar las causas de ausentismo laboral¹⁵.

Más aún, es relevante considerar el desconocimiento de los profesores sobre la salud vocal ocupacional; en ella el impacto de la exposición a las condiciones de trabajo en el bienestar físico, social y emocional de profesor; que se convierte en unos de los motivos significativos para la salud laboral en los procesos.

Consideramos que existe un largo camino por recorrer, lo que constituye un reto enorme cargado de responsabilidad para trabajar de cara al Estado. Es primordial diseñar y ejecutar acciones preventivas sobre salud vocal a través del Ministerio de Salud de forma sistemática y realizar la vigilancia y evaluación de la salud del profesorado desde la actividad laboral que realiza.

Referencias

1. FERREIRA, L.P; GIANNINI, S.P.P; LATORRE, M.R.D.O; ZENARI, M.S. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho: proposta de um instrumento para avaliação de professores. *istúrb. Comun, São Paulo*, 2007; v.19, n.1, p.127-136.
2. BEHLAU, M.; ZAMBON, F.; GUERRIERI, A.C.; ROY, N. Epidemiology of Voice Disorders in Teachers and Nonteachers in Brazil: Prevalence and Adverse Effects. Philadelphia, *Journal of Voice*, 2012, v.26, n.5, p. 665-674.
3. MORAWSKA, J. ; NIEIEBUDEK-BOGUSZ, E. Risk factors and prevalence of voice disorders in different occupational groups - a review of literature. *Otarynolaryngologia*, (2017). 16(3), 94-102. Obtenido de <http://www.otorynolaryngologia-pk.pl/f/file/orl-17-3-a3-morawska.pdf>. 2021.
4. SALAS, CENTENO e cols. Prevalencia de disfonía en profesores del distrito de Pampas-Taycaja Huancavelica. Tesis Maestría en Fonoaudiología. Pontificia Universidad Católica del Perú- Centro Peruano de Audición Lenguaje y Aprendizaje, 2004.

5. CAVERO R.; CHING, C.; QUIÑONES, F. Condiciones de producción vocal de profesores de educación inicial y primaria de instituciones educativas estatales y privadas del distrito de la Molina. Tesis Maestría en Fonoaudiología. Pontificia Universidad Católica del Perú- Centro Peruano de Audición Lenguaje y Aprendizaje, 2009.
6. FABRON, E.M.G.; SEBASTI O, L.T. Saúde Vocal do Professor: Relato de trajetória de ações preventivas ao longo de quinze anos em Universidade Pública. Estudos do Trabalho Ano IV. Revista da RET, 2010, n.7.16p.
7. FERREIRA, L.P.; SERVILHA, E.A.M.; MASSON, M.L.V.; REINALDI, M.B.F.M. Políticas públicas e voz do professor: caracterização das leis brasileiras. Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol., 2009, v.14, n.1, p.1-7.
8. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD: CIF, 2009. Obtenido de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>.
9. FARIAS, P. Enfoque ocupacional de la disfonía. Buenos aires [AR]: Akadia editorial, 2012. Obtenido de <https://www.elargonauta.com/libros/la-disfoniaocupacional/978-987-570-199-1>. Farias, P. 2021.
10. CALERO, P.; HUESO, C.; PLEFULEGUEZUELOS, H. et al. Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores del área medioambiental. Medicina y Seguridad del Trabajo. 2012. 58(226): 35-48.
11. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Entornos laborales saludables: fundamento y Modelo de la OMS. Ginebra, 2010.: Obtenido de http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf. 2021.
12. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Trabajo decente.2017 Obtenido de http://www.ilo.org/americas/sala-de-prensa/WCMS_LIM_653_SP/lang--es/index.htm. 2021.
13. MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CONSEJO NACIONAL DE EDUCACIÓN. Encuesta Nacional a Docente. 2014. Obtenido de <http://www.minedu.gob.pe/politicas/docencia/pdf/salud-ocupacional/cuidando-lavoz-aula.pdf>.
14. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE FISCALIZACIÓN LABORAL. Manual de Trabajo. Lima: Ley 28806, 2006. Obtenido de <http://www.gob.pe/sunafil.gob.pe>.2021.
15. MINISTERIO DE SALUD, DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD AMBIENTAL, DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SALUD OCUPACIONAL. Manual de Salud ocupacional. Lima: Ministerio de Salud; 2005. Obtenido de http://www.digesa.minsa.gob.pe/publicaciones/descargas/manual_deso.PDF. 2021.

CAPÍTULO 5: ABORDAGEM OCUPACIONAL PARA A DISFONIA: REALIDADE NO PERU



Maria de Fátima Pires Dantas Cavalcanti 

Monica Paredes Garcia 

Pessoas que usam a voz profissionalmente tendem a apresentar alterações na voz, que podem ser de origem multifatorial. Existem diversos estudos na literatura mundial que relatam problemas vocais em profissionais da voz, indicando que os professores são considerados a categoria com maior exposição aos diversos riscos que podem impactar a saúde vocal^{1,2}. O professor usa a voz por muitas horas contínuas, muitas vezes sem nenhum treinamento vocal, além do desconhecimento da saúde vocal e/ou condições ambientais adversas que poderiam impactar em sua saúde em maior ou menor grau. O termo “uso profissional da voz” é usado para se referir às profissões em que a voz é a ferramenta de trabalho, especialmente professores que são dos grupos profissionais mais afetados pelo uso intensivo da voz³. Considerando a disfonia como um risco à saúde vocal dos professores, que prejudica suas vidas profissionais, a promoção da saúde vocal geral de professores é uma ferramenta essencial para a prevenção dos distúrbios vocais. Alterações vocais de professores pode favorecer o absentismo, o afastamento médico, a incapacidade para o trabalho e pode levar à reatribuição de tarefas nos casos mais graves.

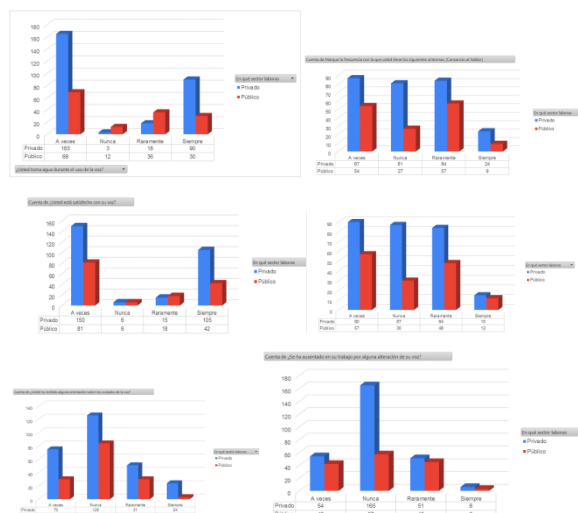
Existem alguns esforços no Peru para abordar o tema, principalmente durante a Campanha para o Dia Mundial da Voz que ocorre desde 2002, por meio do Centro Peruano de Audição, Linguagem e Aprendizagem (*Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje*, CPAL), que fornece Palestras e cursos gratuitos, presenciais ou online, destinados a professores. Em conjunto com o CPAL, a Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP) promove pesquisas sobre a voz do professor na disciplina de Voz do Mestrado em Fonoaudiologia.

Salas et al.⁴ realizaram um estudo para determinar a prevalência de disfonia em professores do ensino fundamental e médio do distrito de Pampas-Tayacaja Huancavelica. Os autores entrevistaram setenta e cinco professores com idade média de 36,8 anos, sendo trinta e duas mulheres e quarenta e três homens. A prevalência cumulativa de disfonia durante o

trabalho foi de 44%, e a maioria dos sujeitos relatou não ter realizado qualquer formação referente ao uso adequado da voz. O estudo constatou que 74,7% dos participantes trabalhavam com a voz por mais de quinze horas semanais, 53,3% relataram estar expostos ao pó de giz e 37,3% ao ruído ambiental, o que afetava o volume da voz nas aulas.

Por sua vez, a investigação de Cavero, Ching e Quiñones⁵ utilizou o protocolo Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT), incluindo 140 professores. Os resultados mostram que 40% relataram ter alguma alteração vocal e 31% relataram que já tiveram alguma alteração vocal no passado. Quando aqueles que alegaram ter ou ter tido uma deficiência foram vocal questionados sobre o tratamento recebido, 53% relataram não ter recebido nenhum tratamento. 39% relataram ter recebido tratamento medicamentoso e 2% afirmaram ter recebido terapia fonoaudiológica. Em relação à opinião do professor sobre a causa da alteração vocal, 51% relataram o uso intensivo da voz, 31% relataram a infecção respiratória e 18% relataram a exposição ao frio como principal causa.

Em estudos mais recentes que ainda estão em fase preliminar, o protocolo Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT) foi utilizado em 300 professores de instituições públicas e 300 professores de instituições privadas visando investigar as condições de trabalho em ambos os setores, o que de alguma forma poderia contribuir para a coleta de informações que possam servir de evidências para conduzir a políticas de prevenção e atenção precoce. Resultados preliminares indicam a falta de orientações sobre saúde e formação vocal, o que seria essencial dentro do currículo de formação de professores nas universidades, além da falta de curso teórico-prático sobre todos os aspectos que envolvem a voz, no exercício profissional e nas escolas, e programas de capacitação e orientação sobre normas de saúde ocupacional no Peru.



Existe uma decisão em utilizar e formalizar o protocolo de Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT), pois ele fornece os direitos e as condições para a manutenção da saúde vocal e geral do professor. Ressalta-se que este documento foi revisado em 2009 no II Seminário Nacional de Voz, realizado na PUC-SP, que destacou a importância dos aspectos ambientais e da organização do trabalho como fatores associados para o desenvolvimento dos distúrbios vocais relacionados ao trabalho e os impactos gerados na vida do profissional⁶.

Este documento promove a identificação da disfonia como doença do trabalho numa perspectiva integral e interdisciplinar, no sentido de reconhecer que uma alteração na voz não é determinada unicamente pelo uso prolongado ou excessivo da voz e que existem outros fatores que também contribuem para o desenvolvimento de distúrbios da voz⁷. Assim, o protocolo DVRT deve ser reconhecido em toda a América Latina como um documento oficial baseado na legislação e aprovado pelo Ministério da Saúde de cada país. Os fatores de risco agravantes e desencadeantes para o DVRT são agrupados em fatores organizacionais do trabalho e ambientais. Por um lado, podemos destacar o acúmulo de atividades ou funções nos fatores da organização do trabalho, onde há uma demanda vocal excessiva com ausência de pausas e falta de locais para repouso durante o horário de trabalho. Por outro lado, podemos destacar também a acústica desfavorável e o nível de umidade característico de Lima, capital do Peru, como fatores ambientais. Por sua vez, como uma classificação que define os componentes da saúde e alguns componentes relacionados à saúde do bem-estar (como educação, trabalho, etc.) e agrupa sistematicamente os diferentes domínios de uma pessoa em um determinado estado de saúde (por exemplo, pessoa com distúrbio de voz), a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)⁸ seria de grande ajuda nesse processo. O conceito de 'Funcionalidade' pode ser considerado como um termo global, referindo-se a todas as Funções e Estruturas do Corpo, Atividades e Participação. Da mesma forma, a deficiência engloba deficiências e limitações na atividade ou restrições à participação. Além disso, a CIF também lista os Fatores Ambientais que interagem com as funções descritas acima. A disfonia de professores no referencial teórico da CIF é descrita no Capítulo 3 (“Funções de voz e fala”), e menciona as “Funções de voz”, “Funções de articulação” e “Fluência e ritmo das funções de fala”. Dentro das funções de voz e fala, a CIF descreve as funções envolvidas na produção dos sons da fala e as funções da voz. O capítulo se refere às funções de produção de som feitas por meio da coordenação da laringe e dos músculos adjacentes com o sistema respiratório e inclui: “Produção de voz” e “Qualidade de

voz”; funções de produção de características da voz, incluindo altura, ressonância e outras características, além de deficiências como afonia, disfonia ou rouquidão. A importância da voz na perspectiva ocupacional, sustentada pela CIF, pode complementar o diagnóstico laringológico visando um prognóstico da saúde vocal do professor⁹. O termo complemento é definido para categorizar as disfonias ocupacionais não só do ponto de vista anatômico (lesão em prega vocal), diagnosticado pelo otorrinolaringologista, mas também envolvendo as estruturas corporais e funcionais identificando os fatores prejudiciais à saúde vocal nos aspectos ambientais e nas características individuais do estado de saúde dos professores.

O Estudo Exploratório do Escritório Regional da UNESCO para a América Latina e o Caribe (OREALC)¹⁰ descreve as condições de trabalho e saúde dos professores (estudo de caso no Peru) em que foi determinado o perfil patológico dos participantes, e mostrou que entre 9% e 46% dos professores apresentavam disfonia (diagnosticada pelo médico), que, portanto, está entre as três primeiras doenças associadas às demandas ergonômicas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS)¹¹ tem demonstrado interesse em desenvolver políticas de promoção da saúde no trabalho, considerando um ambiente de trabalho saudável um local onde todos trabalham juntos para alcançar uma visão conjunta de saúde e bem-estar para todos os profissionais e a comunidade. Da mesma forma, a Organização Internacional do Trabalho (OIT)¹² introduziu o termo “trabalho decente”, que se refere ao conceito que busca definir como deve ser um trabalho bom ou decente no mundo globalizado. Este conceito serve de base para a ideia de se almejar condições de trabalho adequadas no mundo profissional dos professores. Embora existam leis regulatórias com escopo de aplicação público e privado, organizações públicas com milhões de funcionários no Peru dificilmente demonstram interesse em implementar uma cultura de saúde preventiva. Assim, devido às condições em que desenvolvem suas atividades profissionais, os funcionários que atuam em instituições públicas, como os professores, podem estar vulneráveis ao desenvolvimento de qualquer distúrbio de saúde. No caso específico dos professores, eles trabalham em condições muitas vezes precárias e com alta demanda (intensificação de trabalho), em que o risco à saúde é minimizado avaliando-se as atividades e não as condições que podem levar a uma doença de uma forma ou de outra. As atividades voltadas para a indústria da educação estão incluídas no setor terciário da economia peruana, que visa oferecer serviços à população. Diversos estudos relatam que a docência não é reconhecida como profissão, mas sim como vocação, de forma que não percebem que requer esforços ou condições especiais de atuação que podem afetar o desenvolvimento e a qualidade de vida dos professores. Isso se torna um obstáculo para o planejamento de estratégias de promoção da saúde visando melhorar as condições de trabalho

desse grupo ocupacional. O Escritório Regional de Educação para a América Latina e o Caribe (OREALC) e a UNESCO desenvolveram em 2005 um estudo sobre condições de trabalho e saúde docente no Peru e constataram o predomínio de formas tradicionais de trabalho, como “falar muito, forçar a voz” e “ficar muitas horas em pé”, que normalmente refletem o manuseio de metodologias frontais e com pouca participação. Portanto, as condições de trabalho do professor são definidas pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), como: Um cenário amplo onde converge um conjunto de dimensões sociais, pessoais e físicas, em que o professor e a saúde atuam como um conceito social, psicológico e biológico que influencia fortemente a forma como os professores vão para o trabalho. A Lei de Saúde e Segurança Ocupacional no Peru visa promover uma cultura de prevenção de riscos ocupacionais no país. Esta Lei se aplica a todos os setores da economia e dos serviços, incluindo todos os funcionários públicos e profissionais privados em todo o território nacional. Portanto, as diretrizes desta Lei implicam a implementação de um sistema de gestão da segurança e saúde ocupacional no trabalho docente.

A população docente no Peru é de aproximadamente 370.000 professores, com a maior concentração de profissionais localizada na região urbana (39%), e dos quais 62% são mulheres e a idade média é de 45 anos.

Conforme mostra a Pesquisa Nacional de Instituições Públicas e Privadas (*Encuesta Nacional de Instituciones Públicas y Privadas*) de 2014, a questão da saúde ocupacional dos professores em nossa realidade nacional está em linha com os números relatados em todo o mundo, uma vez que 45% dos peruanos professores de instituições públicas relataram problemas de garganta, disfonia, afonia e inflamações. Além disso, esse número aumenta para 46% nas áreas urbanas, especialmente nos professores do ensino fundamental e médio. E 49% dos professores da costa urbana relataram este tipo de problema¹³.

Ademais, a condição de trabalho dos professores os expõe a riscos ergonômicos e resulta em distúrbios musculoesqueléticos e, dessa forma, 18% dos professores de instituições públicas em todo o país relataram lesões na coluna vertebral e esse percentual aumenta na área urbana para 19%. Uma vez que 35% dos professores relataram ter problemas de saúde, existem outros problemas de saúde relatados pelos professores, como gastrite, e 14% têm distúrbios do aparelho urinário, sendo a população feminina 73% mais sujeita a essa condição.

De acordo com a Lei N°. 28806 do Peru, a SUNAFIL (Superintendência Nacional de Inspeção do Trabalho ou *Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral*) é definida como o órgão técnico especializado vinculado ao Ministério do Trabalho e Promoção do

Emprego e é responsável por promover, fiscalizar e monitorar o cumprimento do ordenamento jurídico sócio-trabalhista. O órgão também é responsável por monitorar a segurança e saúde ocupacional, bem como pela prestação de assessoria técnica, realização de pesquisas e elaboração e proposição de normas sobre essas questões.

Portanto, a SUNAFIL possui diversas funções, tais como: Supervisionar o cumprimento das normas sócio-trabalhistas; aprovar políticas institucionais de inspeção do trabalho de acordo com as políticas nacionais e setoriais; formular e propor os dispositivos normativos de seu âmbito; monitorar e exigir o cumprimento das normas legais, regulamentares e regulares, além das condições contratuais; impor as sanções legalmente estabelecidas pelo não cumprimento das normas sócio-trabalhistas no seu âmbito; promover e apoiar a realização de atividades de promoção dos padrões sócio-trabalhistas; fornecer orientação e suporte técnico especializado em seu âmbito; o exercício da aplicação coercitiva das sanções impostas; assinar acordos de gestão com governos regionais dentro de seu escopo; e demais atribuições que lhe sejam conferidas por lei ou especificadas pelo Ministério do Trabalho e Promoção do Emprego no seu âmbito.

Atualmente, a situação no Peru com relação às doenças ocupacionais é a seguinte:

O relatório de acidentes, incidentes e doenças ocupacionais de 2020 mostra que 97,26% das notificações referem-se a acidentes de trabalho não fatais, enquanto 0,68% referem-se a acidentes fatais, 1,60% a acidentes perigosos e 0,58% a doenças ocupacionais.

Nesse contexto, as doenças ocupacionais são aquelas originadas no local de atuação do indivíduo. Além disso, essas doenças têm início lento e sobreposto, surgindo em decorrência de repetidas exposições ocupacionais e podem até ser devidas apenas à presença no ambiente de trabalho. Ressalta-se que muitas dessas doenças são progressivas, mesmo após o trabalhador não estar mais exposto ao agente causal, uma vez que alguns casos costumam ser irreversíveis.

As doenças ocupacionais mais comuns em nosso meio são classificadas da seguinte forma:

Fatores de risco biológicos, psicossociais, fisiológicos, ergonômicos, químicos, físicos, elétricos, mecânicos e locacionais. No entanto, nenhum dos fatores de risco descreve explicitamente a disfonia ocupacional.

Nesse sentido, a Lei Nº. 29783, sobre segurança e saúde no trabalho, regulamenta a obrigatoriedade da realização de exames médicos ocupacionais, desde que os exames sejam realizados a cada dois anos em caráter obrigatório e também ao término do vínculo empregatício.

Entretanto, mesmo que os professores tenham muitas alterações na voz, a realidade no Peru é que eles continuam ministrando aulas e gerando esforço físico e mental. Assim, o problema de saúde vocal descrito tem impacto no desenvolvimento da atividade pedagógica do professor e explica as causas do absenteísmo no trabalho¹⁵.

Além disso, muitas vezes os professores desconhecem a saúde vocal ocupacional e os impactos da exposição às condições de trabalho no bem-estar físico, social e emocional, o que se torna um dos motivos significativos para a saúde ocupacional nos processos.

Portanto, ainda há um longo caminho a percorrer, o que constitui um enorme desafio com muitas responsabilidades a serem trabalhadas junto ao Governo. A atuação do Ministério da Saúde é fundamental para delinear e implementar ações preventivas em saúde vocal de forma sistematizada e para realizar a vigilância e avaliação da saúde dos professores a partir de suas atividades laborais.


Referências

1. FERREIRA, L.P.; GIANNINI, S.P.P.; LATORRE, M.R.D.O.; ZENARI, M.S. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho: proposta de um instrumento para avaliação de professores. *istúrb. Comun, São Paulo*, 2007; v.19, n.1, p.127-136.
2. BEHLAU, M.; ZAMBON, F.; GUERRIERI, A.C.; ROY, N. Epidemiology of Voice Disorders in Teachers and Nonteachers in Brazil: Prevalence and Adverse Effects. Philadelphia, *Journal of Voice*, 2012, v.26, n.5, p. 665-674.
3. MORAWSKA, J. ; NIEIEBUDEK-BOGUSZ, E. Risk factors and prevalence of voice disorders in different occupational groups - a review of literature. *Otorynolaryngologia*, (2017). 16(3), 94-102. Obtenido de <http://www.otorynolaryngologia-pk.pl/f/file/orl-17-3-a3-morawska.pdf>. 2021.
4. SALAS, CENTENO e cols. Prevalencia de disfonia en profesores del distrito de Pampas-Taycaja Huancavelica. Tesis Maestria en Fonoaudiologia. Pontificia Universidad Catolica del Perú- Centro Peruano de Audición Lenguaje y Aprendizaje, 2004.
5. CAVERO R.; CHING, C.; QUIÑONES, F. Condiciones de producción vocal de profesores de educación inicial y primaria de instituciones educativas estatales y privadas del distrito de la Molina. Tesis Maestria en Fonoaudiologia. Pontificia Universidad Catolica del Perú- Centro Peruano de Audición Lenguaje y Aprendizaje, 2009.
6. FABRON, E.M.G.; SEBASTI O, L.T. Saúde Vocal do Professor: Relato de trajetória de ações preventivas ao longo de quinze anos em Universidade Pública. *Estudos do Trabalho Ano IV. Revista da RET*, 2010, n.7.16p.
7. FERREIRA, L.P.; SERVILHA, E.A.M.; MASSON, M.L.V.; REINALDI, M.B.F.M. Políticas públicas e voz do professor: caracterização das leis brasileiras. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.*, 2009, v.14, n.1, p.1-7.
8. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD: CIF, 2009. Obtenido de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>.

9. FARIAS, P. Enfoque ocupacional de la disfonía. Buenos aires [AR]: Akadia editorial, 2012. Obtenido de <https://www.elargonauta.com/libros/la-disfoniaocupacional/978-987-570-199-1>. Farias, P. 2021.
10. CALERO, P.; HUESO, C.; PLEFULEGUEZUELOS, H. et al. Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores del área medioambiental. Medicina y Seguridad del Trabajo. 2012. 58(226): 35-48.
11. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Entornos laborales saludables: fundamento y Modelo de la OMS. Ginebra, 2010.: Obtenido de http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf. 2021.
12. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Trabajo decente. 2017 Obtenido de http://www.ilo.org/americas/sala-de-prensa/WCMS_LIM_653_SP/lang--es/index.htm. 2021.
13. MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CONSEJO NACIONAL DE EDUCACIÓN. Encuesta Nacional a Docente. 2014. Obtenido de <http://www.minedu.gob.pe/politicas/docencia/pdf/salud-ocupacional/cuidando-lavoz-aula.pdf>.
14. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE FISCALIZACIÓN LABORAL. Manual de Trabajo. Lima: Ley 28806, 2006. Obtenido de <http://www.gob.pe/sunafil.gob.pe.2021>.
15. MINISTERIO DE SALUD, DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD AMBIENTAL, DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SALUD OCUPACIONAL. Manual de Salud ocupacional. Lima: Ministerio de Salud; 2005. Obtenido de http://www.digesa.minsa.gob.pe/publicaciones/descargas/manual_deso.PDF. 2021.

CHAPTER 5: OCCUPATIONAL APPROACH TO DYSPHONIA: REALITY IN PERU



Maria de Fátima Pires Dantas Cavalcanti 

Monica Paredes Garcia 

People who use their voices professionally tend to have alterations in their voice, which can have a multifactorial origin. There are many studies in the world literature reporting vocal problems among voice professionals, in which teachers are considered the category with the greatest exposure to the different risks that can impact vocal health^{1,2}. Teachers use their voice for many continuous hours, many times without any vocal training, in addition to a lack of knowledge of vocal health and/or adverse environmental conditions that could impact their health to a greater or lesser degree. The term 'professional voice use' is used to refer to those professions in which the voice is the work tool, especially teachers who are from the professional groups most affected by the intensive use of the voice³. Considering dysphonia as a risk to the teacher's vocal health, which damages their professional life, the promotion of the teacher's general vocal health is an essential tool for the prevention of voice disorders. Voice changes in teachers may promote absenteeism, medical leave, incapacity for work and can lead to the reassignment of tasks in the most severe cases.

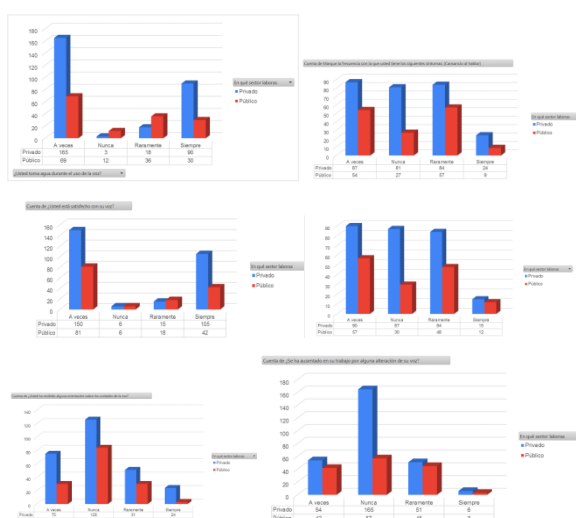
There are some efforts in Peru to address the issue, mainly during the Campaign for World Voice Day that has taken place since 2002, through the Peruvian Hearing, Language and Learning Center (*Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje*, CPAL), which provides free talks and courses either in person or online, aimed at teachers. Together with CPAL, the Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP) promotes research on the voice of the teacher in the Voice subject of the Master's Degree in Speech-Language Pathology.

Salas et al.⁴ conducted a study to determine the prevalence of dysphonia in primary and secondary school teachers from the Pampas-Tayacaja Huancavelica district. The authors interviewed seventy-five teachers, whose average age was 36.8 years, being thirty-two women and forty-three men. The cumulative prevalence of dysphonia during work time was 44%, and most of the subjects reported that they had not been trained to make adequate use of their voice. The study found that 74.7% worked with their voice for more than fifteen hours a

week, 53.3% reported being exposed to chalk dust and 37.3% to environmental noise, which impacted the volume of voice in class.

In turn, the investigation by Cavero, Ching and Quiñones⁵ used the Work-Related Voice Disorder (DVRT) protocol including 140 teachers. The results show that 40% reported having some vocal alteration and 31% reported that they had some vocal alteration in the past. When those who claimed to have or had vocal impairment were asked about the treatment received, 53% reported not having received any treatment. 39% reported having received drug treatment and 2% having received speech-language pathology therapy. Regarding the teacher's opinion about the cause of their vocal alteration, 51% reported intensive use of the voice, 31% reported a respiratory infection and 18% reported exposure to cold.

In more recent studies that are still in the preliminary phase, the Work-Related Voice Disorder (WRVD) protocol was used in 300 teachers from public institutions and 300 teachers from private institutions, in order to investigate the working conditions in both industries, which in some way could contribute to the gathering of information that can serve as evidence to lead to prevention and early care policies. Preliminary results report a lack of guidance on health and vocal training, which would be essential within the training curriculum of teachers at universities, in addition to the lack of a theoretical-practical course on all aspects that involve the voice, within professional practice and in schools, training programs and guidance on occupational health standards in Peru.



There is a decision to use and formalize the Work-Related Voice Disorder (WRVD) protocol because it provides the rights and conditions to maintain the vocal and general health of the teacher. It should be noted that this document was reviewed in 2009 at the II National

Voice Seminar, held at the PUC-SP, which highlighted the importance of environmental aspects and work organization aspects as associated factors for the development of work-related voice disorders and the impacts generated in the professional's life⁶.

This document promotes the identification of dysphonia as a work-related disease from the integral and interdisciplinary perspective, in the sense of recognizing that an alteration in the voice is not determined solely by the prolonged or excessive use of the voice and that there are other factors that contribute to the development of voice disorders⁷. Thus, the WRVD protocol should be recognized throughout Latin America as an official document based on legislation and approved by the Ministry of Health of each country. The aggravating and triggering risk factors for WRVD are grouped into work organizational and environmental factors. On the one hand, we can highlight the accumulation of activities or functions in the work organization factors, where there is an excessive vocal demand with the absence of breaks and lack of rest rooms during working hours. On the other hand, we can highlight the unfavorable acoustics and the characteristic humidity level of Lima, capital of Peru, in environmental factors. In turn, as a classification that defines the components of health and some health-related components of well-being (such as education, work, etc.) and systematically groups the different domains of a person in a certain health condition (e.g., a person with a voice disorder), the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)⁸ would be of great help in this process. The concept of 'functioning' can be considered as a global term, referring to all the Body Functions, Activities and Participation. Similarly, disability encompasses deficiencies and limitations in activity, or restrictions on participation. In addition, the ICF also lists Environmental Factors that interact with the functions described above. The teacher's dysphonia in the theoretical framework of the ICF is described in Chapter 3 ("Voice and speech functions"), and mentions the "voice functions", "articulation functions", and "fluency and rhythm of speech functions". Within the voice and speech functions, the ICF describes the functions involved in the production of speech sounds and the functions of the voice. The chapter refers to the functions of the production of sound made through coordination of the larynx and surrounding muscles with the respiratory system and includes: "Production of voice" and "Quality of voice"; functions of the production of characteristics of voice including pitch, resonance and other features, in addition to impairments such as aphonia, dysphonia, or hoarseness. The importance of the voice from the occupational perspective, supported by the ICF, can complement the laryngological diagnosis aiming at a prognosis of the teacher's vocal health⁹. The term complement is defined to categorize occupational dysphonia not only from the anatomical perspective (injury to the

vocal fold), diagnosed by the otorhinolaryngologist, but also involving the body and function structures identifying the factors that damage vocal health in environmental aspects and individual characteristics of the health status of teachers.

The Exploratory Study of the UNESCO Regional Office for Latin America and the Caribbean (OREALC)¹⁰ describes the working conditions and teachers' health (case study in Peru) in which the pathological profile of the participants was determined, and it showed that between 9% and 46% of teachers had dysphonia (diagnosed by a physician), thus being among the first three diseases associated with ergonomic demands.

The World Health Organization (WHO)¹¹ has shown interest in developing policies to promote health at work, considering a healthy work environment as a place where everyone works together to achieve a joint vision of health and well-being for all professionals and the community. In the same way, the International Labor Organization (ILO)¹² introduced the term “decent work”, which refers to a concept that seeks to define how a good or decent job should be in the globalized world. This concept serves as the basis for the idea of aiming at suitable working conditions in the professional world of teachers. Although there are regulatory laws with both public and private scope of application, public organizations with millions of employees in Peru hardly show work to implement a preventive health culture. Thus, due to the conditions in which they carry out their work activities, employees who work in public institutions, such as teachers, may be vulnerable to developing any health disorder. In the specific case of teachers, they work in conditions that are often precarious and with a high demand (work intensification), in which the health risk is minimized by assessing at the activities and not the conditions that can lead to a disease in one way or another. Activities focused on the education industry are included in the tertiary sector of the Peruvian economy, which aims to offer services to the population. Various studies report that teaching is not recognized as a profession, but rather as a vocation, so many do not perceive that it requires special efforts or conditions for performance that can affect the development and quality of life of teachers. This becomes an obstacle to planning health promotion strategies to improve working conditions in this occupational group. The Regional Office of Education for Latin America and the Caribbean (OREALC) and UNESCO developed in 2005 a study on working conditions and teacher health in Peru and found a predominance of traditional forms of work, such as “talking a lot, forcing the voice” and “standing for many hours”, which typically reflect the handling of frontal methodologies and with little participation. Therefore, the teacher's working conditions are defined by the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), as: A broad scenario where a set of social, personal and

physical dimensions converge, in which teachers and health work as a social, psychological and biological concept that strongly influences the way teachers go to work. The Occupational Health and Safety Law in Peru aims to promote a culture of prevention of occupational hazards in the country. This Law is applicable to all economic and service sectors, including all public and private professionals throughout the national territory. Therefore, the guidelines of this law imply implementing an occupational health and safety management system in the work of teachers.

The teaching population in Peru is approximately 370,000 teachers, of whom 62% are women and the average age is 45 years. In addition, 39% of the teachers are concentrated in the urban area.

As shown by the National Survey of Public and Private Institutions (*Encuesta Nacional de Instituciones Públicas y Privadas*) in 2014, the issue of occupational health of teachers in our national reality is in line with the numbers reported in the world, as 45% of Peruvian teachers of public institutions have reported problems in the throat, dysphonia, aphonia and inflammations. In addition, this figure increases up to 46% in urban areas especially in primary and secondary education teachers. Also, 49% of teachers on the urban coast have reported this type of problem¹³.

Furthermore, the working condition of teachers exposes them to ergonomic risks and results in musculoskeletal disorders and, thus, 18% of teachers in public institutions nationwide have reported spinal injuries and this percentage increases in the urban area to 19%. Since 35% of teachers have reported having health problems, there are other health problems reported by teachers, such as gastritis, and 14% have urinary system disorders, with the female population more prone to 73% this condition.

According to Law No. 28806 in Peru, SUNAFIL (National Superintendency of Labor Inspection or *Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral*) is defined as the specialized technical body linked to the Ministry of Labor and Employment Promotion and is responsible for promoting, supervising and overseeing compliance with the socio-labor legal system. The body is also responsible for occupational safety and health, as well as providing technical advice, conducting research and proposing the issuance of standards on these matters.

Therefore, SUNAFIL has several functions, such as: Supervising compliance with socio-labor regulations; approving institutional policies on labor inspection in accordance with national and sectoral policies; formulating and proposing the normative provisions within its scope; monitoring and demanding compliance with legal, regulatory and regular

standards, as well as to contractual conditions; imposing the legally established sanctions for non-compliance with socio-labor standards within its scope; promoting and providing support for carrying out activities to promote socio-labor standards; providing guidance and specialized technical support within its scope; exercising coercive enforcement regarding the sanctions imposed; signing management agreements with regional governments within its scope; and other functions that are provided by law or specified by the Ministry of Labor and Employment Promotion within its scope.

Currently, the situation in Peru regarding occupational diseases is as follows:

The 2020 report of occupational accidents, incidents and diseases shows that 97.26% of the total notifications are related to non-fatal work accidents, while 0.68% refers to fatal accidents, 1.60% to dangerous incidents and 0.58% to occupational diseases.

In this context, occupational diseases are those originated in the place where the individual works. In addition, these diseases have a slow and overlapping onset, arising as a result of repeated occupational exposures and may even be due only to the presence in the workplace. It should be noted that many of these diseases are progressive, even after the worker is no longer exposed to the causal agent, since some cases are usually irreversible.

The most common occupational diseases in our environment are classified as follows:

Biological, psychosocial, physiological, ergonomic, chemical, physical, electrical, mechanical and locational risk factors. However, none of the risk factors explicitly describe occupational dysphonia.

In this sense, Law No. 29783, on safety and health at work, regulates the obligation to carry out occupational medical examinations, providing that the examinations are carried out every two years on a mandatory basis and also at the termination of the employment relationship.

However, even though the teachers may have a voice with many alterations, the reality in Peru is that they continue to teach classes generating physical and mental effort. Thus, the vocal health problem described has an impact on the development of the teacher's pedagogical activities and explains the causes of absenteeism from work¹⁵.

In addition, teachers are often not aware of occupational vocal health and the impacts of exposure to working conditions on physical, social and emotional well-being, which becomes one of the significant reasons for occupational health in the processes.

Therefore, there is still a long way to go, which constitutes a huge challenge with many responsibilities to work towards the Government. The work of the Ministry of Health is essential to design and implement preventive actions on vocal health through a systematic

way and to carry out the surveillance and evaluation of the health of teachers from their work activities.

References

1. FERREIRA, L.P.; GIANNINI, S.P.P.; LATORRE, M.R.D.O.; ZENARI, M.S. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho: proposta de um instrumento para avaliação de professores. *istúrb. Comun*, São Paulo, 2007; v.19, n.1, p.127-136.
2. BEHLAU, M.; ZAMBON, F.; GUERRIERI, A.C.; ROY, N. Epidemiology of Voice Disorders in Teachers and Nonteachers in Brazil: Prevalence and Adverse Effects. Philadelphia, *Journal of Voice*, 2012, v.26, n.5, p. 665-674.
3. MORAWSKA, J. ; NIEIEBUDEK-BOGUSZ, E. Risk factors and prevalence of voice disorders in different occupational groups - a review of literature. *Otarynolaryngologia*, (2017). 16(3), 94-102. Obtenido de <http://www.otorynolaryngologia-pk.pl/f/file/orl-17-3-a3-morawska.pdf>. 2021.
4. SALAS, CENTENO e cols. Prevalencia de disfonía en profesores del distrito de Pampas-Taycaja Huancavelica. Tesis Maestría en Fonoaudiología. Pontificia Universidad Católica del Perú- Centro Peruano de Audición Lenguaje y Aprendizaje, 2004.
5. CAVERO R.; CHING, C.; QUINONES, F. Condiciones de producción vocal de profesores de educación inicial y primaria de instituciones educativas estatales y privadas del distrito de la Molina. Tesis Maestría en Fonoaudiología. Pontificia Universidad Católica del Perú- Centro Peruano de Audición Lenguaje y Aprendizaje, 2009.
6. FABRON, E.M.G.; SEBASTI O, L.T. Saúde Vocal do Professor: Relato de trajetória de ações preventivas ao longo de quinze anos em Universidade Pública. *Estudos do Trabalho Ano IV*. Revista da RET, 2010, n.7.16p.
7. FERREIRA, L.P.; SERVILHA, E.A.M.; MASSON, M.L.V.; REINALDI, M.B.F.M. Políticas públicas e voz do professor: caracterização das leis brasileiras. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.*, 2009, v.14, n.1, p.1-7.
8. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD: CIF, 2009. Obtenido de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>.
9. FARIAS, P. Enfoque ocupacional de la disfonía. Buenos aires [AR]: Akadia editorial, 2012. Obtenido de <https://www.elargonauta.com/libros/la-disfoniaocupacional/978-987-570-199-1>. Farias, P. 2021.
10. CALERO, P.; HUESO, C.; PLEFULEGUEZUELOS, H. et al. Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores del área medioambiental. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 2012. 58(226): 35-48.
11. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Entornos laborales saludables: fundamento y Modelo de la OMS. Ginebra, 2010.: Obtenido de http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf. 2021.
12. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Trabajo decente. 2017 Obtenido de http://www.ilo.org/americas/sala-de-prensa/WCMS_LIM_653_SP/lang--es/index.htm. 2021.
13. MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO Y CONSEJO NACIONAL DE EDUCACIÓN. Encuesta Nacional a Docente. 2014. Obtenido de <http://www.minedu.gob.pe/politicas/docencia/pdf/salud-ocupacional/cuidando-lavoz-aula.pdf>.

14. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE FISCALIZACIÓN LABORAL. Manual de Trabajo. Lima: Ley 28806, 2006. Obtenido de <http://www.gob.pe/sunafil.gob.pe>. 2021.
15. MINISTERIO DE SALUD, DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD AMBIENTAL, DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SALUD OCUPACIONAL. Manual de Salud ocupacional. Lima: Ministerio de Salud; 2005. Obtenido de http://www.digesa.minsa.gob.pe/publicaciones/descargas/manual_deso.PDF. 2021.

CAPÍTULO 6: REALIDAD DEL TRASTORNO DE LA VOZ RELACIONADO CON EL TRABAJO EN VENEZUELA



Ramón Hernández-Villoria 

Introducción

Venezuela es el país al extremo norte de Suramérica, con costa en el Mar Caribe. Actualmente tiene alrededor de treinta y tres millones de habitantes que se concentran en forma mayoritaria en centros urbanos (94%) y su población económicamente activa está principalmente en el sector económico de los servicios¹.

La población en edad laboral (15-64 años) de acuerdo con las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística para 2021, es de 22.055.342 habitantes². La edad mínima de jubilación legal es de 55 años para las mujeres y 60 años para los hombres³. La expectativa de vida al nacer, en 2018, era de 74,1 años: 79,0 para las hembras y 69,5 para los varones⁴.

El sistema de salud es un sistema mixto público y privado y muy fragmentado en diferentes entidades responsables de la oferta de servicios. Esta fragmentación dificulta la unidad de registros de salud, aunque la autoridad epidemiológica la ostenta el Ministerio de la Salud. No obstante, el registro de información sobre enfermedades laborales es atribución del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (*Inpsasel*), una institución autónoma, que reporta sus datos al Ministerio del Trabajo.

El Inpsasel es una entidad de gobierno que inspecciona el cumplimiento de las normas de salud y seguridad en el trabajo, pero también propone las normas técnicas y aprueba las guías técnicas de salud y seguridad en el trabajo⁵. Entre las normas técnicas figuran, por ejemplo, los criterios para la definición de algún problema de salud como enfermedad laboral.

Demografía ocupacional de la voz en Venezuela

No hay una base de datos de carácter oficial que informe con precisión acerca de la población con ocupaciones relacionadas con el uso de la voz. Sin embargo, la mayoría de los

profesionales de la voz pertenecen al área de la docencia inicial, escolar básica y escolar secundaria. Según cifras del Ministerio de Educación, hay una población de 662.825 personas dedicadas a la docencia formal, excluyendo el nivel universitario⁶. En este nivel se agregarían unas 20.000 personas más.

Otras labores en las cuales el uso de la voz es profesional incluyen a los locutores de radio y televisión así como los cantantes profesionales. Según la *Asociación de locutores profesionales de Venezuela* habría alrededor de quince mil locutores activos en el país. Respecto a los cantantes profesionales debido a la diversidad de modalidades, no hay un registro preciso que agrupe la diversidad que esto puede abarcar, desde la lírica hasta los cantantes populares que se presentan en locales privados.

Una actividad laboral que tuvo mucho auge entre los años 2000 a 2015 fue el de los centros de atención telefónica (*call centers*) debido a la gran actividad bancaria y de telecomunicaciones. Se llegó a estimar en unas veinte mil las personas dedicadas a esa actividad. Era una actividad que acarreaba la exposición de 6 a 8 horas diarias de uso frecuente de la voz. Desde 2016 esta actividad ha mermado tanto por el nivel de actividad económica en el país como por el surgimiento de los *chatbots*, incidiendo en un descenso de la cantidad de trabajadores.

Finalmente hay que agregar otras profesiones y ocupaciones con uso continuo y frecuente de la voz entre ellas las de ventas, atención directa al público, ventas callejeras, instructores físicos y otras misceláneas que suman una cantidad indeterminable, difícil de cuantificar, pero en todo caso no tan numerosa como la de los grupos anteriormente descritos.

Marco legal de la salud ocupacional en Venezuela

La salud de los trabajadores está regida por la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, promulgada en 2005. Esta Ley define la enfermedad ocupacional como:

Los estados patológicos contraídos o agravados con ocasión del trabajo o exposición al medio en el que la trabajadora o el trabajador se encuentra obligado a trabajar, tales como los imputables a la acción de agentes físicos y mecánicos, condiciones disergonómicas, meteorológicas, agentes químicos, biológicos, factores psicosociales y emocionales, que se manifiesten por una lesión orgánica, trastornos enzimáticos o bioquímicos, trastornos funcionales o desequilibrio mental, temporales o permanente⁵.

El Inpsasel ha actualizado hasta 2009 la lista de enfermedades ocupacionales que reconoce⁷. En esta lista se incluyen, en su sección tercera, con el título “Enfermedades de las

cuerdas vocales” a tres entidades con agente causal común “sobrecarga del uso de la voz”, con las siguientes definiciones:

1. Disfonías (código CIE-10: R49.0). Sobrecarga de la voz en diferentes actividades laborales como maestros o profesores, cantantes, trabajadores de las artes y espectáculos, telefonistas;
2. Pólipos de las cuerdas vocales. (código CIE-10: J38.1). Sobrecarga de la voz en diferentes actividades laborales como maestros o profesores, cantantes;
3. Otras enfermedades de las cuerdas vocales (código CIE-10: J38.1) Sobrecarga de la voz en diferentes actividades laborales como maestros o profesores, cantantes.

Resulta curioso que en la lista se excluya algunas de las actividades laborales relacionadas con los diagnósticos 2 y 3.

Atención profesional del Trastorno de Voz Relacionado con el Trabajo

En Venezuela el personal de salud que entra en contacto primario con el trabajador profesional de la voz, varía mucho de acuerdo con diversos factores. Los docentes de las escuelas públicas al tener un problema de salud vocal suelen acudir a alguna de las clínicas del Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (servicios médicos de la seguridad social exclusiva para docentes) que existen en muchas ciudades del país. Allí es posible que consiga la atención por un médico especialista en foniatría, o por una licenciada en fonoaudiología o en terapia del lenguaje o por el equipo de trabajo conformado por estos profesionales.

En cambio, los docentes de educación privada, los locutores y los cantantes, concurren habitualmente a consultas privadas o públicas de médicos foniatras, médicos otorrinolaringólogos o de licenciadas en fonoaudiología o terapia del lenguaje. No existen guías clínicas estandarizadas o guías basadas en la evidencia que se hayan publicado o convenido para la evaluación e intervención de estos casos.

Por otra parte, las personas con uso frecuente o continuo de la voz como los operadores telefónicos con síntomas o problemas vocales generalmente tienen su contacto primario con un médico ocupacional en su lugar de trabajo, si este corresponde a una empresa de mediana o gran envergadura con trabajadores organizados en asociaciones sindicales. De no tenerlo, o en caso de ser una pequeña empresa, el contacto inicial suele ser con un otorrinolaringólogo privado.

En la actualidad hay solamente noventa y dos especialistas de medicina foniátrica activos en el país, por lo tanto el índice de proporción es de 1 médico foniatra por cada 366.666 habitantes. Existen alrededor de trescientas fonoaudiólogas/terapistas del lenguaje, activas (1 por cada 110.000 hab.) de las cuales se desconoce cifra de cuántas se dedican a la terapia de voz.

Hay cerca de ochocientos otorrinolaringólogos, aunque la inmensa mayoría de ellos atiende la laringología y la voz de una manera general y hay muy pocos que se dediquen a la cirugía laríngea o fonocirugía. En medicina ocupacional hay unos quinientos médicos con especialización o diploma de capacitación en el área, desconociéndose con precisión cuántos de ellos tengan conocimientos académicos en vocología.

Clasificaciones de la voz ocupacional utilizadas en Venezuela

Como se ha dicho, no hay Guías Clínicas oficiales ni extra-oficiales. Las Sociedades médicas académicas (Sociedad Venezolana de Foniatría, Sociedad de Medicina Ocupacional, Sociedad de Otorrinolaringología, Colegio de Fonoaudiólogos y Terapeutas del Lenguaje) no han publicado hasta el momento ningún acuerdo o consenso en el tema.

No obstante, en este capítulo se recogen las tres clasificaciones más usadas en el ámbito de la atención foniátrica de los TVRT. Estas clasificaciones son el punto de partida para la declaración de un problema de la voz ocupacional.

En primer lugar, la más usada es la de López⁸, que propone tres categorías. La clase profesional I, que incluye a aquellos trabajadores para quienes el uso de la voz es primordial y la limitación por disfonía afecta su desempeño laboral totalmente, aquí se incluyen cantantes profesionales, locutores y actores. La clase profesional II, abarca a aquellos que ven limitada parcialmente su actividad laboral, pero pueden continuarla si la disfonía no es grave, como por ejemplo docentes, vendedores o médicos. La clase III o de uso no profesional de la voz comprende a aquellos trabajadores en quienes no es indispensable el uso de la voz en sus actividades laborales y las pueden ejecutar aun con una disfonía grave, como por ejemplo, la mayor parte de los trabajos de oficina.

Aunque apenas más antigua que la anterior, la clasificación de Kouffman e Isaacson⁹ que posee cuatro categorías, es también utilizada. La diferencia es que se agrega la categoría de los ejecutantes de élite vocal, nivel I, en quienes la más mínima alteración vocal es significativa para el desempeño laboral y esto incluye a actores y cantantes, entre estos, especialmente a los cantantes líricos. El nivel II o de uso profesional de la voz, comprende los

trabajadores en quienes una disfonía leve afecta la actividad laboral. El nivel III de profesional no vocal, a aquellos cuyo trabajo se afecta por disfonías graves. El nivel IV agrupa a los trabajadores no profesionales-no vocales, en quienes problemas de la voz causan un impacto social, pero no laboral.

La clasificación de Sala, Rantala y Simberg¹⁰ comienza a ser utilizada por su novedad. Esta propone clasificar a los usuarios de la voz en a) usuarios profesionales de la voz, que requieren un desarrollo de habilidades vocales para su desempeño; b) usuarios ocupacionales de la voz, los que usan mucho la voz en su trabajo y con frecuencia a alta intensidad y c) usuarios activos de la voz, aquellos que usan la voz en su labor pero raramente a alta intensidad.

Evaluación e intervención del Trastorno de la Voz Relacionado con el Trabajo (TRVT)

La evaluación del Trastorno de la Voz Relacionado con el Trabajo (TVRT) comienza con la apreciación subjetiva – desde la propia experiencia del trabajador- acerca del impacto de su problema vocal. El *Voice Handicap Index*¹¹ es la herramienta más difundida internacionalmente para este aspecto de la evaluación. Existe la versión del VHI 30 en español¹² y adaptada cultural y lexicalmente para Venezuela¹³, esta circula al menos entre los profesionales médicos de la foniatría en Venezuela y en los equipos que estos conforman con terapeutas de la voz.

La tradicional laringoscopia indirecta y la endoscopia laríngea con luz continua y luz estroboscópica constituyen las herramientas usuales de diagnóstico morfo-fisiológico. El análisis acústico de la voz tiene un uso limitado en algunos centros, a pesar de su simplicidad y accesibilidad y no es práctica habitual por la totalidad de los profesionales, que se conforman con el diagnóstico anatómico realizado por endoscopia.

Otros métodos como la electroglotografía, la quimografía, la medida de la carga vocal en 24 horas y otros, apenas son conocidos o usados de forma incipiente por pocas individualidades médicas.

Los diagnósticos más comunes de TVRT corresponden con los nódulos vocales, pólipos y quistes, todas ellas lesiones de origen disfuncional. Las alteraciones estructurales mínimas suelen ser tomadas en cuenta. Las disfonías por tensión muscular sin lesiones también son un diagnóstico frecuente.

La intervención preferida es la fonoterapia que además suele ser eficaz en casi la totalidad de los casos para los nódulos vocales y las disfonías por tensión muscular con hipo o

hipercinesia cordal, aunque los protocolos de aplicación suelen variar mucho en cantidad de sesiones, periodicidad y técnicas aplicadas. Las cirugías laríngeas por los problemas más comunes suelen ser más frecuentes en el caso de los pólipos y quistes, aunque es práctica habitual aplicar fonoterapia previa a la operación y posterior a ella.

La evaluación de puesto de trabajo no es una práctica habitual. Suele ocurrir solamente si el Inpsasel inspecciona por la ocurrencia de denuncias de enfermedades ocupacionales o en caso de peticiones de tribunales laborales por alguna disputa. El margen para efectuar intervenciones sobre puesto de trabajo con cargas de trabajo anti-ergonómicas para la voz y así proveer soluciones colectivas de carácter preventivo es muy poco.

Formación de los profesionales que atienden el TVRT

La formación de profesionales de atención del TVRT, concierne a la formación y capacitación de médicos especialistas en foniatría, en medicina ocupacional y en laringología, así como del personal de salud no médico: fonoaudiólogos, terapeutas del lenguaje, terapeutas ocupacionales.

En medicina foniátrica existen cuatro postgrados de especialización de tres años de duración, a nivel nacional. Egresan de tres a seis médicos especialistas por año. En 2012 en cambio, egresaban de diez a quince médicos. Ha habido una contracción de la cantidad de especialistas motivado a la situación de crisis social, política y económica que atraviesa Venezuela desde hace varios años.

En fonoaudiología hay seis universidades públicas que otorgan este título de pregrado (licenciatura) y una más (privada) que otorga título de terapia del lenguaje. Ambas titulaciones incluyen unidades curriculares teóricas y prácticas de voz, voz ocupacional y salud ocupacional.

De las instituciones universitarias egresan un promedio de treinta profesionales cada año en los últimos siete años. No existen cursos de postgrado específicos para personal de salud no médico.

En laringología, como se dijo, no hay postgrados específicos, sino en la especialidad más amplia de la otorrinolaringología. Los pocos super-especialistas en laringología se han capacitado en entrenamientos y *fellowships* en el exterior del país.

De los estudios de postgrado en medicina ocupacional y salud ocupacional, solamente uno tenía una unidad curricular en Vocología Ocupacional de tres meses de duración y carácter teórico y práctico, en la Universidad Central de Venezuela en Caracas.

Investigaciones en TVRT

Son escasas las publicaciones en el área de voz ocupacional y TVRT. Los trabajos que más destacan son los de Escalona, en docentes, que formaban parte de una línea de investigación ambiciosa generada desde la medicina ocupacional^{14,15}. En estos trabajos se encontró que hasta el 90,4% de una población de docentes de escuela primaria de varios municipios presentaban síntomas de disfonía. El 88% de los docentes manifestaron no tener entrenamiento para el uso profesional de la voz y los problemas más reportados en el ambiente de trabajo fueron: la exposición a polvo de tiza, ruido, polvo de tierra en los patios de recreación y el humo de quemas forestales o del tráfico de vehículos procedentes del exterior de la escuela. El análisis de regresión logística mostró asociación de la disfonía con el humo, el tiempo de esfuerzo vocal y el puntaje de intensidad de la voz. Como solución, la autora propone un Programa, muy completo, de vigilancia, prevención, evaluación e intervención.

Otras autoras¹⁶ encontraron en docentes también una elevadísima incidencia de síntomas asociables a disfonía en el transcurso de un año (98%), así como disfonía asociada a hallazgos de hiperfunción laríngea en el 53%.

En el estudio de una serie de pacientes con el diagnóstico de hiperfunción laríngea el 25% de una serie de pacientes con diagnósticos bajo este rótulo eran profesionales de la voz¹⁷ equivalentes al grupo de usuarios profesionales de la voz de y 63% al grupo de usuarios ocupacionales de la voz, con exposición a agentes de naturaleza química o física.

En el ámbito de los operadores telefónicos se encuentra una investigación¹⁷. En su estudio se hace referencia a haber encontrado una prevalencia de 51% de problemas de voz asociados a cambios laríngeos y de 61% de alteraciones fuera de la normalidad en el análisis acústico en una población de este tipo de trabajadores. La mayoría de los hallazgos diagnósticos corresponden a disfonía sin alteración anatómica de cuerdas vocales.

Conclusiones

En Venezuela la atención, docencia e investigación en el área de voz ocupacional y TVRT se encuentra en una etapa primaria de desarrollo. Las enfermedades ocupacionales de la voz, reconocidas como tales por la autoridad gubernamental en salud del trabajo, que valida su ocurrencia, aparecen categorizadas como enfermedades de las cuerdas vocales e incluyen a

las disfonías, los pólipos de cuerdas vocales y otras enfermedades de las cuerdas vocales, sin especificación.

La cantidad de profesionales específicos del área es relativamente muy poca. La mayor fortaleza está en la cantidad de médicos especialistas en foniatría, al estar cualitativamente formados en la evaluación de la voz, sin embargo tiene una densidad por habitante muy baja y la amenaza de una disminución de los egresos de postgrado.

La densidad de terapeutas de voz (con las titulaciones de fonoaudióloga o terapeuta del lenguaje) también es muy baja para la población. Por otra parte, hay una fuerte concentración en pocas ciudades. La cantidad de médicos específicamente laringólogos o fonocirujanos también es minúscula y reducida a grandes áreas metropolitanas. Los médicos ocupacionales y otros profesionales de salud ocupacional tienen muy poca capacitación en vocología.

La docencia y la investigación dentro de programas de vocología ocupacional en los cursos de postgrado que existían han desaparecido temporalmente, bien sea por la baja demanda de cursantes o el abandono de profesores.

Las tareas por delante son arduas y se requiere rescatar desde los cimientos un área que comenzaba a delinearse en décadas anteriores.

Referencias

1. Universidad Católica Andrés Bello. *Encuesta de condiciones de vida* [Internet]. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello; 2019 [citado 11 Abril 2021]. Disponible en: <https://www.proyectoencovi.com/informe-interactivo-2019>.
2. Instituto Nacional de Estadística. *Proyecciones de Población* [Internet]. Ine.gov.ve. 2021 [citado 11 Abril 2021]. Disponible en: http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=98&Itemid.
3. Ley Sobre el Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores y las Trabajadoras de la Administración Pública Nacional, Estatal y Municipal. Caracas: Imprenta Nacional - *Gaceta Oficial*; 2014.
4. Organización Mundial de la Salud. *Esperanza de vida en Venezuela* [Internet]. World Life Expectancy. 2021 [citado 19 Mayo 2021]. Disponible en: <https://www.worldlifeexpectancy.com/es/venezuela-life-expectancy>.
5. Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo. Caracas: Imprenta Nacional - *Gaceta Oficial*; 2005.
6. Instituto Nacional de Estadística. *Estadísticas educativas 1988/1989-2017/2018* [Internet]. 1era ed. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Educación; 2018 [citado 26 Mayo 2021]. Disponible en: <http://www.ine.gov.ve/documentos/Social/Educacion/pdf/EstadisticasEducativas19881989-20172018.pdf>.

7. Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales. *Lista de Enfermedades Ocupacionales*. 2009. [citado 26 Mayo 2021]. Disponible en: http://www.inpsasel.gov.ve/documentos/pdf/Lista_de_enfermedades_ocupacionales.pdf.
8. López, M. *Características de la voz hablada en cantantes*. Trabajo Especial de Investigación. Servicio Central de Rehabilitación Médica J.J .Arvelo. Caracas, Venezuela 1994.
9. Koufman JA, Isaacson G. The spectrum of vocal dysfunction. *Otolaryngol Clin North Am*. 1991 Oct;24(5):985-8.
10. Sala E, Rantala LM, Simberg S. *Voice disorder and voice ergonomics: occupational and professional voice care*. Newcastle upon Tyne, UK: Cambridge Scholars; 2019.
11. Jacobson BH, Johnson A, Grywalski C, Silbergleit A, Jacobson G, Benninger M, Newman C. The voice handicap index (VHI): development and validation. *Am J Speech Lang Pathol*. 1997;6: 66–70. 5.
12. Nuñez-Batalla F, Corte-Santos P, Señaris-González B, Llorente-Pendás JI, Górriz-Gil C, Suárez-Nieto C. Adaptación y validación del índice de incapacidad vocal (VHI30) y su versión abreviada (VHI-10) al español. *Acta Otorrinolaringológica Española*. 2007; 58(9):386-392
13. Andrade, Y. *Cuestionario VHI-30 español venezolano: análisis de su efectividad en la evaluación subjetiva de pacientes con disfonía*. Trabajo de Grado de Especialización Foniatría. Instituto Nacional de Rehabilitación, Caracas. 2013.
14. Escalona E. Programa para la preservación de la voz en docentes de educación básica. *Salud trab*. 2006. 14(1):31-49.
15. Escalona, E. Prevalencia de síntomas de alteraciones de la voz y condiciones de trabajo en docentes de escuela primaria: Aragua-Venezuela. *Salud trab*. 2006. 14 (2):31-54.
16. Orellana, S. y Briceño, E. Factores de riesgo que influyen en la disfonía de los docentes. Instituto de prevención y asistencia social para el personal del Ministerio del Poder Popular para Educación. Barquisimeto. *Boletín Médico de Postgrado*. 2017. 33 (1): 37-44.
17. Fernández G, Ortiz I, Mujica L. Factores predisponentes de la disfonía por hiperfunción laríngea en pacientes adultos. Hospital Universitario Dr. Luis Gómez López. *Boletín Médico de Postgrado*. 2020; 36(2): 48-52.
18. Hernández, R. Estado de la audición y la voz en una población de operadores telefónicos. *Salud Trab*. 2008; 16(2):65-72.

CAPÍTULO 6: REALIDADE DO DISTÚRBIO DE VOZ RELACIONADO AO TRABALHO NA VENEZUELA



Ramón Hernández-Villoria^Q

Introdução

Localizada no extremo norte da América do Sul, com litoral no Mar do Caribe, a Venezuela tem atualmente cerca de trinta e três milhões de habitantes que se concentram principalmente nos centros urbanos (94%) e a sua população economicamente ativa atua principalmente no setor econômico de serviços¹.

De acordo com as projeções do Instituto Nacional de Estatística para 2021, a população em idade ativa (15-64 anos) no país é de 22.055.342 habitantes². A idade mínima legal de aposentadoria é de 55 anos para mulheres e 60 anos para homens³, enquanto a expectativa de vida ao nascer em 2018 era de 74,1 anos (79,0 para mulheres e 69,5 para homens)⁴.

O sistema de saúde do país é um sistema público e privado misto e altamente fragmentado em diferentes órgãos responsáveis pela prestação de serviços. Embora o Ministério da Saúde seja a autoridade epidemiológica, essa fragmentação dificulta a padronização dos registros de saúde. Por sua vez, o Instituto Nacional de Prevenção, Saúde e Segurança Ocupacional (INPSASEL, ou *Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales*), instituição autônoma que reporta seus dados ao Ministério do Trabalho, é responsável pelo registro das informações sobre doenças.

O INPSASEL é um órgão governamental que fiscaliza o cumprimento das normas de saúde e segurança no trabalho, mas que também é responsável por propor normas técnicas e aprovar diretrizes técnicas de segurança e saúde ocupacional⁵. Essas normas técnicas incluem os critérios para definir um problema de saúde como uma doença ocupacional, por exemplo.

Dados demográficos ocupacionais da voz na Venezuela

Embora não exista um banco de dados oficial que informe com precisão a população com profissões relacionadas ao uso da voz, a maioria dos profissionais da voz atua no ensino básico, fundamental e médio. De acordo com o Ministério da Educação, 662.825 profissionais atuam no ensino formal, sem incluir o ensino superior, que adicionaria cerca de 20 mil trabalhadores a esse número.

Existem também outras profissões que incluem o uso profissional da voz, como locutores de rádio e televisão, bem como cantores profissionais. De acordo com a Associação de Locutores Profissionais da Venezuela, existem cerca de 15.000 locutores ativos no país. No que diz respeito aos cantores profissionais, devido à diversidade de modalidades, não existe um registro preciso que agrupe a diversidade desses profissionais, desde cantores líricos a cantores populares que se apresentam em espaços privados.

Além disso, os call centers tiveram seu pico entre 2000 e 2015 devido ao grande volume de atividade bancária e de telecomunicações, e estima-se que 20.000 pessoas trabalhavam nesta atividade, o que resulta em uma exposição diária de 6 a 8 horas de uso frequente da voz. Desde 2016, esta atividade diminuiu devido ao nível de atividade econômica no país e ao surgimento dos *chatbots*, o que gerou uma diminuição do número de trabalhadores.

Por fim, existem outras profissões e ocupações com uso contínuo e frequente da voz, como vendas, atendimento direto ao público, vendas de rua, instrutores físicos e outras que somam uma quantidade difícil de quantificar, mas, em qualquer caso, não é tão numerosa quanto os grupos descritos anteriormente.

Estrutura legal da saúde ocupacional na Venezuela

A principal lei de segurança e saúde ocupacional na Venezuela é a Lei Orgânica de Prevenção, Condições de Trabalho e Ambiente de Trabalho, que foi promulgada em 2005. Esta Lei define as doenças ocupacionais como:

Doença ocupacional é o estado patológico contraído ou agravado pelo trabalho ou pela exposição ao ambiente de trabalho onde o trabalhador realiza suas tarefas, tais como as atribuíveis a agentes físicos e mecânicos, condições ergonômicas, condições meteorológicas, químicas e agentes biológicos e fatores psicossociais e emocionais causados por lesão corporal, distúrbios enzimáticos e bioquímicos temporários ou permanentes e distúrbios funcionais e mentais⁵.

O INPSASEL atualizou a lista de doenças ocupacionais que reconhece até 2009⁷, incluindo três condições com “sobrecarga de voz” como agente causal comum em sua terceira seção, intitulada “Doenças das cordas vocais”, com as seguintes definições:

1. Disfonias (código CIE-10: R49.0). Sobrecarga de voz em diferentes atividades laborais, como professores, cantores, profissionais de artes e entretenimento e operadores de telefonia;
2. Nódulos nas cordas vocais. (código CIE-10: J38.1). Sobrecarga de voz em diferentes atividades laborais, como professores e cantores.
3. Outras doenças das cordas vocais (código CIE-10: J38.1) Sobrecarga de voz em diferentes atividades laborais, como professores e cantores.

Deve-se ressaltar que a lista não inclui algumas das atividades de trabalho relacionadas aos Diagnósticos 2 e 3.

Cuidado Profissional para o Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho

Na Venezuela, o profissional de saúde que é envolvido no primeiro contato com o profissional da voz varia muito de acordo com vários fatores. Quando apresentam algum problema de saúde vocal, os professores da rede pública costumam procurar uma das clínicas do Instituto de Previdência e Segurança Social do Ministério da Educação (que são serviços médicos da previdência exclusivamente para professores) que são prestados em várias cidades do país. Nessas instituições, o professor pode ser atendido por um especialista em fonoaudiologia, ou por um graduado em fonoaudiologia ou terapia vocal, ou ainda por uma equipe que inclua esses profissionais.

Por outro lado, professores de ensino particular, locutores e cantores costumam frequentar particulares ou públicas com fonoaudiólogos, otorrinolaringologistas ou formados em fonoaudiologia ou terapia vocal. No entanto, não existem diretrizes clínicas padronizadas ou diretrizes baseadas em evidências que foram publicadas ou acordadas para a avaliação e intervenção desses casos.

Por outro lado, se uma pessoa com uso frequente ou contínuo da voz, como operadores de telefone, com problemas ou sintomas vocais, trabalha em uma empresa de médio ou grande porte com trabalhadores organizados em associações sindicais, geralmente terá o primeiro contato com um médico do trabalho no local de trabalho. Caso contrário, ou se for uma empresa de pequeno porte, o primeiro contato geralmente é com um otorrinolaringologista particular.

Atualmente, existem apenas noventa e dois especialistas em fonoaudiologia em atividade no país, o que significa que há 1 profissional para cada 366.666 pessoas. Além disso, existem cerca de trezentos fonoaudiólogos em atividade (1 para cada 110.000 pessoas), mas não se sabe o número de fonoaudiólogos voltados para terapia vocal.

Existem cerca de oitocentos otorrinolaringologistas, embora a maioria se dedique à laringologia e à voz de uma forma geral e poucos se dediquem à cirurgia ou fonocirurgia laríngea. Existem cerca de quinhentos médicos com especialização ou certificação profissional na área de medicina do trabalho, mas não se sabe quantos deles têm conhecimento acadêmico em vocologia.

Classificações ocupacionais de voz usadas na Venezuela

Conforme mencionado anteriormente, não existem Diretrizes Clínicas oficiais ou não oficiais. As sociedades médicas acadêmicas (Sociedade Venezuelana de Foniatria, Sociedade de Medicina Ocupacional, Sociedade de Otorrinolaringologia e Escola de Fonoaudiólogos e Terapeutas da Voz) não publicaram nenhum acordo ou consenso sobre o assunto até o momento.

No entanto, este capítulo contém as três classificações mais utilizadas no campo dos cuidados com a fala no DVRT, que são o ponto de partida para o diagnóstico de um problema de voz ocupacional.

Em primeiro lugar, a classificação proposta por López⁸, que propõe três categorias, é a classificação mais utilizada. Classe Profissional I, que inclui os trabalhadores para os quais o uso da voz é imprescindível e que uma limitação por disfonia afetaria totalmente a sua atividade profissional. Esta categoria inclui cantores, locutores e atores profissionais. A Classe Profissional II inclui aqueles que teriam sua atividade profissional parcialmente limitada, mas que poderiam continuar trabalhando se a disfonia não fosse grave, como professores, vendedores ou médicos. Por fim, existe a Classe Profissional III, ou uso não profissional da voz, que inclui os trabalhadores que não utilizam a voz de forma essencial em suas atividades laborais e que podem realizar as suas atividades mesmo com disfonias graves, como a maioria dos cargos administrativos e em escritórios.

Embora um pouco mais antiga que a classificação anterior, a classificação de Kouffman e Isaacson⁹ também é utilizada e possui quatro categorias. A diferença desta classificação é a inclusão da categoria de intérpretes vocais de elite, nível I, nos quais a menor alteração vocal teria um impacto significativo em seu desempenho, e que inclui atores e

cantores, principalmente cantores líricos. O nível II, ou que faz uso profissional da voz, inclui trabalhadores nos quais a disfonia leve afetaria a atividade profissional. Enquanto o nível III, de profissionais que não fazem uso profissional da voz, inclui trabalhadores cujo trabalho seria afetado apenas pela disfonia grave. E, por fim, o nível IV inclui os trabalhadores não profissionais não vocais, nos quais os problemas de voz teriam impacto social, mas não profissional.

Existe também a classificação de Sala, Rantala e Simberg¹⁰, que é nova e está começando a ser utilizada. Essa classificação propõe a classificar os usuários da voz em: a) Profissionais da voz, que requerem o desenvolvimento de habilidades vocais para a sua atuação; b) Usuários ocupacionais da voz, aqueles que usam muito a voz no trabalho e frequentemente em alta intensidade; e c) Usuários ativos de voz, que são aqueles que usam a voz no trabalho, mas raramente em alta intensidade.

Avaliação e Intervenção de Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT)

A primeira etapa na avaliação do Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT) é a investigação subjetiva, a partir da própria experiência do trabalhador sobre o impacto de seu problema vocal. Nesse contexto, o *Voice Handicap Index*¹¹ é a ferramenta mais utilizada internacionalmente para esse aspecto de avaliação. Existe uma versão do VHI 30, que está em espanhol¹² e é adaptada cultural e lexicalmente para a Venezuela¹³, sendo utilizada pelo menos entre os profissionais médicos da Fonoaudiologia da Venezuela e nas equipes que incluem os fonoaudiólogos.

Além disso, a laringoscopia indireta tradicional e a endoscopia laríngea com luz contínua e luz estroboscópica são as ferramentas usuais para o diagnóstico morfofisiológico. Apesar da sua simplicidade e acessibilidade, a análise acústica da voz tem uso limitado em alguns centros, não sendo uma prática comum para todos os profissionais que ficam satisfeitos com o diagnóstico anatômico feito por endoscopia.

Outros métodos como a eletroglotografia, a quimiografia, o teste de carga vocal em 24 horas e outros, são pouco conhecidos ou são utilizados de forma incipiente por poucos médicos.

Os diagnósticos mais comuns de DVRT correspondem a lesões de origem disfuncional, como nódulos, pólipos e cistos vocais. Alterações estruturais mínimas geralmente são levadas em consideração. Além disso, disfonias por tensão muscular sem lesão também são um diagnóstico comum.

Embora os protocolos de aplicação tendam a variar muito quanto ao número de sessões, periodicidade e técnicas aplicadas, a fonoterapia é a intervenção preferida, que também costuma ser eficaz em quase todos os casos para nódulos vocais e disfonias por tensão muscular com hipo ou hipercinesia de cordas. As cirurgias laríngeas para os problemas mais comuns costumam ser mais frequentes em relação a pólipos e cistos, embora a fonoterapia seja uma prática comum antes e após a cirurgia.

Como a avaliação da concordância com as tarefas do trabalho não é uma prática comum, normalmente é realizada apenas se o INPSASEL fiscalizar a ocorrência de reclamações de doenças ocupacionais ou em caso de solicitação da Justiça do Trabalho para qualquer litígio. A margem de manobra para realizar intervenções no local de trabalho com cargas anti-ergonômicas para a voz e, assim, proporcionar soluções coletivas de caráter preventivo, é escassa.

Formação de profissionais que cuidam de casos de DVRT

A formação de profissionais da área da saúde com foco em DVRT diz respeito à formação e qualificação de especialistas em foniatria, medicina do trabalho e laringologia, bem como de pessoal não médico de saúde: fonoaudiólogos, terapeutas da voz e terapeutas ocupacionais.

Existem quatro cursos de pós-graduação especializados em medicina da fala com duração de três anos em todo o país, os quais formam de três a seis médicos especialistas por ano. Por sua vez, de dez a quinze médicos se formaram em 2012, o que significa que houve uma redução do número de especialistas formados como resultado da crise social, política e econômica que a Venezuela atravessa há vários anos.

Em todo o país, existem seis universidades públicas com cursos de Fonoaudiologia que oferece esse curso de graduação (Bacharelado) e uma universidade privada que oferece o curso de Fonoaudiologia. Ambos os cursos incluem unidades curriculares teóricas e práticas de voz, voz ocupacional e saúde ocupacional.

Nos últimos sete anos, trinta profissionais se formam em instituições universitárias ao ano, em média. No entanto, não existem cursos de pós-graduação específicos para pessoal de saúde não médico.

Conforme relatado anteriormente, não existem cursos de pós-graduação específicos em laringologia, mas sim na especialidade mais ampla da otorrinolaringologia. Portanto, os

poucos especialistas com foco em laringologia realizam formação e recebem bolsas no exterior.

Apenas um dos estudos de pós-graduação em medicina do trabalho e saúde ocupacional tinha uma disciplina voltada para Vocologia do Trabalho, a qual teve duração de três meses e caráter teórico-prático, sendo ministrada na Universidad Central de Venezuela em Caracas.

Investigações relacionadas com o DVRT

São poucas as publicações relacionadas à voz ocupacional e ao DVRT, incluindo os importantes trabalhos de Escalona em professores que fizeram parte de uma ambiciosa linha de pesquisa gerada a partir da medicina ocupacional. Esses estudos encontraram que até 90,4% da população de professores do ensino fundamental de vários municípios apresentava sintomas de disfonia. Nestes estudos, 88% dos professores relataram não terem sido formados para o uso profissional da voz e os problemas mais relatados no ambiente de trabalho foram: exposição a pó de giz, ruído, pó de sujeira no pátio da escola e fumaça de incêndios florestais ou de tráfego de veículos vindos de fora da escola. A análise de regressão logística mostrou uma associação da disfonia com o fumo, a duração do esforço vocal e o escore da intensidade da voz. Nesse sentido, o autor propõe um programa muito abrangente de vigilância, prevenção, avaliação e intervenção como solução.

Em outros estudos¹⁶ com professores, os autores também encontraram uma incidência muito elevada de sintomas associados à disfonia ao longo de um ano (98%), assim como disfonia associada a achados de hiperfunção laríngea em 53% dos participantes.

No estudo que incluiu uma série de pacientes com diagnóstico de hiperfunção laríngea, 25% dos pacientes diagnosticados em um grupo eram profissionais da voz¹⁷, o que equivale ao grupo de usuários profissionais da voz, e 63% eram do grupo de usuários ocupacionais de a voz, com exposição a agentes químicos ou físicos.

Por sua vez, a situação no campo de operadores de telefonia ainda está sob investigação¹⁷. Este estudo relata ter encontrado prevalência de 51% de problemas vocais associados a alterações laríngeas e 61% de prevalência de alterações na análise acústica em uma população formada por esses profissionais. A maioria dos achados diagnósticos corresponde a disfonia sem alterações anatômicas das pregas vocais.

Conclusão

Na Venezuela, os cuidados, ensino e pesquisa relacionados à voz ocupacional e o DVRT ainda estão nos primeiros estágios de desenvolvimento. Os distúrbios vocais ocupacionais, validados e reconhecidos como tal pelo órgão governamental de saúde ocupacional, são categorizados como doenças de pregas vocais e incluem disfonias, pólipos de pregas vocais e outras doenças das pregas vocais, sem especificação.

São relativamente poucos os profissionais específicos da área e o principal ponto forte está no número de especialistas em foniatria, pois eles são treinados para a avaliação da voz. Porém, há um número muito baixo de profissionais por pessoa e a ameaça de uma diminuição do número de graduandos nos Programas de Pós-Graduação.

Além disso, o número de fonoaudiólogos (com formação de fonoaudiólogo) também é muito baixo para o tamanho da população. Por outro lado, há grande concentração de profissionais em algumas poucas cidades e o número de médicos, especificamente laringologistas ou fonocirurgiões, também é baixo e limitado às grandes áreas metropolitanas. Deve-se ressaltar também que os médicos do trabalho e outros profissionais de saúde ocupacional têm muito pouca formação em vocologia.

O ensino e a pesquisa nos programas de vocologia ocupacional dos cursos de pós-graduação existentes foram temporariamente eliminados, tanto pela baixa procura de alunos, quanto pela falta de professores.

Portanto, há muitos obstáculos desafiadores pela frente e é preciso dar alguns passos para trás a uma área que começou a se desenvolver nas décadas anteriores.

Referências

1. Universidad Católica Andrés Bello. *Encuesta de condiciones de vida* [Internet]. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello; 2019 [citado 11 Abril 2021]. Disponible en: <https://www.proyectoencovi.com/informe-interactivo-2019>.
2. Instituto Nacional de Estadística. *Proyecciones de Población* [Internet]. Ine.gov.ve. 2021 [citado 11 Abril 2021]. Disponible en: http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=98&Itemid.
3. Ley Sobre el Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores y las Trabajadoras de la Administración Pública Nacional, Estatal y Municipal. Caracas: Imprenta Nacional - *Gaceta Oficial*; 2014.
4. Organización Mundial de la Salud. *Esperanza de vida en Venezuela* [Internet]. World Life Expectancy. 2021 [citado 19 Mayo 2021]. Disponible en: <https://www.worldlifeexpectancy.com/es/venezuela-life-expectancy>.
5. Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo. Caracas: Imprenta Nacional - *Gaceta Oficial*; 2005.
6. Instituto Nacional de Estadística. *Estadísticas educativas 1988/1989-2017/2018* [Internet]. 1era ed. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Educación; 2018 [citado 26 Mayo

2021].

Disponible

en:

<http://www.ine.gov.ve/documentos/Social/Educacion/pdf/EstadisticasEducativas19881989-20172018.pdf>.

7. Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales. *Lista de Enfermedades Ocupacionales*. 2009. [citado 26 Mayo 2021]. Disponible en: http://www.inpsasel.gov.ve/documentos/pdf/Lista_de_enfermedades_ocupacionales.pdf.
8. López, M. *Características de la voz hablada en cantantes*. Trabajo Especial de Investigación. Servicio Central de Rehabilitación Médica J.J .Arvelo. Caracas, Venezuela 1994.
9. Koufman JA, Isaacson G. The spectrum of vocal dysfunction. *Otolaryngol Clin North Am*. 1991 Oct;24(5):985-8.
10. Sala E, Rantala LM, Simberg S. *Voice disorder and voice ergonomics: occupational and professional voice care*. Newcastle upon Tyne, UK: Cambridge Scholars; 2019.
11. Jacobson BH, Johnson A, Grywalski C, Silbergleit A, Jacobson G, Benninger M, Newman C. The voice handicap index (VHI): development and validation. *Am J Speech Lang Pathol*. 1997;6: 66–70. 5.
12. Nuñez-Batalla F, Corte-Santos P, Señaris-González B, Llorente-Pendás JI, Górriz-Gil C, Suárez-Nieto C. Adaptación y validación del índice de incapacidad vocal (VHI30) y su versión abreviada (VHI-10) al español. *Acta Otorrinolaringológica Española*. 2007; 58(9):386-39.
13. Andrade, Y. *Cuestionario VHI-30 español venezolano: análisis de su efectividad en la evaluación subjetiva de pacientes con disfonía*. Trabajo de Grado de Especialización Foniatría. Instituto Nacional de Rehabilitación, Caracas. 2013.
14. Escalona E. Programa para la preservación de la voz en docentes de educación básica. *Salud trab*. 2006. 14(1):31-49.
15. Escalona, E. Prevalencia de síntomas de alteraciones de la voz y condiciones de trabajo en docentes de escuela primaria: Aragua-Venezuela. *Salud trab*. 2006. 14 (2):31-54.
16. Orellana, S. y Briceño, E. Factores de riesgo que influyen en la disfonía de los docentes. Instituto de prevención y asistencia social para el personal del Ministerio del Poder Popular para Educación. Barquisimeto. *Boletín Médico de Postgrado*. 2017. 33 (1): 37-44.
17. Fernández G, Ortiz I, Mujica L. Factores predisponentes de la disfonía por hiperfunción laríngea en pacientes adultos. Hospital Universitario Dr. Luis Gómez López. *Boletín Médico de Postgrado*. 2020; 36(2): 48-52.
18. Hernández, R. Estado de la audición y la voz en una población de operadores telefónicos. *Salud Trab*. 2008; 16(2):65-72.

CHAPTER 6: REALITY OF WORK-RELATED VOICE DISORDER IN VENEZUELA



Ramón Hernández-Villoria^Q

Introduction

Located in the extreme North of South America, with a coastline in the Caribbean Sea, Venezuela currently has around thirty-three million inhabitants who are mainly concentrated in urban centers (94%) and its economically active population is mainly in the economic sector of services¹.

According to the projections of the National Institute of Statistics for 2021, the working-age population (15-64 years) is 22,055,342 inhabitants². The minimum legal retirement age is 55 years for women and 60 years for men³, while life expectancy at birth in 2018 was 74.1 years (79.0 for females and 69.5 for males)⁴.

The health system in the country is a mixed public and private system that is highly fragmented into different entities responsible for the provision of services. Although the Ministry of Health is the epidemiological authority, this fragmentation makes it difficult to standardize health records. In turn, the National Institute for Occupational Prevention, Health and Safety (INPSASEL, or *Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales*), an autonomous institution that reports its data to the Ministry of Labor, is responsible for recording information on diseases.

INPSASEL is a government body that inspects compliance with health and safety standards at work, but also proposes technical standards and approves technical guidelines for occupational health and safety⁵. These technical standards include the criteria for defining a health problem as an occupational disease, for example.

Occupational demographics of the voice in Venezuela

Although there is no official database that accurately reports on the population with professions related to the use of voice, most voice professionals work in early, primary, and

secondary education. According to the Ministry of Education, 662,825 people work in formal teaching, not including the higher education, which would have about 20,000 more people.

There are also other professions that include professional use of the voice, such as radio and television announcers as well as professional singers. According to the Association of Professional Announcers of Venezuela, there are around 15,000 active announcers in the country. With respect to professional singers, due to the diversity of modalities, there is no precise record that groups the diversity of these professionals, from lyrical to popular singers who perform in private venues.

In addition, call centers had their peak between 2000 and 2015 due to the large volume of banking and telecommunications activity, and it is estimated that 20,000 people worked in this activity, which results in exposure for 6 to 8 hours a day of frequent use of the voice. Since 2016, this activity has decreased both due to the level of economic activity in the country and the emergence of chatbots, leading to a decrease in the number of workers.

Finally, there are other professions and occupations with continuous and frequent use of the voice, such as sales, direct attention to the public, street sales, physical instructors and others that add up to an amount that is difficult to quantify, but in any case not as numerous as that of the groups previously described.

Legal framework of occupational health in Venezuela

The main law on occupational safety and health in Venezuela is the Organic Law on Prevention, Working Conditions and Working Environment, which was promulgated in 2005. This Law defines occupational disease as:

An occupational disease is the pathological state contracted or deteriorated due to work or to the exposure to the working environment where the worker perform his/her tasks, such as the ones attributable to physical and mechanical agents, ergonomic conditions, meteorological conditions, chemical and biological agents and psychosocial and emotional factors caused by a body injury, temporary or permanent enzyme and biochemical disorders, and functional and mental disorders⁵.

The INPSASEL has updated until 2009 their list of recognized occupational diseases⁷, including three entities with “voice overload” as common causal agent in its third section, entitled “Vocal cord diseases”, with the following definitions:

1. Dysphonias (code CIE-10: R49.0). Voice overload in different work activities, such as teachers, singers, arts and entertainment workers, and telephone operators;

2. Nodules on the vocal cords. (code CIE-10: J38.1). Voice overload in different work activities, such as teachers, and singers;
3. Other diseases of vocal cords (code CIE-10: J38.1) Voice overload in different work activities, such as teachers or professors, and singers.

It should be noted that the list does not include some of the work activities related to Diagnostics 2 and 3.

Professional Care for Work-Related Voice Disorder

In Venezuela, the health professional who is involved in the first contact with the professional voice worker varies greatly according to various factors. When they have a vocal health problem, public school teachers usually go to one of the clinics of the Social Security and Welfare Institute of the Ministry of Education (which are social security medical services exclusively for teachers) that are provided in many cities of the country. In these institutions, the teacher can be cared for by a specialist in speech-language pathology, or by a graduate in speech-language pathology or speech therapy, or by a team that includes these professionals.

On the other hand, private education teachers, announcers and singers usually attend private or public appointments with speech-language pathologists, otorhinolaryngologists or graduates in speech-language pathology or speech therapy. However, there are no standardized clinical guidelines or evidence-based guidelines that have been published or agreed for the evaluation and intervention of these cases.

On the other hand, if a person with frequent or continuous use of the voice, such as telephone operators, with vocal problems or symptoms works in a medium or large company with workers organized in union associations, they will usually have their first contact with an occupational physician at their workplace. If they don't, or if it is a small-sized company, the first contact is usually with a private otorhinolaryngologist.

Currently, there are only ninety-two active speech medicine experts in the country, which means that there is 1 professional for every 366,666 people. In addition, there are around three hundred active speech-language pathologists/speech therapists (1 for every 110,000 people), but the number of how many are focused on voice therapy is unknown.

There are about eight hundred otorhinolaryngologists, although most of them are focused on laryngology and voice in a general way and there are very few who are dedicated to laryngeal surgery or phonosurgery. There are about five hundred physicians with

specialization or professional certification in the area of occupational medicine, but it is unknown how many of them have academic knowledge in vocology.

Occupational voice classifications used in Venezuela

As previously mentioned, there are no official or unofficial Clinical Guidelines. The academic medical societies (Venezuelan Society of Phoniatics, Occupational Medicine Society, Society of Otorhinolaryngology, and School of Speech-Language Pathologists and Speech Therapists) have not published any agreement or consensus on the subject to date.

However, this chapter contains the three most used classifications in the field of speech care in WRVD, which are the starting point for the diagnosis of an occupational voice problem.

First, the most used classification is the classification proposed by López⁸, which proposes three categories. Professional class I, including those workers for whom the use of the voice is essential, in which a limitation due to dysphonia would have a huge impact on their work performance. This category includes professional singers, announcers and actors. Professional class II includes those who would have their work activity partially limited, but who could continue working if the dysphonia is not serious, such as teachers, salesmen or physicians. Finally, there is class III, or non-professional use of the voice, which includes those workers who do not use their voice in an essential way in their work activities and can carry out their activities even with severe dysphonia, such as most of the administrative and office work.

Although slightly older than the previous classification, the classification by Kouffman and Isaacson⁹ is also used and has four categories. The difference is the inclusion of the category of vocal elite performers, level I, in whom the slightest vocal alteration would have a significant impact on their performance, which includes actors and singers, especially lyrical singers. Level II, or professional use of the voice, includes workers in whom mild dysphonia would affect work activity. While level III, non-vocal professional, includes those whose work would be affected only by severe dysphonia. And, finally, level IV includes non-professional-non-vocal workers, in whom voice problems would have a social impact, but not a professional impact.

There is also the classification by Sala, Rantala and Simberg¹⁰, which is new and is beginning to be used. This classification proposes to classify voice users into: a) Professional voice users, who require the development of vocal skills for their performance; b)

Occupational voice users, those who use their voice a lot in their work and frequently at high intensity; and c) Active voice users, those who use their voice in their work, but rarely at high intensity.

Assessment and intervention of Work-Related Voice Disorder (WRVD)

The first step in the evaluation of the Work-Related Voice Disorder (WRVD) is the subjective investigation, from the worker's own experience about the impact of their vocal problem. In this context, the Voice Handicap Index¹¹ is the most widely used tool internationally for this aspect of assessment. There is a the VHI 30 version, which is in Spanish¹² and culturally and lexically adapted for Venezuela¹³, and which is used at least among medical professionals of speech therapy in Venezuela and in the teams that they make up with speech-language pathologists.

In addition, traditional indirect laryngoscopy and laryngeal endoscopy with continuous light and strobe light are the usual tools for morpho-physiological diagnosis. Despite its simplicity and accessibility, acoustic voice analysis has limited use in some centers, and it is not a common practice for all professionals, who are satisfied with the anatomical diagnosis made by endoscopy.

Other methods such as electroglottography, chemography, the vocal load in 24 hours test and others, are hardly known or are used in an incipient way only by few medical individuals.

The most common diagnoses of WRVD correspond to lesions of dysfunctional origin, such as vocal nodules, polyps, and cysts. Minimal structural alterations are usually taken into account. In addition, muscle tension dysphonias without injury are also a common diagnosis.

Although the application protocols tend to vary greatly in the number of sessions, periodicity and applied techniques, phonotherapy is the preferred intervention, which is also usually effective in almost all cases for vocal nodules and dysphonia due to muscle tension with chordal hypo or hyperkinesis. Laryngeal surgeries for the most common problems are usually more frequent related to polyps and cysts, although phonotherapy is common practice before and after the surgery.

The evaluation of agreement with the work tasks is not a common practice, thus it is usually conducted only if INPSASEL inspects for the occurrence of complaints of occupational diseases or in case of requests from labor courts for any dispute. There is very

little margin to carry out interventions on the workplace with anti-ergonomic workloads for the voice and thus provide collective solutions of a preventive nature.

Training of professionals who care for WRVD cases

The training of care professionals focused on WRVD concerns the education and training of specialists in phoniatrics, occupational medicine and laryngology, as well as non-medical health personnel: speech therapists, speech-language pathologists and occupational therapists.

There are four three-year specialized graduate degrees in speech medicine nationwide, from which three to six specialist doctors graduate per year. In turn, ten to fifteen doctors were graduating in 2012, which means that there has been a reduction in the number of specialists as a result of the social, political and economic crisis that Venezuela has been going through for several years.

Throughout the country, there are six public universities with speech-language pathology courses that grant this undergraduate degree (Bachelor's Degree) and a private university that grants a speech therapy degree. Both degrees include theoretical and practical curricular units of voice, occupational voice and occupational health.

In the last seven years, an average of thirty professionals graduates from university institutions each year. However, there are no specific graduate courses for non-medical health personnel.

As previously reported, there are no specific graduate courses in laryngology, but rather in the broader specialty of otorhinolaryngology. Therefore, the few specialists focused on laryngology have received training and fellowships abroad.

Only one of the graduate studies in occupational medicine and occupational health had a subject focused on Occupational Vocology, which lasted three months and had a theoretical and practical nature, being provided at the Universidad Central de Venezuela in Caracas.

Investigations in WRVD

There are few publications related to the occupational voice and WRVD, including the outstanding works by Escalona in teachers who were part of an ambitious line of research generated from occupational medicine^{14,15}. These studies found that up to 90.4% of a population of primary school teachers from various municipalities had symptoms of

dysphonia. In these studies, 88% of the teachers reported not having been trained for the professional use of the voice and the most reported problems in the work environment were as follows: exposure to chalk dust, noise, dirt dust in the schoolyard and smoke from forest fires or vehicle traffic coming from outside the school. The logistic regression analysis showed an association of dysphonia with smoke, the duration of vocal effort and the score of the voice intensity. In this sense, the author proposes a very complete program of surveillance, prevention, evaluation and intervention as a solution.

In other studies¹⁶ with teachers, authors also found a very high incidence of symptoms associated with dysphonia in the course of one year (98%), as well as dysphonia associated with findings of laryngeal hyperfunction in 53%.

In the study that included a series of patients with the diagnosis of laryngeal hyperfunction, 25% of a series of diagnosed patients were voice professionals¹⁷, which is equivalent to the group of professional voice users, and 63% were from the group of occupational users of the voice, with exposure to chemical or physical agents.

In turn, the situation in the field of telephone operators is under investigation¹⁷. This study reports having found a 51% prevalence of voice problems associated with laryngeal changes and 61% of abnormalities in acoustic analysis in a population with these professionals. Most of the diagnostic findings correspond to dysphonia without anatomical changes of the vocal cords.

Conclusions

In Venezuela, care, teaching and research related to occupational voice and WRVD are in the early stages of development. Occupational voice disorders, which are validated and recognized as such by the governmental authority on occupational health, are categorized as vocal cord diseases and include dysphonia, vocal cord polyps and other vocal cord diseases, without specification.

There are relatively few specific professionals in the area and the greatest strength is in the number of specialists in phoniatrics, as they are trained in the evaluation of the voice. However, there is a very low number of professionals per person and the threat of a decrease in the number of graduates in Graduation Programs.

Furthermore, the number of speech therapists (with the qualifications of speech-language pathologist or speech therapist) is also very low for the size of the population. On the other hand, there is a high concentration of professionals in few cities and the number of

physicians, specifically laryngologists or phonosurgeons, is also low and limited to large metropolitan areas. It also should be noted that occupational physicians and other occupational health professionals have very little training in vocology.

Teaching and research within occupational vocology programs in existing graduation courses have been temporarily eliminated, either due to the low demand for students or the lack of professors.

Therefore, there are many difficult challenges ahead and it is necessary to take a few steps back to an area that began to be developed in previous decades.

References

1. Universidad Católica Andrés Bello. *Encuesta de condiciones de vida* [Internet]. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello; 2019 [citado 11 Abril 2021]. Disponible en: <https://www.proyectoencovi.com/informe-interactivo-2019>.
2. Instituto Nacional de Estadística. *Proyecciones de Población* [Internet]. Ine.gov.ve. 2021 [citado 11 Abril 2021]. Disponible en: http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=98&Itemid.
3. Ley Sobre el Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores y las Trabajadoras de la Administración Pública Nacional, Estatal y Municipal. Caracas: Imprenta Nacional - *Gaceta Oficial*; 2014.
4. Organización Mundial de la Salud. *Esperanza de vida en Venezuela* [Internet]. World Life Expectancy. 2021 [citado 19 Mayo 2021]. Disponible en: <https://www.worldlifeexpectancy.com/es/venezuela-life-expectancy>.
5. Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo. Caracas: Imprenta Nacional - *Gaceta Oficial*; 2005.
6. Instituto Nacional de Estadística. *Estadísticas educativas 1988/1989-2017/2018* [Internet]. 1era ed. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Educación; 2018 [citado 26 Mayo 2021]. Disponible en: <http://www.ine.gov.ve/documentos/Social/Educacion/pdf/EstadisticasEducativas19881989-20172018.pdf>.
7. Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales. *Lista de Enfermedades Ocupacionales*. 2009. [citado 26 Mayo 2021]. Disponible en: http://www.inpsasel.gov.ve/documentos/pdf/Lista_de_enfermedades_ocupacionales.pdf.
8. López, M. *Características de la voz hablada en cantantes*. Trabajo Especial de Investigación. Servicio Central de Rehabilitación Médica J.J .Arvelo. Caracas, Venezuela 1994.
9. Koufman JA, Isaacson G. The spectrum of vocal dysfunction. *Otolaryngol Clin North Am*. 1991 Oct;24(5):985-8.
10. Sala E, Rantala LM, Simberg S. *Voice disorder and voice ergonomics: occupational and professional voice care*. Newcastle upon Tyne, UK: Cambridge Scholars; 2019.
11. Jacobson BH, Johnson A, Grywalski C, Silbergleit A, Jacobson G, Benninger M, Newman C. The voice handicap index (VHI): development and validation. *Am J Speech Lang Pathol*. 1997;6: 66–70. 5.
12. Nuñez-Batalla F, Corte-Santos P, Señaris-González B, Llorente-Pendás JI, Górriz-Gil C, Suárez-Nieto C. Adaptación y validación del índice de incapacidad vocal (VHI30) y su

- versión abreviada (VHI-10) al español. *Acta Otorrinolaringológica Española*. 2007; 58(9):386-39.
13. Andrade, Y. *Cuestionario VHI-30 español venezolano: análisis de su efectividad en la evaluación subjetiva de pacientes con disfonía*. Trabajo de Grado de Especialización Foniatría. Instituto Nacional de Rehabilitación, Caracas. 2013.
 14. Escalona E. Programa para la preservación de la voz en docentes de educación básica. *Salud trab*. 2006. 14(1):31-49.
 15. Escalona, E. Prevalencia de síntomas de alteraciones de la voz y condiciones de trabajo en docentes de escuela primaria: Aragua-Venezuela. *Salud trab*. 2006. 14 (2):31-54.
 16. Orellana, S. y Briceño, E. Factores de riesgo que influyen en la disfonía de los docentes. Instituto de prevención y asistencia social para el personal del Ministerio del Poder Popular para Educación. Barquisimeto. *Boletín Médico de Postgrado*. 2017. 33 (1): 37-44.
 17. Fernández G, Ortiz I, Mujica L. Factores predisponentes de la disfonía por hiperfunción laríngea en pacientes adultos. Hospital Universitario Dr. Luis Gómez López. *Boletín Médico de Postgrado*. 2020; 36(2): 48-52.
 18. Hernández, R. Estado de la audición y la voz en una población de operadores telefónicos. *Salud Trab*. 2008; 16(2):65-72.

ISBN: 978-65-997606-0-0

CDL



9 786599 760600

