



ABORL-CCF ABLV ANAMT SOMERJ SORL-RJ ABMT-RJ IBRAMEP SPMT



Câmaras Técnicas de Otorrinolaringologia, Medicina do Trabalho e Perícias Médicas do CREMERJ

Consenso Nacional sobre Voz Profissional

Voz e Trabalho: uma questão de saúde e direito do trabalhador

Rio de Janeiro RJ, 13 e 14 de agosto de 2004

Centro de Convenções do Hotel Glória

Entidades promotoras

Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial - ABORL-CCF
Comitês de Otorrinolaringologia Ocupacional e de Laringe e Voz Profissional
Academia Brasileira de Laringologia e Voz - ABLV
Associação Nacional de Medicina do Trabalho - ANAMT
Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - CREMERJ
Câmaras Técnicas de Otorrinolaringologia, Medicina do Trabalho e Perícias Médicas
Sociedade Médica do Estado do Rio de Janeiro - SOMERJ
Sociedade de Otorrinolaringologia do Estado do Rio de Janeiro - SORL-RJ
Associação Brasileira de Medicina do Trabalho - ABMT-RJ
Instituto Brasileiro dos Médicos Peritos Judiciais - IBRAMEP
Sociedade Paulista de Medicina do Trabalho - SPMT

OBJETIVOS

O termo "**Consenso**" deve ser entendido como "*aplicação em comum do bom senso*", que fundamentalmente inclui conceitos, entendimentos, opiniões, hábitos e condutas adotadas na prática da assistência médica, e estas não devem se ater ao extremo rigor que caracteriza uma "*evidência científica*", o que arriscaria paralisar ou impedir que sejam listadas, elaboradas e definidas normas, sugestões e orientações gerais, mais ou menos transitórias ou definitivas, e portanto passíveis de reformulação a todo e qualquer tempo, conforme venha a determinar a Evolução da Ciência Médica.

RELATÓRIO FINAL – Carta do Rio e seus Anexos submetidos e definidos pela Plenária do Consenso 2004

Apresentação.....	pág. 2
Participantes (relatores, autores e co-autores).....	págs. 3 e 4
Carta do 3º Consenso Nacional sobre Voz Profissional - "Carta do Rio".....	págs. 5 a 7
ANEXO 1 – Das atribuições e competências.....	págs. 8 a 13
Relatores: ¹ Marcos Sarvat e ³ Gaspere Bosco (RJ), ⁴ Marcos Nemetz (SC) e ⁵ Nélio Steffen (RS) e ⁶ Everardo Costa (SP)	
ANEXO 2 – Das necessidades dos profissionais da voz.....	págs. 14 a 18
Relatores: ⁷ Paulo Pontes e ⁸ Henrique Olival Costa (SP) e Marcos Sarvat (RJ)	
ANEXO 3 – Dos conceitos e evidências científicas.....	págs. 19 a 30
Relatores: ⁹ Evaldo Macedo (PR), ¹⁰ André Duprat e ¹¹ Luis Cantoni (SP) e Marcos Sarvat (RJ)	
ANEXO 4 – Das enfermidades e condições clínicas.....	págs. 30 a 33
Relatores: ² Domingos Tsuji (SP), ¹² Rui Imamura (SP), ¹³ Agrício Crespo (SP) e Marcos Sarvat (RJ)	
ANEXO 5 – Dos riscos ambientais, individuais e questionários.....	págs. 34 a 38
Relatores: ¹⁴ Geraldo Sant'Anna(RS), ¹⁵ Sandra Irene Cubas (SP) e Marcos Sarvat (RJ)	
ANEXO 6 – Dos levantamentos a respeito das laringopatias.....	págs. 39 a 44
Relatores: ¹⁶ Aizenaque Grimaldi (SP), ¹⁷ Arlindo Gomes e Marcos Sarvat (RJ)	
ANEXO 7 – Do conjunto de elementos para composição de relatórios.....	págs. 45 a 52
Relatores: ¹⁸ Casimiro Junqueira, ¹⁹ Heitor Dantas, ²⁰ Denise Durão, ²¹ Guido Heisler e Marcos Sarvat (RJ), ²² Osfrís Camponês do Brasil (SP), ²³ Milton Nakao (MS) e ²⁴ Paulo Perazzo (BA)	
ANEXO 8 – Da proposta de reformulação das normas técnicas.....	págs. 53 a 64
Relatores: ²⁵ Daphnis Souto, ²⁶ Nadja Ferreira, ²⁷ Silvia Matheus, ²⁸ Heloisa Oliveira, ²⁹ Sergio Leichner e Marcos Sarvat (RJ)	
ANEXO 9 – Da proposta legislativa federal.....	págs. 65 a 68
Relatores: ³⁰ Jorge Leite, Daphnis Souto, Sergio Leichner e Marcos Sarvat (RJ) e ³¹ José A. Pinto e ³² Reginaldo Fujita (SP)	



Consenso Nacional sobre Voz Profissional

Voz e Trabalho: uma questão de saúde e direito do trabalhador



Apresentação

A necessidade gera a ação. As leis vão sendo criadas conforme a sociedade percebe a carência de uma norma que torne a convivência entre os cidadãos e as relações de trabalho mais justas, harmônicas e pacíficas, enfim, mais confortáveis e civilizadas.

A Academia Brasileira de Laringologia e Voz e a Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial, que congregam os médicos otorrinolaringologistas brasileiros, souberam auscultar o problema sofrido pelos cidadãos que dependem da voz para obterem seu sustento. São dezenas de milhões os trabalhadores brasileiros que têm a voz como um instrumento fundamental para exercerem seu ofício, entre professores, profissionais de teleatendimento, recepcionistas, comerciários, locutores, oradores, atores, cantores, profissionais liberais como advogados, médicos, fonoaudiólogos, psicólogos e muitos outros.

A rigor, praticamente todas as profissões que demandam relacionamento pessoal, seja ao vivo ou por meio de telefone, exigem esforço vocal e seu exercício torna-se inviável caso a voz da pessoa não apresente boa qualidade em termos de estética, estabilidade e resistência. De um modo geral, espera-se que a voz agrade a quem ouve, transmita a mensagem verbal e consiga resistir ao uso intensivo, mesmo em condições por vezes desfavoráveis e infelizmente tão comuns – ambientes ruidosos, poluídos, sob stress, umidade e/ou temperatura prejudiciais ao aparelho fonador.

Após 3 reuniões realizadas entre 2001 e 2002, com a participação de profissionais da Fonoaudiologia e do Canto, entre outros, e cientes da complexidade do tema e em harmonia de princípios e conjugação de esforços, médicos otorrinolaringologistas, foniatras, cirurgiões cérvico-faciais, médicos do trabalho e médicos peritos souberam se organizar e conseguiram concluir um texto que analisa, elucidada, conceitua e orienta muitas das questões até então obscuras.

Em conjunto com entidades médicas como a Associação Nacional de Medicina do Trabalho - ANAMT, Associação Brasileira de Medicina do Trabalho - ABMT-RJ, Sociedade de Otorrinolaringologia do Estado do Rio de Janeiro - SORL-RJ, Instituto Brasileiro dos Médicos Peritos Judiciais – IBRAMEP e Sociedade Paulista de Medicina do Trabalho - SPMT, sob os auspícios das Câmaras Técnicas de Otorrinolaringologia, Medicina do Trabalho e Perícias Médicas do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - CREMERJ e com a participação da SOMERJ, nos empenhamos e alcançamos lançar um documento (Carta do Rio e seus anexos) que supre grande parte das necessidades atuais a respeito das laringopatias ocupacionais e do cuidado com os cidadãos usuários de voz profissional como um todo.

Essa proposta consensual será divulgada aos profissionais e às autoridades municipais, estaduais e federais, de modo a refletir-se, confiamos, em mudanças das normas técnicas e das leis e no aperfeiçoamento da conduta de todos os envolvidos e, mais importante, contribuindo para minimizar a ocorrência e gravidade das laringopatias ocupacionais. Assim beneficiando a saúde e o desempenho do trabalhador brasileiro, nosso País poderá enfrentar mais energicamente todos os problemas sociais e econômicos que nos afligem.

Agradecemos a todos os profissionais médicos, fonoaudiólogos, professores de Canto, regentes e cantores, engenheiros de segurança do trabalho, ergonomistas, advogados, administradores públicos e parlamentares que participaram direta ou indiretamente, de forma constante ou eventual, pública ou anônima, autônoma ou representando disciplinas, órgãos e serviços públicos ou privados. Relacionamos a seguir grande parte das pessoas que dedicaram seu tempo e experiência à causa do Progresso do Conhecimento, de caráter multidisciplinar e multiprofissional, integrado, hierarquizado e coordenado, de modo sincero, transparente e desprovido de razões classistas, corporativistas ou mercadológicas.

Coletivamente, souberam tratar técnica e emocionalmente das questões difíceis como sendo fáceis (com coragem) e das fáceis como sendo difíceis (com seriedade). Portanto, contentes e amadurecidos pelo profícuo trabalho conjunto, temos certeza que estamos “fazendo a nossa parte” – em alto e bom som e voz.

E que saibamos continuar sendo analistas críticos, criativos, objetivos e ousados, revendo e renovando percepções e verdades que acreditamos estar sempre bem ali, a nosso alcance...

Marcos Sarvat
Coordenador do Consenso

Domingos Tsuji
Presidente da ABLV

José Victor Maniglia
Presidente da ABORL-CCF

René Mendes
Presidente da ANAMT

Arlindo Gomes
Diretor Científico da ANAMT

Jorge Leite
Coordenador da CT de ORL do CREMERJ

Instituição e endereço para correspondência: Academia Brasileira de Laringologia e Voz
Av. Indianópolis 740 - Moema - São Paulo SP CEP 04062-001
Tel (11) 5052-9515 e fax (11) 5052-1025 E-mail: supras@sborg.br Portal: www.sborg.br

Consenso Nacional sobre Voz Profissional

Voz e Trabalho: uma questão de saúde e direito do trabalhador

Profissionais Relatores (autores)

- ¹ Médico especialista em Otorrinolaringologia, Cancerologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço pelas respectivas Sociedades Brasileiras de especialidade da Associação Médica Brasileira (AMB), Mestre em ORL pela UFRJ, Doutorando em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço pela Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (EPM-UNIFESP), Conselheiro do CRM-RJ e responsável pela Câmara Técnica de Otorrinolaringologia, Secretário-geral da SOMERJ, Ex-Presidente da SBLV no biênio 1995-97 e Ex-Diretor de Defesa Profissional da ABORL-CCF (1994-2000).
- ² Médico otorrinolaringologista, chefe do Grupo de Voz do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, Professor Livre-docente em Otorrinolaringologia pela Faculdade de Medicina da USP, Fellowship na Área de Laringologia na Universidade Keio em Tokyo-Japão (1988-1990) e Presidente da Academia Brasileira de Laringologia e Voz (2003-2005).
- ³ Médico, especialista em Otorrinolaringologia, Professor Assistente da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM-UERJ), Vice-Diretor do Departamento Profissional da SORL-RJ e Membro da Câmara Técnica de Otorrinolaringologia do CRM-RJ.
- ⁴ Médico, especialista em Otorrinolaringologia e em Cirurgia de Cabeça e Pescoço pelas respectivas Sociedades Brasileiras de especialidade da AMB, Professor da Disciplina de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina da Universidade Regional de Blumenau, Santa Catarina, Mestre em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço pela EPM-UNIFESP e Diretor de Defesa Profissional da SBORL (2000-05).
- ⁵ Médico, especialista em Otorrinolaringologia e em Cirurgia de Cabeça e Pescoço pelas respectivas Sociedades Brasileiras de especialidade - AMB, Professor do Departamento de Cirurgia, Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Mestre pela PUC-RS, Doutorando em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço pela EPM-UNIFESP e Ex-Presidente da Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia e Voz no biênio 1997-99.
- ⁶ Médico especialista em Otorrinolaringologia pela AMB/ABORL-CCF, Professor Colaborador da Disciplina de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Doutor em Saúde Coletiva pela UNICAMP, Mestre em Distúrbios da Comunicação pela PUC/SP, Coordenador do Comitê de Doenças Otorrinolaringológicas Relacionadas com o Trabalho da ABORL-CCF e Membro do Comitê Nacional de Ruído e conservação da Audição pela ABORL-CCF.
- ⁷ Médico otorrinolaringologista e cirurgião de cabeça e pescoço, Professor Titular de Otorrinolaringologia da EPM-UNIFESP, Ex-Presidente da ABORL-CCF por dois biênios 1992-96, Ex-Presidente da SBLV biênio 1991-93, Secretário Regional da IFOS para América do Sul e América Central, Presidente do Congresso Mundial da Voz de 1999 e presidente do Congresso Mundial de ORL - Brasil 2009.
- ⁸ Médico especialista em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Doutor em Otorrinolaringologia pela FMUSP, Professor adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Editor da Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Otorrinolaringologia da Santa Casa de São Paulo e Diretor de publicações da ABORL-CCF.
- ⁹ Médico otorrinolaringologista do Departamento de ORL do Hospital de Clínicas da UFPR, Mestrado em Desordens da Comunicação pela UTP-PR, Doutor em Cirurgia pela Universidade Federal do PR, Professor- adjunto da UFPR, Chefe do Serviço de Endoscopia do Hospital NS Graças, Curitiba PR, Coordenador do CPTD - Centro de Pesquisa e Tratamento da Disfagia, Membro da Dysphagia Research Society e médico do Centro da Voz do Instituto Paranaense de Otorrinolaringologia.
- ¹⁰ Médico especialista em Otorrinolaringologia pela AMB/ABORL-CCF, Mestre e Doutor em ORL pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Área de concentração ORL, Professor Assistente do Departamento de ORL da Santa Casa de São Paulo e Responsável pelo Setor de Laringologia e Voz.
- ¹¹ Médico especialista em Otorrinolaringologia, Mestre em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço pela UNIFESP - Escola Paulista de Medicina e Membro do Comitê de Novas Lideranças da ABORL-CCF.
- ¹² Médico especialista em Otorrinolaringologia, Doutor em ORL pela FMUSP e Assistente da Clínica Otorrinolaringológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.
- ¹³ Médico, especialista em Otorrinolaringologia pela ABORL-CCF, Mestre e Doutor em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço pela EPM-UNIFESP, Professor e Coordenador da Disciplina de Otorrinolaringologia-Cabeça e Pescoço da Universidade de Campinas-UNICAMP, Chefe do Departamento de Oftalmo-Otorrinolaringologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Presidente da SBLV no biênio 1999-2001 e Coordenador de Ensino, Treinamento e Residência Médica da ABORL-CCF.
- ¹⁴ Médico, especialista em Otorrinolaringologia, Professor da Disciplina de Otorrinolaringologia da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA), Professor do Serviço de Residência em Otorrinolaringologia do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre / FFFCMPA, Doutorando em Otorrinolaringologia da EPM-UNIFESP, Secretário do Departamento de Defesa Profissional da ABORL-CCF, Vice-presidente da Academia Brasileira de Laringologia e Voz (ABLV) e Conselheiro do CRM-RS.
- ¹⁵ Médica Otorrinolaringologista pela FMUSP, Mestre e Doutora em Otorrinolaringologia pela UNIFESP - Escola Paulista de Medicina, especialista em Medicina do Trabalho, Membro da Sociedade Alemã de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial e Coordenadora do Programa de Prevenção de Disfonia Ocupacional em Professores da Subdelegacia do Trabalho - SDT-1 Norte/SP.
- ¹⁶ Médico especialista em Medicina do Trabalho, Presidente da Sociedade Paulista de Medicina do Trabalho (2004-07), Presidente do Departamento de Medicina do Trabalho da Associação Paulista de Medicina, Diretor de Patrimônio da ANAMT (2004-07), Diretor Administrativo do Sindicato dos Médicos de São Paulo (2001-05) e Diretor da ABRAPHISSET - Associação Brasileira de Profissionais de Higiene e Segurança do Trabalho.
- ¹⁷ Médico especialista em Clínica Médica e Medicina do Trabalho, Mestre em Saúde Coletiva pelo NESC/UFRJ, Médico do Trabalho da Petrobrás, Ex-presidente da Associação Brasileira de Medicina do Trabalho - ABMT (gestão 2001-2004), Vice-Presidente da ABMT (1993-1999), Vice-Presidente da Região Sudeste da ANAMT (1995-1998) e Diretor Científico da ANAMT (2004-2007).
- ¹⁸ Médico especialista em Otorrinolaringologia e Medicina do Trabalho pelas respectivas Sociedades Brasileiras de especialidade da Associação Médica Brasileira (AMB), Membro da Câmara Técnica de Otorrinolaringologia do CRM-RJ e delegado RJ do Departamento da Defesa Profissional da ABORL-CCF.
- ¹⁹ Médico especialista em Otorrinolaringologia pela ABORL-CCF e AMB, Ex-Presidente da SORL-RJ e Diretor de Defesa Profissional da SORL-RJ.
- ²⁰ Médica especialista em Otorrinolaringologia pela AMB-ABORL-CCF, Mestre em Otorrinolaringologia pela UFRJ-RJ, Médica do Serviço de ORL do Hospital Central do IASERJ, Membro da Câmara Técnica de ORL do CREMERJ e Pós-graduada em Cirurgia de Cabeça e Pescoço pela PUC-RJ.
- ²¹ Médico especialista em Otorrinolaringologia, Membro da câmara técnica de ORL do CREMERJ, Diretor de cursos da Sociedade de ORL do Estado do RJ, Ex-diretor tesoureiro da Sociedade Brasileira de Laringologia e Voz (biênio 1995-97) e Coordenador RJ-ES da Campanha Nacional da Voz.
- ²² Médico especialista em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Mestre e Doutor em Medicina pela UNIFESP-EPM e Professor orientador do Curso de Pós-Graduação do Departamento de Otorrinolaringologia da UNIFESP-EPM.
- ²³ Professor adjunto da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Mestre em Técnica Operatória e Cirurgia Experimental e membro do Comitê de Laringe e Voz Profissional da ABORL-CCF.
- ²⁴ Médico, especialista em Otorrinolaringologia, Professor auxiliar da Universidade Estadual da Bahia, Ex-secretário do Departamento de Defesa Profissional da ABORL-CCF por dois biênios (1996-2000), Presidente da Sociedade Baiana de Otorrinolaringologia, Ex-membro da Comissão de Título de Especialista da ABORL-CCF; Ex-secretário da SBLV biênio 2001-03, Secretário da ABLV, Professor do Serviço e Residência Médica em ORL da Santa Casa de Feira de Santana - BA e Mestrando em Otorrinolaringologia pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.
- ²⁵ Médico especialista em Medicina do Trabalho, Título de Benemérito e Membro da Comissão Técnico-Científica da ABMT, Membro da Câmara Técnica de Medicina do Trabalho do CREMERJ; organizador e ex-diretor do Serviço Médico da Petrobrás (1959-1982, aposentado), idealizador e responsável pela implantação do Sistema Suplementar de Previdência Privada, Consultor técnico de diversas empresas e instituições no campo de Medicina do Trabalho e Seguridade Social.
- ²⁶ Médica especialista em Medicina do Trabalho, referência em Medicina do Trabalho para países de língua portuguesa e espanhola - ALEST- ABPA, Mestre em Educação pela UERJ, Doutoranda em Educação pela UERJ, Diretora Científica da ABMT (2004-2006) e Professora Adjunta de Reumatologia da FRASCE-RJ.
- ²⁷ Médica especialista em Medicina do Trabalho, Gerente médica da Saúde Ocupacional da SEMIC, Médica do Trabalho pela UNIRIO, Médica Perita do INSS, Chefe da Auditoria do INSS, Membro do Conselho Superior da ABMT, Membro da Câmara Técnica de Medicina do Trabalho do CREMERJ.
- ²⁸ Médica especialista em Otorrinolaringologia e Medicina do Trabalho, Membro da ABORL-CCF e ABMT, Membro da Diretoria de Defesa Profissional da SORL-RJ, Membro da Câmara Técnica de Otorrinolaringologia do CREMERJ e Diretora Técnica da Audioclínica do Rio de Janeiro.
- ²⁹ Médico especialista em Medicina do Trabalho, Médico coordenador da Pronto-clínica Saúde Ocupacional, Médico coordenador do Laboratório Roche - Rio de Janeiro, Membro da Diretoria da ABESSOMA - Associação Brasileira das Empresas de Saúde, Segurança e Meio Ambiente.
- ³⁰ Médico, especialista em Otorrinolaringologia, Professor Adjunto da Disciplina de ORL da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Diretor do Departamento Profissional da Sociedade de Otorrinolaringologia do Estado do Rio de Janeiro (SORL-RJ), Membro da Comissão de Ética da ABORL-CCF e Coordenador da Câmara Técnica de Otorrinolaringologia do CRM-RJ.
- ³¹ Médico, especialista em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Diretor do Núcleo de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço de São Paulo, Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital São Camilo - São Paulo SP e Ex-presidente da SBLV no biênio 2001-03.
- ³² Médico, especialista em Otorrinolaringologia e em Cirurgia de Cabeça e Pescoço pelas respectivas Sociedades Brasileiras de especialidade da AMB, Mestre Doutor em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço pela EPM-UNIFESP e Chefe de Clínica de Otorrinolaringologia Pediátrica da EPM-UNIFESP.

Consenso Nacional sobre Voz Profissional

Voz e Trabalho: uma questão de saúde e direito do trabalhador

Profissionais Colaboradores (co-autores)

(Solicitamos compreensão com eventuais omissões ou imprecisões)

1ª Reunião (Pró-Consenso) - dias 6 e 7 de abril de 2001 - Auditório do Centro Empresarial Rio - Rio de Janeiro, RJ.
e/ou 2ª Reunião (2º Consenso) - dias 27 e 28 de junho de 2002 - Auditório do Centro Empresarial Rio - Rio de Janeiro, RJ.
e/ou 3ª Reunião (cont. do 2º Consenso) - dia 19 de outubro de 2002 - Auditório do Conservatório Brasileiro de Música - Rio de Janeiro, RJ (atividade paralela ao 2º Congresso Brasileiro de Canto).

Médicos: Alessandro Goldner, Almir Damaso, Agrício Nubiato Crespo, Amaury José Cruz Junior, André Duprat, Angela Maria O. Ribeiro, Ângelo Ferreira Sales, Antonio Edson Alves Sampaio, Antonio Ernesto B. Anglada, Arlindo Gomes, Ariovaldo Armando da Silva, Attila Cesar Mello Pannain, Carlos Abreu Lima, Casimiro Junqueira, Celso Barbosa Montenegro, Daphnis Ferreira Souto, Denise de Abreu Durão, Domingos Hiroshi Tsuji, Elane da C. Carvalho, Elizabeth Mota, Érica Ortiz, Evaldo Macedo Filho, Everardo Costa, Fernando Lauro Peixoto Bandeira, Francisco de Assis Mota Borges, Francisco José de Paula Lima, Gaspare Bosco, Geraldo Andrade da Costa, Geraldo Druck Sant'Anna, Gisela Oliveira Dutra Fehlberg, Guido Herbert Heisler, Heitor Conde Ribeiro Dantas, Heloisa Soares de Oliveira, Henrique Olival Costa, Jarbas Câmara Pache de Faria, Jair de Carvalho e Castro, Jorge da Cunha Barbosa Leite, José Antonio Brito, José Roberto Carvalhaes Fernandes, José Wilson Meireles Trindade, Laura De Luca França, Leila Codeço de Lemos, Luciana Coelho Sancho, Luc Weckx, Luiz Allan Cantoni, Luiz A. P. Figueiredo, Luiz Henrique Caracciolo Costa, Luiz Ubirajara Sennes, Marcos Antonio Nemetz, Marcos André de Sarvat, Marcos Rogério de Almeida, Margareth Pereira Elias, Maria Aparecida S. Mendes, Maria Luiza Coelho Pinho, Mario Luiz Freitas, Mauro Junqueira de Andrade, Milton Nakao, Mary Elizabeth Pinho, Milton Takeuti, Mylene C. Pinto, Moacir Tabasnik, Nadja Ferreira, Nêdio Steffen, Osires Camponês do Brasil, Otavio Mocellin Selles, Paulo Augusto de Lima Pontes, Paulo Pinheiro (e Deputado Estadual), Reginaldo R. Fujita, Regina de Moura Quevedo, Roberto Campos Meirelles, Rogério Dedivitis, Ronaldo Pereira Leal, Rui Imamura, Sergio Albieri, Sheila Torres e Sidney de Oliva Magaldi Ferreira.

Fonoaudiólogos: Adriana Santos Rodrigues de Silva, Adriano Ferreira das Neves, Albilene F de Vasconcelos Pitthan, Alcione Ramos Campeotto, Aline Rodrigues Cabral, Aline Wolf, Amanda Vargas da Palma, Ana Cláudia R. Guilherme, Ana Lúcia dos Santos, Ana Luzia Vieira, Andréa Fernandes de Novais, Angela Albuquerque Garcia, Angela Maria de Castro, Carla Bogossian, Caroline Cabral Atkins, Claudia H. V. A. de Steenhagen, Christiane Ribeiro Anias, Cristiana M. Carvalho, Daniela M. Gall, Deborah Feijó Andrade, Deli Navas, Denise Cavalcanti de A Rocha, Diva Esteves, Edneusa dos Santos Kalil, Eliana Midori Hanayana, Elisa Gomes Hermida, Elizabeth dos Santos Almeida Duarte, Elizabeth Ferreira Marques, Eny Leá Gass, Fabiana Copelli Zambon, Fabio Coelho Marins, Fátima C. Augusto Menezes, Fátima R. M. Catramby, Fátima Regina Chaves Narciso Ferreira, Fernanda Cunha Ramiro, Filomena de Souza Pinheiro, Francine Pinto de Azevedo Oliveira, Francisco Pletsch, Iara Bittante de Oliveira, Iracema Dias, Iracema Gomes Diógenes, Irandy Garcia Rosa, Irany Gonçalves Ferreira, Isabel de Godoy Monteiro, Jaqueline Priston, Joana D'Arc R. de Oliveira, Juliana de A. Marlin, Laura Nessimian, Léslie Piccolotto Ferreira, Leticia Merlin de Queiroz, Ligia Maria da Silva Marcos, Luciane de Medeiros Mignone, Luiz Fernando de Britto, Luiza de Tavares, Luiza Sá Brito, Lusiana Faro G. Mol, Luzimar Cristina Dell Castello Freire, Magda Pires Barbosa, Mara Helena Weiss, Marcia Regina Salomão, Margaret Souza de Brito, Margarida Gomes Camacho, Maria Creuza de Araújo, Maria Cristina Jabbur, Maria de Fátima Ribeiro, Maria do Carmo Gargaglione, Maria Eliana Araujo Costa, Maria Ermelinda H. da Silva, Maria Fátima de Moura Miranda, Maria Leticia Quintais, Maria Luiza de Araújo, Maria Luiza de Freire, Maria Thereza M. C. Rezende, Maria Silvia C. Vianna, Maria Souza de Araújo, Maricel Andrea Luiz Borcena, Marilene M. C. Ferreira, Marlene Tiradentes Bruno, Marta Assumpção de Andrade e Silva, Maryse Malta Muller, Maroli Barreto Carvalho, Mônica Marques, Mônica Pacheco, Monika Tsutsumi, Nadrea Fernandes de Novais, Nise Mary Cardoso, Ondina C. Pinheiro, Patrícia Balata, Patrícia Braz Rodriguez, Patrícia Gonçalves, Patrícia Regina Guerra da Silva, Pérola Kaminetz, Quézia Soares da Silva, Regina Celia C. Guimaraes, Rejane Cardoso Costa, Rejane F. B. Queiroz, Roberval Pereira Filho, Rosana Lucia Braga Akiba, Rosane Goldenberg, Rosane Yamasaki, Rosangela S. Garcia Azen, Ruth Bompert de Araújo, Sheila Cruz, Solange Weigond Botelho, Sonia Marcia Braga Monteiro, Soraya Araujo Santos, Susana Surerus, Suzana Dias de S. Mendes, Suzane de Oliveira Agrizzi, Tania Corina Cruz Bueno, Tereza Castro Alves, Terezinha Torres, Vanessa Pedrosa Vieira, Vera Lúcia A. Fernandes, Vera Lúcia Neves de Carvalho Leoni, Verena G. Bernini e Zuleide Lira.

Professores de Canto: Alda Gomes de Araújo, Alza Helena de Magalhães Alves, Diana Goulart, Eliane Maria de O. Sampaio, Fábio Coelho Marins, Felipe Abreu, Glória Calvente, Jaqueline H. T. da Silva, Jorgina (Gina) Martins Pires, José Hue, Suzanne Brandão e Vera Maria do Canto e Mello. **Parlamentar:** Deputado Estadual RJ Paulo Pinheiro. **Promotor de Justiça:** Antonio Lopes Monteiro. **Advogados:** Evaristo Kühnen, Antonio Ferreira Couto Filho e Sergio de Oliveira. **Outros profissionais:** Alessandra V. Cunha, Angelica Cristina Rezzin, Amaryllis Carvalho, Carmelita Alves, Cosme Paschoal, Daniela Alves de Xavier, Irleyse Garcia da Costa, Jorgina Martins Pires, José Augusto de Souza, Lourdes Silva dos Santos, Márcia Menezes, Maria Iracema S. Menezes, Maria Luiza Coelho Pinto Torres, Monique Tsuksumi, Núbia da Silva Costa, Paulo Frichenbruder, Regina Cristina M. R. Oliveira, Reginara da Silveira Franco, Rita de C. Fraga, Samuelle Kelly B. Bedé, Silvana F. Franco, Simone Simon e Terezinha Torres.

4ª Reunião (3º Consenso) - dias 13 e 14 de agosto de 2004 - Centro de Convenções do Hotel Glória - Rio de Janeiro, RJ.

Participantes (médicos):

Aizenaque Grimaldi de Carvalho, Alencar Polimeni Benetti, Alexandre Cury Martins, Alice Dadooman Artus, Ana Maria C. Veloso, André Duprat, Andrea de M. Rangel, Andréia Migueles Arruda, Angelo Ferreira Sales, Antônio Donizeti Jorge, Antonio Edson Alves Sampaio, Antonio Ramos Maciel, Antonio Rogerio da Silva Julião, Arlindo Gomes, Arturo Frick Carpes, Carlos Augusto D. Limp, Casimiro Villela Junqueira Filho, Cecília Maria Pereira Lima, Celia Kadow Nogueira, Cláudia C. Mendes, Cláudio Luiz Bley do Nascimento, Claudio Marcos Morais, Cristina de Sa Pacheco Rocha, Daniela Cecilio Capra Marques de Oliveira, Daphnis Souto, Denise de Abreu Durão, Domingos Hiroshi Tsuji, Doris Mary Zoghahib, Eduardo Barbosa de Souza, Eduardo Pereira Bosaipo, Eliane Monteiro Raposo, Elizabeth Mota, Elizabeth Maria Binotto Knabben, Evaldo Macedo, Everardo Costa, Ezio Falcucci Lemos, Felipe Barbosa Madeira, Fernanda C. R. P. Rose, Fernando Jorge dos S. Barros, Francisco de Assis M. Borges, Geraldo Druck Sant'Anna, Giordana Gomes Campos, Glória A. Chimeli Lopes, Guido Herbert Fernandes Heisler, Gustavo Leal Del Tavares, Gutenberg de Lucena Tavares, Heitor Conde Ribeiro Dantas, Helena de Araújo Melo, Helio Fernando de Abreu, Helofsa Soares de Oliveira, Izidoro Antonio Wendler, Jarbas Camara Pache de Faria, Jeferson Sampaio D'Avilla, João Aprigio Lorenzoni, João Gustavo Corrêa Reis, João Luiz dos Santos Ferreira, João Teles Júnior, Johnny Carlos Montero Bravo, Jorge da Cunha Barbosa Leite, José Antonio Pinto, José Eduardo Pedrosa, Julio Heiwich, Katia Lopes, Laura De Luca Franca, Lizete Terezinha de Souza, Luc Weckx, Luciana Tinoco Vieira Sica, Luiz Alan Cantoni, Luiz Ubirajara Sennes, Luthiana Carpes, Manoel Souza Magalhães, Marco Antônio Fonseca, Marcos Antonio Nemetz, Marcos André de Sarvat, Margui Vieira, Maria de Fátima Neves, Maria do Rosário R. dos Santos, Maria José Fernandes Gimenes, Marise P.C. Marques, Martha Verônica C. Barbosa, Moacir Tabasnik, Modesto Rezende Ribeiro, Monica Machado Martins Ferreira Werneck, Nadja de Sousa Ferreira, Nancy Vieira Ferreira, Nêdio Steffen, Otavio Mocellin Selles, Patrícia Santoro, Paulo Cesar Alves Carneiro, Paulo de A Tuono, Paulo Perazzo, Paulo Augusto de Lima Pontes, Regina Moura de Quevedo, Reginaldo Reginaldo Fujita, Renato Telles de Sousa, Roberto Calicchio de Campos, Roberto Campos Meirelles, Rommel Condé da Silveira, Ronaldo Pereira Leal, Rui Imamura, Samir Kalaou, Sérgio Lechner, Sheila Maria Patricio Braga, Silvia Regina Fernandes Matheus, Simone Pavie Simon, Stella Dalva Pires Domingues, Suzi Vasconcelos, Tania Ward, Virgilio Lopes Fleury, Virgínia Café, Virto Vieira de Souza, Waldir Torres Costa, Waldney Margalho Soares, Yamele Dela Gracia e Ylmara Siqueira de Castro.

Instituição e endereço para correspondência: Academia Brasileira de Laringologia e Voz
Av. Indianópolis 740 - Moema - São Paulo SP CEP 04062-001
Tel (11) 5052-9515 e fax (11) 5052-1025 E-mail: supras@sborg.br Portal: www.sborg.br



Consenso Nacional sobre Voz Profissional

Voz e Trabalho: uma questão de saúde e direito do trabalhador



Rio de Janeiro, RJ, 13 e 14 de agosto de 2004 - Centro de Convenções do Hotel Glória

Entidades promotoras

Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial - ABORL-CCF
Comitês de Otorrinolaringologia Ocupacional e de Laringe e Voz Profissional
Academia Brasileira de Laringologia e Voz - ABLV Associação Nacional de Medicina do Trabalho - ANAMT
Câmaras Técnicas de Otorrinolaringologia, Medicina do Trabalho e Perícias Médicas do CREMERJ
Sociedade Médica do Estado do Rio de Janeiro - SOMERJ Sociedade de Otorrinolaringologia do Estado do RJ - SORL-RJ
Associação Brasileira de Medicina do Trabalho - ABMT-RJ Instituto Brasileiro dos Médicos Peritos Judiciais - IBRAMEP
Sociedade Paulista de Medicina do Trabalho - SPMT

Conclusões e Recomendações - Carta do Rio

As Entidades supracitadas, por seus representantes oficiais no 3º Consenso Nacional sobre Voz Profissional, realizado nos dias 13 e 14 de agosto de 2004 na cidade do Rio de Janeiro, sob o lema *Voz e Trabalho: uma questão de saúde e direito do trabalhador*, considerando

1. Que as enfermidades relacionadas ao aparelho fonador, decorrentes ou prejudiciais ao trabalho têm importante impacto social, econômico, profissional e pessoal, representando prejuízo estimado superior a duzentos milhões de reais ao ano*, em nosso País;
2. Que o emprego de pequena parte dessa quantia em medidas educativas, preventivas e curativas reduziria esse custo de forma significativa;
3. A necessidade de intervenção multidisciplinar e multiprofissional na preservação da saúde vocal da população, principalmente nos grupos onde o uso da voz tem direta relação com seu desempenho e/ou aptidão ao trabalho;
4. A necessidade de normatização das condutas médicas técnico-científicas no diagnóstico e na terapêutica das laringopatias que possam resultar, entre outros sinais e sintomas, em disfonias relacionadas ao trabalho;
5. A importância de estimular a formação técnica e definir as respectivas competências dos profissionais diretamente atuantes na prevenção, diagnóstico, tratamento, capacitação e aperfeiçoamento dos trabalhadores que usam e dependem da voz;
6. A necessidade dos profissionais legalmente aptos e qualificados assumirem seu papel nas questões trabalhistas e de justiça, na condição de peritos e assistentes-técnicos;
7. A necessidade de ampliar a equipe multiprofissional que avalia e atende o indivíduo que depende da voz para sua atividade ocupacional e verifica seu ambiente e condições de trabalho, de modo a ser composta idealmente por médicos do trabalho, médicos otorrinolaringologistas, médicos peritos, fonoaudiólogos, engenheiros de segurança do trabalho, de acústica, técnicos destas áreas, ergonomistas, arquitetos, químicos, professores de canto e de técnica vocal, entre outros profissionais, cada um com sua atribuição e competência profissional, para que se possa proceder a análises correspondentes, ambientais, arquitetônicas e de todos os demais fatores de risco que forem observados, obtendo-se as devidas confirmações e/ou aferições junto às normas técnicas de cada área e respectivas sugestões de condutas a serem adotadas;
8. A necessidade de sensibilizar governantes de todos os níveis, legisladores, administradores públicos e privados, empresários e os próprios trabalhadores, quanto às consequências do não investimento em condições adequadas de trabalho para os profissionais que utilizam a voz profissional, e no que tange, também, à importância de exames preventivos, educação, capacitação e aperfeiçoamento vocal e tratamento precoce de eventuais problemas,

* Valor (sub)estimado a partir de levantamento que assinala afastamentos, licenças e readaptações por disfonia na ordem de 2% dos professores ativos. Considerando-se os dados do MEC de que existem perto de 2 milhões de postos públicos de atuação (funções docentes) em Ensino Fundamental, Médio e Profissionalizante no País, no ano 2000, e supondo-se um salário médio mensal de R\$ 300,00 (anual de R\$ 3.600,00), e que estes professores devem ser substituídos (ou não haveria aula), multiplicando-se por 40.000 (os 2% dos cargos ativos) chega-se a um valor em torno de R\$ 150.000.000,00 (cento e cinquenta milhões de reais) de perdas anuais no Brasil por laringopatias ocupacionais, apenas de professores. Se forem incluídos outros profissionais da voz, de setor público e privado, certamente os prejuízos ultrapassam R\$ 200.000.000,00 (duzentos milhões de reais) ao ano.

DECIDEM, CONCLUEM E RECOMENDAM:

1. Estabelecer definição de Voz Profissional como sendo a forma de comunicação oral utilizada por indivíduos que dela dependem para sua atividade ocupacional;
2. Estabelecer definição de disfonia como sendo toda e qualquer dificuldade ou alteração na emissão natural da voz., caracterizando um distúrbio que limita a comunicação oral e pode repercutir de forma significativa no uso profissional da voz;
3. Estabelecer definição de Deficiente Vocal como sendo a pessoa que apresenta incapacidade de desenvolver a função fonatória na comunicação verbal, em caráter permanente e irreversível;
4. Estabelecer definição de Laringopatia como representando o quadro de sinais e sintomas (ou síndrome) resultante do conjunto de quaisquer alterações, disfunções e/ou enfermidades laríngeas, do aparelho fonador ou de quaisquer outros sistemas orgânicos que possam repercutir na voz e na fala ou sejam causadas pelo mau uso ou abuso da voz;
5. Estabelecer definição de Laringopatia Relacionada ao Trabalho como sendo o conjunto de sinais, sintomas, disfunções e enfermidades do aparelho fonador, que possam ter origem no uso inadequado da voz ou outra sobrecarga ao aparelho fonador, em decorrência da atividade laborativa e/ou ambiente de trabalho, ou refletir em sua função e nas condições de uso da voz no trabalho, em termos de qualidade, estabilidade e resistência;
6. Estabelecer definição de portador de Laringopatia Relacionada ao Trabalho como sendo um trabalhador que, tendo seu diagnóstico médico-ocupacional firmado, necessita ter acesso à assistência médica e cuidados especiais, recebendo tratamento específico que vise o retorno ao pleno uso profissional da voz;
7. Não utilizar a expressão “disfonia ocupacional” e propor sua exclusão como “doença ocupacional” ou “decorrente do trabalho”, por representar apenas um dos muitos sintomas que podem compor uma síndrome de Laringopatia Relacionada ao Trabalho, devendo como tal ser considerada pelo médico em sua elaboração diagnóstica e definição da conduta terapêutica, médico-ocupacional ou médico-pericial;
8. Assinalar que multicausalidade e concausalidade podem ocorrer nas laringopatias em geral, reforçando que o ambiente de trabalho e o nexos causal devem ser investigados e que a relação entre doença clínica e doença relacionada ao trabalho depende de avaliação médica multidisciplinar e multiprofissional;
9. Propor mudanças conceituais nas relações de trabalho com os indivíduos que utilizam a voz profissional, no sentido de serem submetidos a exames médicos ocupacionais específicos (admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional) que atendam às necessidades de suas atividades, nas ações educativas e de prevenção, na adaptação dos postos de trabalho e atividades de trabalho e para evitar sobrecarga do aparelho fonador;
10. Considerar que a legislação vigente sobre aptidão e inaptidão vocal para o trabalho é ainda insuficiente e imprecisa, em especial quanto ao setor público, confundindo conceitos tais como voz, fala, aparelho fonador e palavra, devendo ser adequada ao nível atual de conhecimento sobre o tema (Decreto 3.048/99, Quadro nº 3 do Anexo III);
11. Reforçar que uma pessoa pode apresentar “voz adaptada” ao uso habitual, independentemente de qualidades, conceitos ou julgamentos anatômicos ou estéticos, e pode estar apta ao uso profissional da voz, podendo, conforme o caso, estar indicada a análise de riscos, correção do ambiente e das condições de trabalho;
12. Alertar que o acesso ao atendimento médico, para a imprescindível investigação e conclusão diagnóstica, e, conforme o caso, às demais avaliações auxiliares e complementares, deve ser garantido a todos os indivíduos que usam a voz profissionalmente;

13. Recomendar que seja considerada a periodicidade da realização dos exames médico-ocupacionais para os trabalhadores que utilizam a voz profissional, explicitados em anexo, em especial para aqueles que atuam em condições mais adversas;
14. Apontar a incoerência do rigor da atual exigência de “normalidade laríngea” em exames admissionais e o contraste com a conceituação de aptidão e exigências nos demais exames médicos ocupacionais ao longo da atividade laborativa;
15. Recomendar que, a critério médico, trabalhadores portadores de laringopatias e/ou alterações vocais leves não sejam considerados, *a priori*, inaptos ao desempenho de cargos que demandem uso da voz, devendo, quando possível, serem avaliados em ambiente de trabalho e/ou fora dele quanto a seu desempenho vocal e profissional;
16. Propor a ampliação dos serviços e programas de educação, tratamento, capacitação e aperfeiçoamento vocal, facilitando o acesso e estimulando a adesão dos indivíduos que utilizam voz profissional a estas iniciativas;
17. Intensificar a busca, o aperfeiçoamento e a aplicação de recursos em pesquisas que favoreçam a melhor compreensão das laringopatias relacionadas ao trabalho;
18. Enviar a presente Carta e os Anexos pertinentes, às entidades públicas e às representativas de empregadores e de trabalhadores que utilizam voz profissional, para que estejam informados e participem ativamente do levantamento e da solução dos problemas decorrentes da incapacidade ou afastamento por laringopatias relacionadas ao trabalho;
19. Solicitar ao Ministério da Saúde a abertura da Lista das Doenças Relacionadas ao Trabalho para, com o apoio das Entidades promotoras do Consenso, incluir item específico referente às Laringopatias Relacionadas ao Trabalho;
20. Estreitar contatos e colaboração com os diversos órgãos do Poder Executivo, em especial do Ministério da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência e Assistência Social, responsáveis pela saúde do trabalhador, no sentido de que as deliberações deste fórum sejam consideradas na elaboração e reformulação de políticas, portarias e normas que favoreçam uma efetiva redução da incidência das laringopatias relacionadas ao trabalho;
21. Propor em anexo, na forma de Legislação Federal, a criação do Programa Nacional de Saúde Vocal, de caráter preventivo, curativo e reabilitador;
22. Considerar como sugestões de condutas médico-administrativas, diretrizes e recomendações gerais o conteúdo dos diversos relatórios anexos, considerados permanentemente sujeitos a serem reformulados ou atualizados pelo conjunto das entidades promotoras.

Rio de Janeiro, em 14 de agosto de 2004.

Assinam os representantes de:

Entidades promotoras

Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial - ABORL-CCF
Comitês de ORL Ocupacional e de Laringe e Voz Profissional
Academia Brasileira de Laringologia e Voz - ABLV
Associação Nacional de Medicina do Trabalho - ANAMT
Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - CREMERJ
Câmaras Técnicas de Otorrinolaringologia, Medicina do Trabalho e Perícias Médicas
Sociedade Médica do Estado do Rio de Janeiro - SOMERJ
Sociedade de Otorrinolaringologia do Estado do Rio de Janeiro - SORL-RJ
Associação Brasileira de Medicina do Trabalho - ABMT
Instituto Brasileiro dos Médicos Peritos Judiciais - IBRAMEP
Sociedade Paulista de Medicina do Trabalho - SPMT

ANEXO 1

Listar atribuições, competências, recomendações, limitações e/ou restrições referentes aos médicos e demais profissões envolvidas na avaliação, tratamento, cuidado, treinamento, capacitação e aperfeiçoamento das pessoas que utilizam a voz profissionalmente

Definições sucintas:

O **médico** que cuida da voz é o especialista em Otorrinolaringologia (ORL), e auxilia os médicos do trabalho e os médicos peritos nas questões técnicas, judiciais e trabalhistas relacionadas ao aparelho fonador, digestório e respiratório alto e cervical anterior. O médico ORL diagnostica e trata das enfermidades, doenças e disfunções das vias aerodigestivas superiores – garganta (faringe e laringe), nariz e ouvidos – que afetem voz, deglutição, respiração alta, audição e equilíbrio; requisita e avalia exames, conclui e define diagnóstico e conduta, emite parecer, atesta, indica ou prescreve cuidados, repouso, terapias, medicamentos e a realização de procedimentos ou cirurgias.

Ao médico do trabalho cabe analisar e interpretar os efeitos das condições de trabalho e do ambiente sobre a pessoa do trabalhador, caracterizar a aptidão para o trabalho, onexo causal e a incapacidade laborativa e dar solução aos problemas de saúde/doença dos trabalhadores.

Ao médico perito cabe formular laudo pericial mediante designação do juiz nas perícias judiciais e nas demandas administrativas do MPAS e MTE.

(Vide Supremo Tribunal Federal, Representação 1.056-2 DF, julgada em 4/5/83)

O **fonoaudiólogo** é o profissional de nível universitário que trabalha com a comunicação humana em vários aspectos, incluindo orientação preventiva, avaliação, aperfeiçoamento e terapia reabilitadora da voz e da fala; quando legalmente habilitado, obtém o título de especialista em voz no campo da Fonoaudiologia. (Vide Lei 6965/81).

O **professor de Canto** ou instrutor de técnica vocal é o profissional que orienta e desenvolve a voz cantada, nos seus aspectos artísticos e técnicos. Ajuda pessoas de todas as idades a desenvolverem de forma mais rápida e segura o seu potencial de voz, seja de forma individual ou coletiva (Canto Coral), no canto popular ou lírico, buscando adequar o cantor às particularidades e exigências de cada gênero ou estilo musical.

O instrutor ou **professor de Dicção e Oratória** é o profissional que orienta e desenvolve a fala em público, empregando métodos de aperfeiçoamento da comunicação visando o desenvolvimento da flexibilidade da expressão corporal e vocal e a superação da inibição para aumentar a eficácia da apresentação oral, a percepção e a adaptação às características dos ouvintes, as técnicas de organização do pensamento, conteúdo e seqüência de exposição.

O **engenheiro de segurança** é o profissional que estuda e avalia as condições de salubridade e segurança dos ambientes de trabalho, para evitar e controlar as condições de risco nele existentes, que interfiram no uso da voz e na integridade do aparelho fonador, propondo as medidas de condicionamento ambiental indicadas para o controle de agentes físicos, químicos ou biológicos evidenciados.

O **ergonomista** é o profissional que investiga e avalia as demandas da execução do trabalho, definindo as modificações necessárias para assegurar a ótima interação entre este trabalho, o produto ou ambiente e as capacidades humanas e suas limitações.

Obs: O Consenso se manifesta explicitamente contrário ao termo "disfonia ocupacional" e a sua inclusão na Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, pois a disфонia representa um mero sintoma de uma enfermidade - genericamente entendida como "laringopatia". Nesse sentido, fonoaudiólogos podem perceber, assinalar, avaliar e descrever uma disфонia (frizamos, por ser um sintoma), e realizam a fonoterapia (no caso, terapia vocal), mas somente um médico investiga e diagnostica a causa desse sintoma - a doença (no caso, uma laringopatia) e indica ou prescreve a terapêutica.

Atribuições, competências, limitações e restrições

Do Médico ORL (engloba as do médico em geral)

Atribuições e competências:

1. Assistir o trabalhador realizando criteriosamente os atos médicos, em especial a anamnese médica, contemplando história patológica progressiva e história ocupacional. Elaborar o prontuário médico;

2. Indicar, solicitar, realizar e avaliar provas, exames e procedimentos complementares, como por exemplo laboratoriais, de imagem, laringoscópicos e endoscópicos, em especial os mais invasivos e que exigem anestesia tópica, uso de contrastes, ou aqueles que incluem aparelhagem, instrumentos e procedimentos, como os de avaliação de fossas nasais, cavidade oral, faringe, laringe e deglutição;
3. Firmar diagnóstico nosológico e etiológico ou estabelecer hipótese diagnóstica incluindo os elementos para sua caracterização, seja por meio de procedimento clínico, cirúrgico, anátomo-patológico, orgânico e/ou funcional;
4. Coordenar as equipes clínicas multiprofissionais de prevenção e diagnóstico;
5. Participar nos trabalhos das equipes multiprofissionais que nas empresas cuidam da promoção da segurança e da proteção da saúde dos trabalhadores. Projetar e assessorar o programa de conservação da saúde vocal, prevenção e tratamento das laringopatias relacionadas ao trabalho;
6. Realizar perícia médica otorrinolaringológica;
7. Solicitar avaliação e parecer a outros profissionais;
8. Planejar e determinar conduta terapêutica, seus métodos e seqüência, incluindo início e término, e avaliar seus resultados; indicar e encaminhar, quando necessário, para terapias complementares, acompanhando a evolução e reavaliando ao seu término;
9. Definir, sugerir e justificar e/ou atestar a necessidade de afastamento, repouso, cuidados, restrições e/ou uso de medicamentos, indicar e realizar procedimentos terapêuticos invasivos tais como infiltrações e inclusões de drogas e materiais absorvíveis ou permanentes, próteses fonatórias ou cirurgias;
10. Indicar, definir, orientar e/ou realizar tratamentos clínicos, medicamentosos, procedimentos invasivos, endoscópicos e cirúrgicos de todas as enfermidades, doenças, síndromes, alterações, anormalidades e disfunções de quaisquer sistemas e órgãos, e em especial os envolvidos com voz, fala e deglutição;
11. Emitir atestados, pareceres e relatórios gerais ou especializados e laudos quando designados como peritos;
12. Estar disponível às solicitações e ao relacionamento com os demais profissionais envolvidos no cuidado e treinamento da voz do paciente, como fonoaudiólogos e professores de canto, para dirimir dúvidas, prestar esclarecimentos e atender demandas específicas;
13. Na realização de exame laringoscópico (por ex., videolaringoscopia), deve ser permitida, conforme o caso e havendo desejo e concordância por parte do paciente, a presença dos envolvidos no cuidado e treinamento da sua voz (fonoaudiólogos e professores de canto}, ou de um ou mais acompanhantes designados, desde que haja compromisso com o sigilo profissional;
14. Quando solicitado pelo paciente, deve o médico por à sua disposição tudo o que se refira ao seu atendimento, em especial cópias dos relatórios e exames realizados e do prontuário, devendo o paciente arcar com o ônus do cumprimento de tal tarefa adicional;
15. Promover junto à empresa, desde que disponha de embasamento técnico e necessário entendimento prévio, a emissão da CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho, sempre que houver acidente ou doença decorrente do exercício do trabalho.

Recomendações, limitações e/ou restrições:

1. É restrita ao médico especialista em Medicina do Trabalho, no desempenho de sua atividade para o empregador, a definição da aptidão ou inaptidão do trabalhador para o exercício da ocupação para a qual foi indicado.
2. Deverá intervir em situações não-emergenciais, clínicas ou cirúrgicas, somente quando se sinta capacitado técnica e profissionalmente para atuar, exceto nos casos emergenciais;
3. Deve respeitar, nos limites das leis que regulamentam as respectivas profissões, as prerrogativas de profissões complementares envolvidas na reabilitação do paciente, considerando seus pareceres na realização de determinados procedimentos (exames, métodos e técnicas de terapia), ao elaborar o diagnóstico e ao atestar alta, aptidão ou incapacidade para o trabalho e a existência ou persistência de limitações, seqüelas ou disfunções;
4. Não realizar terapia da voz, a não ser que esteja habilitado ou treinado neste campo;
5. Não indicar terapia por profissionais não habilitados no manejo dos problemas de comunicação;
6. Não instruir sobre técnicas de Canto, a não ser que tenha experiência para tal e/ou em casos de lesões potencialmente relacionadas ou agravadas por tais métodos;
7. Não opinar sobre as perspectivas profissionais ou artísticas, seja de um cantor, ator, locutor ou qualquer profissional da voz, a não ser que tenha treino e experiência para tal e/ou em caso de deficiências ou limitações mais severas e lesões ou enfermidades potencialmente relacionadas ou agravadas por sua atividade;

8. Não declarar, em especial a um profissional artístico da voz, que ele não terá, no futuro, condições de manter sua carreira em decorrência de alterações vocais, a não ser que tenha treino e experiência para tal e/ou em caso de doenças graves ou de mau prognóstico que afetem ou impeçam futuramente sua fonação, quando então o paciente deverá ser informado.

Do Médico do Trabalho: (gerais e/ou mais específicas)

Atribuições e competências:

1. A caracterização e a classificação da insalubridade e da periculosidade, segundo as normas do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), far-se-ão através de perícia a cargo de Médico do Trabalho ou Engenheiro de Segurança do Trabalho, registrado no MTE (Artigo nº 195 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT);
2. Para efeito de concessão da aposentadoria especial o laudo técnico de condições ambientais de trabalho deve ser expedido por Médico do Trabalho ou Engenheiro de Segurança do Trabalho (§ 2º do artigo 68 do Decreto nº 3.048, que aprova o Regulamento da Previdência Social);
3. Planejar e implantar na empresa o programa de controle de saúde vocal para os trabalhadores que usem a voz como instrumento de trabalho;
4. Emitir, todas as vezes que for necessário, a “Comunicação de Acidente de Trabalho” (CAT), anexando documentação médica detalhada com os exames já realizados e pareceres especializados emitidos e a descrição da ocupação do paciente;
5. Vistoriar periodicamente e estudar detalhadamente os locais de trabalho, analisando sob que condições as pessoas exercem nos mesmos a sua atividade;
6. Promover ou realizar a avaliação física e mental dos trabalhadores, como parte integrante dos exames médicos ocupacionais estabelecidos no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO - com atenção especial para os sinais e sintomas relacionados ou que tenham influência no desempenho de seu trabalho;
7. Elaborar a história clínica e ocupacional de maneira bem conduzida e detalhada, de forma a favorecer o diagnóstico de doença profissional ou do trabalho e a investigação denexo causal;
8. Definir e declarar a aptidão ou inaptidão para o trabalho;
9. Estabelecer ou afastar ou atestar o nexode doença do trabalho; investigar cuidadosamente aquelas doenças apresentadas como relacionadas ou agravadas pelo trabalho e as circunstâncias de sua presença;
10. Realizar exames admissionais, demissionais e periódicos de rotina e outros de acordo com a programação aprovada pela empresa. Elaborar a estrutura do prontuário, atentando para que todos os documentos sejam objetivos, sem abreviaturas ou siglas, tornando fácil a sua leitura e compreensão;
11. Solicitar, somente quando necessários ou indicados compulsoriamente, exames médicos complementares, tais como laboratoriais, por imagem, laringoscópicos e/ou endoscópicos;
12. Realizar atendimento médico clínico imediato no local de trabalho e encaminhar os de caráter contínuo e especializado ao sistema de assistência médica da empresa ou ao SUS, conforme o caso;
13. Solicitar relatórios e pareceres nas questões que envolvam aspectos otorrinolaringológicos como voz, fala, audição, linguagem e deglutição ao médico otorrinolaringologista, ambos considerando a solicitação de avaliações complementares por outros profissionais;
14. Promover pesquisas e estudos epidemiológicos para firmar diagnósticos nosológicos e etiológicos devido ao uso da voz como instrumento de trabalho;
15. Integrar e participar do trabalho da equipe multidisciplinar e/ou multiprofissional que na empresa cuida dos problemas de saúde e segurança do trabalho; coordenar, planejar e administrar a política de saúde e coordenar as ações de prevenção e diagnóstico de doenças e os programas de assistência médica;
16. Estudar as condições de trabalho e avaliar os resultados das pesquisas ambientais em especial aqueles agentes físicos, químicos ou biológicos com potencial de risco para a voz e a saúde do trabalhador;
17. Emitir atestados, pareceres, relatórios e laudos médicos. Estabelecer, após investigação minuciosa, o nexocausal entre a atividade laborativa e a doença apresentada pelo trabalhador;
18. Dar conhecimento ao empregador, trabalhadores e a CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes) sobre condições do trabalho e do ambiente com potencial de risco para a saúde do trabalhador, sugerindo as medidas e as ações médicas cabíveis para seu controle;
19. Quando requerido pelo trabalhador, deve o médico pôr a sua disposição o seu prontuário médico;
20. Atuar junto à empresa para controlar ou atenuar a nocividade dos processos de produção e organização do trabalho, sempre que haja risco de agressão à saúde;

21. Notificar, formalmente, o órgão público competente, quando houver suspeita ou comprovação de transtornos da saúde atribuíveis ao trabalho, bem como recomendar ao empregador a adoção de medidas imediatas para sanar a situação, independente da necessidade de afastar o empregado do trabalho;
22. Promover o acesso ao trabalho de portadores de afecções e deficiências, desde que esse não as agrave ou ponha em risco sua saúde e vida e as de seus colegas de trabalho.

Recomendações, limitações e/ou restrições:

1. Deve-se proceder a avaliação prévia e relatório otorrinolaringológico antes de ser solicitada ou considerada avaliação ou terapia fonoaudiológica, a não ser orientações preventivas ou noções de higiene vocal, no caso de pacientes sem queixa vocal;
2. Se entender necessário incluir parecer fonoaudiológico, deverá considerá-lo parte integrante e complementar de avaliação, exames, relatórios e/ou pareceres emitidos por médico atuante no campo da Otorrinolaringologia;
3. Não deve realizar terapia da voz, ou indicar tratamentos por profissional não habilitado em problemas de voz;
4. Não opinar sobre as perspectivas profissionais ou artísticas, seja de um cantor, ator, locutor ou qualquer profissional da voz, a não ser que tenha treino e experiência para tal e/ou em caso de deficiências ou limitações mais severas e lesões ou enfermidades potencialmente relacionadas ou agravadas por sua atividade;
5. Não declarar, em especial a um profissional artístico da voz, que ele não terá, no futuro, condições de manter sua carreira em decorrência de alterações vocais, a não ser que tenha treino e experiência para tal e/ou em caso de doenças graves ou de mau prognóstico que afetem ou impeçam futuramente sua fonação, quando então deverá informar o paciente.

Do Médico-perito: (gerais e/ou mais específicas)

Atribuições e competências:

1. Elaborar laudo médico-pericial com base na realização de vistoria dos locais de trabalho, história clínica, exame físico, parecer otorrinolaringológico ou de outras especialidades médicas ou profissões, além de exames complementares a seu critério;
2. Quando não for especialista em Otorrinolaringologia, solicitar parecer otorrinolaringológico ao especialista de sua confiança ou declinar da missão médico-pericial;
3. Solicitar, quando otorrinolaringologista, conforme seu critério, os exames complementares especializados otorrinolaringológicos e parecer fonoaudiológico quando os julgar necessários para concluir seu laudo médico-pericial;
4. Quando não for especialista em Otorrinolaringologia, deixar a critério do mesmo a solicitação de exames especializados otorrinolaringológicos e parecer fonoaudiológico, devendo, entretanto, solicitar do mesmo todo e qualquer esclarecimento que julgue pertinente para que possa elaborar, o mais claramente possível, o seu laudo médico pericial;
5. Fornecer ao médico otorrinolaringologista, quando solicitado e legalmente autorizado, as informações de relevância médica que estejam ou não apensadas aos autos.

Na Previdência Social

Atribuições e Competências:

1. Avaliar a capacidade de trabalho do segurado profissional da voz, por meio do exame clínico, analisando documentos, provas, relatórios e laudos referentes ao caso. É recomendável que seja realizada ou assessorada por otorrinolaringologista;
2. Subsidiar tecnicamente a decisão para a concessão de benefícios;
3. Comunicar, por escrito, o resultado do exame médico-pericial ao segurado com a devida identificação do médico perito (CRM, nome e matrícula);
4. Orientar o segurado para avaliação médica otorrinolaringológica ou geral e tratamento, quando eventualmente não o estiver fazendo, e cobrar que seja tratado e reabilitado, quando necessário;
5. Se houver dúvida sobre os dados cadastrados e as condições apontadas, o médico perito pode realizar ou solicitar uma vistoria no local de trabalho.

Na Justiça Trabalhista e Cível

Atribuições e Competências:

1. Perito médico-judicial é aquele designado pela autoridade judicial assistindo-a para esclarecer dúvidas em assuntos específicos e naquilo que a lei determina (Art. 145 do Código do Processo civil). Os juízes pressupõem que os peritos tenham e demonstrem isenção e conhecimento técnico sobre o assunto a ser periciado. O perito, por dever de ofício, deve ser sempre neutro, previdente e competente, seu único objetivo é auxiliar tecnicamente o julgador com seu conhecimento, e somente ao juiz cabe o julgamento do caso;
2. Atuar como médico assistente técnico, assistindo as partes em litígio;
3. Atentar que em ações judiciais o prontuário médico, exames complementares ou outros documentos poderão ser liberados por autorização expressa do assistido;
4. Cabe ao perito examinar objetivamente o problema de voz alegado pelo trabalhador, solicitando, se necessário, exames complementares ou se for o caso a assistência de um otorrinolaringologista.
5. O perito médico judicial e os assistentes técnicos, ao vistoriarem o local de trabalho, devem fazer-se acompanhar se possível pelo próprio trabalhador que está sendo objeto da perícia e por um representante da empresa, para melhor conhecimento do ambiente de trabalho e das características da função;
6. Estabelecer o nexo causal considerando todos os fatores intervenientes no litígio;
7. Fornecer cópia de todos os documentos disponíveis para que os assistentes técnicos elaborem os seus pareceres. Caso o médico perito judicial necessite vistoriar a empresa (loais de trabalho e documentos sobre sua guarda), ele deverá informar oficialmente o fato, com antecedência aos assistentes técnicos das partes (ano, dia e hora da perícia);

Recomendações, limitações e/ou restrições:

1. Não solicitar avaliação fonoaudiológica sem prévio relatório otorrinolaringológico, que deverá ser sempre solicitado quando o perito não for otorrinolaringologista;
2. Não solicitar ou aceitar pareceres ou intervenções de quaisquer profissionais sem prévio exame pelo médico otorrinolaringologista, se não for especialista nesse campo;
3. Deve considerar as avaliações fonoaudiológicas, quando necessárias, como parte integrante e complementar dos exames e relatórios elaborados por médicos atuantes no campo da Otorrinolaringologia;
4. Deve desconsiderar todo e qualquer exame complementar não solicitado por médico, ou quando não realizado por médico, estiver sem a assinatura do médico responsável com o seu respectivo registro no CRM;
5. O médico da empresa, o médico responsável pelo PCMSO e o médico que participa como prestador de serviço no PCMSO da empresa, não podem ser peritos judiciais, securitários e previdenciários nos casos que envolvam a firma contratante ou seus assistidos (presentes e passados).
6. Não opinar sobre as perspectivas profissionais de qualquer profissional da voz, a não ser que tenha treino e experiência para tal e/ou em caso de deficiências ou limitações mais severas e lesões ou enfermidades potencialmente relacionadas ou agravadas por sua atividade;
7. Não declarar, em especial a um profissional artístico da voz, que ele não terá, no futuro, condições de manter sua carreira em decorrência de alterações vocais, a não ser que tenha treino e experiência para tal e/ou em caso de doenças graves ou de mau prognóstico que afetem ou impeçam futuramente sua fonação, quando então deverá informar o paciente.

Doenças Ocupacionais – atribuições médicas

O que cada campo de atividade analisa, investiga, define, determina e/ou informa

Na Clínica (médico ORL, por ex.)	No Trabalho (médico do Trabalho)	Na Previdência (médico perito)
O otorrinolaringologista atua em serviço assistencial ou consultório. Este profissional não pode, por lei, avaliar os postos de trabalho. Vale-se da informação unilateral prestada pelo paciente. Recebe pareceres, solicita exames e emite relatórios.	É o profissional médico que atua dentro da empresa. Ele tem acesso ao local e ao processo de trabalho, mas não é especialista e conhece pouco da clínica específica do caso. Solicita exames, avaliações e pareceres.	Um médico qualificado como Perito tem acesso à Clínica e ao local de trabalho, mas conhece pouco de uma e de outro. Vale-se de informações escritas e assinadas que recebe (CAT e relatórios, por ex.) para emitir seu laudo pericial.
Diagnóstico O Clínico (por ex., médico ORL) faz diagnóstico nosológico, topográfico e, se possível, etiológico. Neste último, limita-se ao "sugestivo de" ou "compatível com". Jamais deve apontar ou determinar uma possível causa ocupacional, ou seja, não caracteriza o Nexo Causal, pois não tem acesso à causa, tem só a informação dada pelo paciente, cuja veracidade não pode nem tem como comprovar.	Nexo Causal O profissional conhece as causas e recebe a informação clínica – os efeitos – e está apto a estabelecer Nexo Causal. Com isso, pode solicitar abertura de CAT, troca de função, afastamento prolongado ou definitivo, readaptação, etc.	Nexo Técnico O médico Perito, caracterizado o nexos causal, estabelece o nexos entre a doença e o trabalho habitual de um determinado trabalhador, naquele cargo e empresa específicos.
Grau de Risco Em face do diagnóstico, o Clínico aponta os indicativos de risco para aquele paciente exercer aquelas funções que ele declarou exercer. O Clínico (por ex., médico ORL) não está habilitado e afirmar se o trabalhador está apto ou inapto, capacitado ou incapacitado a exercer aquelas funções que declarou, pois nada pode comprovar. Assinala o tipo e características específicas da enfermidade diagnosticada, e pode, por ex., prever "alto risco" ou "baixo risco" para o uso profissional da voz.	Incapacitação (temporária ou permanente) Conhecedor do diagnóstico, do processo de trabalho e do grau de risco, o médico do trabalho torna-se capaz de estabelecer a incapacidade para o trabalho, seja no admissional, no periódico, ou no demissional. Pode até discordar do Clínico e assumir o risco. É sua prerrogativa e responde pela decisão: ele é o responsável pela saúde do trabalhador dentro da empresa.	Nessa situação o médico perito da Previdência nada tem a fazer. É assunto interno da empresa, pelo menos até o 15º dia de afastamento.
Afastamento Temporário O Clínico (por ex., médico ORL) deve atestar afastamentos temporários, de até 15 dias. Além desse período, irá depender do Perito da Previdência. Deve então atestar com os esclarecimentos necessários, de modo a que o Perito possa receber, considerar e acolher (ou não) as suas razões.	Aguardar Alta O profissional deve aguardar a alta clínica, pois ele não é responsável pelo tratamento. A seguir, ele vai decidir sobre as condições de capacitação do trabalhador voltar ou não a exercer as mesmas funções, definindo se há ou não incapacidade.	Auxílio Doença A partir do 16º dia, o trabalhador afastado passa a receber da Previdência o AUXÍLIO DOENÇA, por autorização do Médico Perito, podendo aguardar a alta clínica ou antecipar-se a ela, após exame pericial.
Afastamento Definitivo Pelas implicações que serão geradas, o atestado deve conter informações bem claras e documentadas sobre o estado clínico do paciente. O médico ORL deve considerar que desconhece as condições específicas de trabalho, pois recebe informação somente do paciente.	Readaptação Por recomendação do profissional Médico do Trabalho da empresa, o trabalhador pode ser remanejado de função, dentro da empresa, independentemente de passar ou não pela Perícia do INSS, podendo ser readaptado dentro da empresa ou remetido à Previdência Social.	Reabilitação Profissional A Previdência mantém grupos de trabalho especializados em reabilitar trabalhadores com seqüelas permanentes e incapacitantes para suas funções habituais. O objetivo é devolvê-lo prontamente ao mercado de trabalho, ainda que em outra função.
Seqüelas O Clínico (por ex., médico ORL) indica a ocorrência de seqüelas definitivas, deve descrevê-las detalhadamente, para instruir o Médico do Trabalho na empresa ou o Médico Perito, na Previdência.	Estabilidade / Encaminha para Aposentadoria Se a causa da enfermidade for de origem ocupacional, o trabalhador portador de seqüelas permanentes e incapacitantes faz jus à estabilidade no emprego, que pode variar de 12 meses a definitiva, até se aposentar. O profissional Médico do Trabalho da empresa deve comunicar sua constatação ao Setor de Recursos Humanos da empresa.	Auxílio Acidente / Aposentadoria O trabalhador portador de seqüelas permanentes e incapacitantes faz jus ao Auxílio Acidente, cujo pagamento é autorizado após exame pericial e será pago ao trabalhador, independente de seu salário, até a aposentadoria, que será integral, por ser acidentária (ocupacional).

ANEXO 2

Principais necessidades dos profissionais da voz - diferenciando voz cantada e falada

A voz é o resultado da combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, entendendo o social como a inserção de cada pessoa no meio em que vive e convive.

Os parâmetros mais comuns para a análise das diferenças da voz falada e cantada são respiração, ressonância e projeção de voz, qualidade vocal, articulação dos sons da fala, pausas e postura.

Neste momento estamos preocupados com um profissional diferenciado, ou seja, aquele que ao produzir sua voz profissional, tem nela seu instrumento básico de trabalho.

Esses profissionais estão distribuídos em várias categorias:

1. Profissionais da arte: cantores (erudito, popular, coral, religioso e teatro musical) e atores (teatro, circo, televisão e dubladores), entre outros;
2. Profissionais da comunicação: locutores e repórteres (televisão e rádio) e telefonistas, entre outros;
3. Profissionais da educação: professores de diferentes áreas e graus;
4. Profissionais de atendimento (marketing): operadores, vendedores, leiloeiros, camelôs, entre outros;
5. Profissionais de setores da indústria e comércio: diretores, gerentes, encarregados de seção, supervisores, entre outros;
6. Profissionais de mercados financeiros (ou bursáteis): operadores de pregão a viva voz;
7. Outros usuários da voz: profissionais liberais, religiosos, oradores, etc.

Os problemas da voz ligados a tais profissionais são relativamente comuns em todas essas categorias. No entanto, apesar da ocorrência destas desordens vocais, não existem estudos que avaliem que tipo de problema prevalece, quais alterações de comportamento e/ou de estrutura do “aparelho fonador” são responsáveis por essas alterações, e também qual seja a efetividade dos programas de tratamentos existentes para esses profissionais.

Um ponto importante neste aparente impasse é diferenciar quais sejam as necessidades profissionais das vozes falada e cantada, quais as diferenças no uso, na qualidade, na extensão dos problemas e quais as diferenças que cada uso da voz exige para a abordagem de tratamento.

As necessidades que caracterizam as vozes faladas e cantadas servem para definir a categoria e são úteis para melhor compreendê-las, porém do ponto de vista profissional, dentro de uma mesma categoria as necessidades podem divergir de forma acentuada.

Protocolo de Caracterização do profissional da voz

Na relação entre os atributos vocais em sentido amplo e atividade profissional é necessário levar em consideração os parâmetros Demanda, Requite, Repercussão e Limitação.

Demanda – A demanda tem relação com o adequado emprego da voz e com as condições do ambiente e da organização do trabalho onde a voz é utilizada.

O emprego da voz deve ser caracterizado pelo tempo e intensidade de uso vocal no desempenho da atividade profissional. As condições do ambiente de trabalho devem ser caracterizadas pela situação de salubridade ambiental, meios de apoio à comunicação verbal disponibilizados e grau de solicitação proveniente da organização dos processos de trabalho.

Requite – O requinte se refere às necessidades de habilitação vocal e de controle sobre a voz necessárias para desempenhar a atividade profissional.

Repercussão – Representa o papel da voz no sucesso e qualidade do desempenho profissional, determinando o diferencial profissional do trabalhador. Significa o grau de impacto que a voz (ou sua alteração) poderia trazer ao resultado da atividade profissional.

Limitação – Refere-se à relação entre a alteração da voz (ou da função do sistema fonatório) e as exigências do seu uso profissional. Representa diversos graus entre a eufonia (uso da voz em sua plenitude) e a deficiência vocal (total incapacidade para o uso profissional da voz). Assim, uma limitação pode ser impeditiva para a arte (por ex., canto erudito) e ser compatível com outra

atividade (por ex., locução ou magistério); sendo que a recíproca também é verdadeira, e em cada caso o médico perito deverá dispor de todas as informações colhidas e relatadas pelo médico especialista quanto a estes parâmetros.

O Consenso sugere que se busque uma forma mais objetiva de categorizar os profissionais da voz. Como exemplo de tentativa de evoluir nesse sentido, pode-se cogitar de uma fórmula como a seguinte:

- Elite pontuação total entre 75 e 100.... (por ex. cantor lírico?)
- Superior pontuação total entre 50 e 74..... (por ex. cantor popular, ator e locutor?)
- Médio pontuação total entre 25 e 49..... (por ex. professor e operador de tele-atendimento?)
- Básico pontuação total entre 0 e 24..... (por ex. secretárias, profissionais liberais?)

Parâmetro	Valor a ser estimado a cada atividade ou caso específico (pontuar de 0 a 10)	Peso	Nota final
Demanda		Por ex., x 1 =	
Requinte		Por ex., x 2 =	+
Repercussão		Por ex., x 3 =	+
Limitação		Por ex., x 4 =	+
		Pontuação Total =	=

Características da VOZ FALADA

1. Respiração

- a. É natural;
- b. O ciclo completo de respiração varia de acordo com a emoção e o comprimento das frases e velocidade de fala;
- c. Inspiração relativamente lenta e nasal nas pausas longas, sendo mais rápida e bucal durante a fala;
- d. Pequena movimentação pulmonar e da expansão da caixa torácica;
- e. Coordenação pneumofonoarticulatória.

2. Fonação

- a. As PV fazem ciclos vibratórios com o quociente de abertura levemente maior que o de fechamento.
- b. Produção de uma série regular de harmônicos.
- c. Atrito das PV bastante aumentado durante emissões com ênfase.
- d. Discreta movimentação da laringe no pescoço.
- e. Curta extensão de frequências em uso habitual.

3. Ressonância e projeção de voz

- a. Ressonância equilibrada em condições naturais do trato vocal, sem uso particular de alguma cavidade, sem a necessidade de grande projeção da voz na conversação.
- b. Intensidade habitual ao redor de 64dB para conversação, com uma faixa de variação de cerca de 10dB.
- c. Quando é necessária maior projeção vocal geralmente usam-se inspirações mais profundas, com maior abertura de boca, sons mais agudos e mais longos.

4. Qualidade vocal

- a. Pode ser neutra ou com pequenos desvios que identificam o falante.
- b. Extremamente sensível ao interlocutor, à natureza do discurso ou a aspectos emocionais da situação.

5. Articulação dos sons da fala

- a. O objetivo da voz falada é a transmissão da mensagem, com articulação precisa mantendo a identidade dos sons.
- b. Vogais e consoantes com duração definida pela língua que se fala.
- c. O padrão de articulação sofre grande influência dos aspectos emocionais do falante e do discurso.
- d. Fala espontânea e articulada.

6. Pausas

- a. As pausas são individuais do falante, podendo ocorrer por hesitação, por valor enfático ou, ainda, refletir interrupções naturais do discurso.
- b. São normais e aceitáveis, podendo ser silenciosas ou preenchidas por sons prolongados.

7. Velocidade e ritmo

- a. São pessoais e dependem da característica da língua falada, personalidade e profissão do falante, objetivo emocional do discurso e fatores de controle neurológico.

- b. Geralmente ocorrem variações independentes da consciência do falante, mas podem ser reguladas de acordo com o objetivo emocional da emissão.
- c. Levemente entoada.

8. Postura

- a. É variável, com mudanças constantes.
- b. As mudanças habituais na postura corporal não interferem de modo significativo na produção da voz coloquial.
- c. A linguagem corporal acompanha a comunicação verbal e a intenção do discurso.
- d. Por vezes com agregados ruidosos como grito, sussurro e assovio.

EXIGÊNCIAS e NECESSIDADES do paciente-usuário de Voz FALADA profissional

1. Ter conhecimentos da fisiologia (mecanismos e funções) da voz e cuidados com o aparelho fonador.
2. Conscientização profissional.
3. Evitar abuso e mau uso vocal no trabalho e principalmente nas atividades extraprofissionais.
4. Atendimento médico e fonoaudiológico diferenciados considerando a voz como instrumento de trabalho.
5. Evitar condições adversas: ambiente refrigerado, poeira, ácaro, mofo, acústica inadequada, competição sonora, pressões psicológicas, falta de hidratação adequada, alternância de voz falada e cantada, mau uso e abuso vocal fora do uso de voz profissional, cantar ou falar fora de seu registro vocal, dinâmica corporal inadequada, hábitos alimentares inadequados, consumo de tabaco, álcool e drogas, automedicação e problemas de saúde geral.
6. Referente a profissionais de tele-atendimento (marketing) e da indústria e comércio: tempo de uso da voz definida de acordo com a profissão, hidratação, acústica e níveis adequados de pressão sonora (som ambiental), condições apropriadas do ar (temperatura, umidade, movimentação e direcionamento, presença de poeiras, fumos, névoas, etc.), condições ergonômicas do ambiente e do trabalho.
7. Avaliação admissional e demissional
 - médica: clínica, otorrinolaringológica e outras especialidades, conforme o caso, a critério do médico do trabalho responsável, visando determinação das condições de saúde (em especial do aparelho fonador), diagnóstico da existência de enfermidades e determinação de eventual conduta terapêutica.
 - fonoaudiológica, visando (na admissão) avaliação, adaptação e aperfeiçoamento do uso da voz e da fala (orientação preventiva antes do início das atividades quanto à técnica vocal específica para o cargo);
8. Referente a profissionais da Educação: adequação do ambiente de trabalho, acústica, hidratação, tempo de uso da voz, quantidade de horas de trabalho, número de alunos por sala de aula, condições do ar no ambiente de trabalho (uso de giz anti-alérgico, outros poluentes em suspensão no ar, condições técnicas de condicionamento do ar); orientação preventiva sob supervisão médica e fonoaudiológica e se necessário suplementada por outros profissionais como parte do programa curricular no curso de Magistério e Pedagogia.
9. Referente a profissionais da Arte: conhecimento de seus limites anátomo-fisiológicos, adequada qualificação vocal, vestimenta compatível à necessidade do uso da voz e conhecimento prévio dos locais de apresentação e de trabalho.

Características da VOZ CANTADA

1. Respiração
 - a. É treinada.
 - b. Ciclos respiratórios programados de acordo com as frases musicais.
 - c. Inspiração rápida e nasobucal
 - d. Volume de ar muito maior durante o canto (do que na voz falada).
 - e. Grande movimentação pulmonar durante a tomada de ar, com expansão das paredes do tórax.
 - f. Expiração com controle ativo.
2. Fonação
 - a. Quociente de fechamento da PV maior que o de abertura.
 - b. Série mais rica de harmônicos e com intensidade mais forte.
 - c. Atrito da mucosa das PV reduzido, sem início de sonorização brusco, mas sim com mudança da tensão das estruturas.
 - d. Laringe com permanência da posição baixa e estabilizada, mesmo nas frequências mais altas, (mas nem sempre para o canto popular).

- e. Ampla extensão de frequências.
- 3. Ressonância e projeção de voz
 - a. A ressonância é geralmente mista (cabeça e peito).
 - b. Intensidade muito variável, controlada e de variação rápida.
 - c. Projeção vocal é uma necessidade constante no canto e para isso é necessária uma inspiração sempre maior que para a fala. A boca está sempre aberta.
- 4. Qualidade vocal
 - a. Depende da natureza do coral, do estilo musical e do repertório com integração das características pessoais.
 - b. Mais estável devido ao treinamento, com menos influência de fatores externos à realidade musical.
- 5. Articulação dos sons da fala
 - a. A mensagem a ser transmitida está além das palavras, privilegiando-se os aspectos musicais, com sacrifício da articulação de certos sons, que podem ser subarticulados ou distorcidos.
 - b. As vogais são geralmente mais longas que as consoantes e servem de apoio à qualidade vocal.
 - c. Os movimentos articulatórios básicos recebem influência dos aspectos tonais da música e da frase musical em si; desta forma, as constrictões que produzem os sons e que são realizadas ao longo do trato vocal tendem a ser reduzidas.
- 6. Pausas
 - a. São pré-programadas e definidas pelo compositor e/ou pelo regente do coral, possuindo forte apelo emocional e de interpretação.
 - b. As que ocorrem por hesitação do cantor não são aceitáveis.
 - c. Responder à alta demanda em relação à frase musical e articulação do texto.
- 7. Velocidade e ritmo
 - a. Dependem do tipo de música, da harmonia, da melodia e do andamento que o regente confere ao tema.
 - b. As alterações são controladas, pré-programadas e ensaiadas.
- 8. Postura
 - a. É menos variável, procurando-se sempre manter o equilíbrio do eixo corporal.
 - b. As mudanças na postura corporal interferem tanto na produção da voz quanto na estabilidade da qualidade vocal.

EXIGÊNCIAS e NECESSIDADES do paciente-usuário de Voz CANTADA profissional

1. Ter conhecimento da fisiologia da voz e cuidados especiais para o canto.
2. Musicalidade.
3. Percepção auditiva.
4. Afinação.
5. Extensão vocal.
6. Conscientização profissional.
7. Coordenação pneumo-fono-articulatória.
8. Conscientização sobre seus limites, abusos e mau uso da voz falada e cantada.
9. Evitar auto-tratamento ou auto-terapia.
10. Atendimento médico e fonoaudiológico diferenciados.
11. Considerar condições adversas do trabalho, do ambiente e demanda vocal.
12. Evitar mudanças constantes de professores de canto ou qualquer outro profissional que o acompanhe.
13. Adequada qualificação vocal, vestimenta compatível à necessidade do uso da voz e conhecimento prévio dos locais de apresentação e de trabalho.
14. Uso de microfone sem fio (principalmente cantores) – “*headset*”, caixas de som com retorno eficiente, adequadas condições ambientais (ar-condicionado, poluentes) e condições acústicas do ambiente, em especial se não dispuser de microfone.
15. Exame otorrinolaringológico e fonoaudiológico admissional / demissional.

DIFERENÇAS entre Canto erudito e popular

No canto erudito se inserem a ópera, a música de câmara e a música sacra.

Características do Canto erudito:

- a. Estilos pré-determinados
- b. Qualidade vocal excelente
- c. Respeito à partitura e ao compositor
- d. Homogeneidade de emissão
- e. Técnica universal
- f. Controle de extensão e volume
- g. Consciência vocal
- h. Repertório específico
- i. Emissão treinada e educada

Teatro musical:

Uso do treinamento para o canto erudito com produção coreográfica

Características do Canto popular:

- a. Permitido o uso de variações da qualidade vocal
- b. Liberdade de improvisação
- c. Estilo próprio e leitura criativa
- d. Inúmeras técnicas
- e. Marca pessoal do cantor
- f. Emissão mais próxima da fala

Tipos de Canto coral e religioso:

- a. Teatros, universidades, igrejas, escolas, bairros e empresas
- b. Femininos, masculinos e mistos
- c. Infantis e juvenis
- d. Profissionais e amadores
- e. Postura harmoniosa entre naipes vocais

- § -

ANEXO 3

Listar conceitos e evidências científicas reconhecidas

Considerações prévias sobre a Medicina Baseada em Evidências (MBE)

1. Porque se busca uma MBE:

- a. Crescimento do conhecimento médico;
- b. Ganhos Tecnológicos mais recentes nem sempre apresentam grande magnitude de resultados;
- c. Necessidade do desenvolvimento do processo de decisão médica, com ênfase nos aspectos científicos, mas com otimização dos benefícios, e redução de riscos e custos na aplicação dos recursos existentes.

2. Fundamentos da MBE:

Nem sempre as condutas clínicas aparentemente adequadas são de eficácia comprovada, e elas devem ser questionadas à luz das melhores evidências disponíveis no momento, referendadas, de preferência, pela pesquisa clínica de qualidade.

Os fundamentos na MBE são basicamente a crítica ao conhecimento e a valorização do melhor disponível a ser oferecido ao paciente, segundo preceitos alicerçados em pesquisas consistentes, de preferência pesquisas clínicas, sendo essas evidências graduadas pelo delineamento da pesquisa.

3. Estratégia Geral de busca e aplicação das melhores evidências clínicas:

- a. Prevalência da doença + Magnitude das conseqüências + Disponibilidade de evidências clínicas + Probabilidade de aprimoramento dos cuidados;
- b. Questão formulada;
- c. Escolha dos recursos de busca;
- d. Seleção da melhor evidência clínica;
- e. Sumarizar evidências obtidas;
- f. Aplicação da evidência.

4. Tipos de Questões Clínicas e Desenhos de Pesquisa mais indicados:

- a. Tratamento/Prevenção;
- b. Prognóstico;
- c. Causa;
- d. Diagnóstico;
- e. Delineamentos (desenhos):
 - Estudos randomizados e controlados;
 - Coorte;
 - Caso-controle;
 - Transversal (acurácia).

5. Tipos de Evidência:

- Ia - meta-análise ou estudos controlados randomizados;
- Ib - pelo menos 1 estudo randomizado controlado;
- IIa - estudo bem controlado sem randomização;
- IIb - um estudo bem desenhado quase experimental;
- III - estudo descritivos, tais como estudos comparativos, estudos de correlação ou casos;
- IV - relatos de comitês, opinião ou experiência clínica de respeitadas autoridades.

6. Grau de Recomendação:

- A) Requer pelo menos um estudo controlado randomizado, como parte do corpo e sugerindo uma recomendação específica = **evidências de níveis Ia e Ib.**
- B) Disponibilidade de estudos clínicos bem conduzidos mas não randomizados = **evidências de níveis IIa, IIb e III.**
- C) Evidência obtida de relatórios de comitês especializados ou opinião e/ou clínica experiências de autoridades respeitadas = **evidência de nível IV.**

Lista consensual inicial de **conceitos e evidências científicas reconhecidas na área de voz falada e cantada**

Objetivos:

O termo "consenso" deve ser entendido como "aplicação em comum do bom senso", que fundamentalmente inclui conceitos, entendimentos, opiniões, hábitos e condutas adotadas na prática da assistência médica, e estas não devem se ater ao extremo rigor que caracteriza uma "evidência científica", o que arriscaria paralisar ou impedir que sejam listadas, elaboradas e definidas normas, sugestões e orientações gerais, mais ou menos transitórias ou definitivas, e portanto passíveis de reformulação a todo e qualquer tempo, conforme venha a determinar a Evolução da Ciência Médica.

1. O que é voz.

Sob o ponto de vista fisiológico, a voz humana pode ser definida como o som produzido pela passagem do ar pelas pregas vocais e modificado nas cavidades de ressonância e estruturas articulatórias.

2. Sobre voz normal.

Não existe uma definição aceitável de voz normal, por falta de padrões ou limites definidos, e, portanto, o conceito mais correto é o de voz adaptada, ou seja, em que a pessoa (ou trabalhador) demonstra estabilidade e resistência ao uso específico, laborativo e/ou social, que habitualmente faz da voz.

3. Conceito de voz falada.

Voz falada é a voz utilizada na comunicação oral e fornece ou transparece informações físicas e culturais do indivíduo.

4. Conceito de voz cantada.

A voz cantada é uma forma de comunicação oral, utilizada no canto e traduz características específicas relacionadas à modificações fisiológicas, acústicas e musicais.

5. Voz profissional.

É definida como a forma de comunicação oral utilizada por pessoas que dela dependem para sua atividade ocupacional.

6. Conceito de disфонia. Graus de intensidade e limitação vocal.

É o principal sintoma de distúrbio da comunicação oral, no qual a voz produzida não consegue, apresenta dificuldades ou limitações em cumprir seu papel básico de transmissão da mensagem verbal e emocional do indivíduo. Uma disфонia representa toda e qualquer dificuldade ou alteração na emissão natural da voz. **Portanto, toda disфонia é uma limitação vocal, podendo ser classificada em um dos quatro graus de intensidade:**

Grau leve - disфонia eventual ou quase imperceptível, e o trabalhador consegue desempenhar suas atividades vocais habituais com mínima dificuldade, rara fadiga, e sem interrupções;

Grau moderado - disфонia percebida continuamente, a voz é audível, com oscilações, e o trabalhador consegue desempenhar suas atividades vocais habituais, com percepção (por si próprio e/ou por ouvintes) de esforço, falhas, fadiga eventual a freqüente e necessidade de interrupções;

Grau intenso - disфонia constante, a voz torna-se pouco audível, e o trabalhador não consegue desempenhar suas atividades, ou o faz com grande esforço, intensa fadiga e com grandes interrupções.

Grau extremo ou afonia – é a "quase ausência" ou "total ausência" de voz, a voz torna-se inaudível, exigindo escrita ou mímica para que a pessoa se faça entender e o trabalhador não consegue desempenhar suas atividades.

7. Tipos de disfonias.

Funcionais (ou primárias): quando o uso da voz é a causa da disфонia;

- Comportamentais: uso incorreto da voz
 - uso abusivo da voz
- psicogênicas

- Inaptações: funcionais
 - orgânicas

Orgânico-funcionais: quando o uso da voz gera lesões nas estruturas envolvidas na produção vocal;

Orgânicas (ou secundárias): quando a voz apenas reflete uma alteração cuja causa independe da produção vocal

8. Laringopatia.

Representa o quadro de sinais e sintomas (ou síndrome) resultado do conjunto de quaisquer alterações, disfunções e/ou enfermidades laríngeas, do aparelho fonador ou de quaisquer outros sistemas orgânicos que possam repercutir na voz e/ou na fala, ou sejam causadas pelo mau uso ou abuso da voz.

9. Tipos de laringopatias.

As classificações nacionais e internacionais se referem ao termo “disfonias” e baseiam-se na identificação dos fatores causais. Em nosso meio se aceita como de uso corrente a classificação: orgânica, funcional e orgânico-funcional.

Laringopatia orgânica – em que se detecta, como causa primária da disфонia, alteração estrutural em quaisquer dos órgãos ou sistemas responsáveis pela voz, corporais ou psíquicos, tais como alterações neurológicas, psiquiátricas, inflamatórias ou tumorais do aparelho respiratório e digestivo superior, e/ou por ação de traumas e doenças que atinjam pescoço, laringe, faringe, boca ou fossas nasais.

Laringopatia funcional – em que a causa primária da disфонia é por mau uso ou abuso vocal, sem que sejam detectadas alterações orgânicas ou estruturais.

Laringopatias orgânico-funcionais – em que se somam ou confundem as diversas causas acima.

10. Laringopatia Relacionada ao Trabalho.

Caracteriza-se como sendo o conjunto de sinais, sintomas, disfunções e enfermidades do aparelho fonador, que possam ter origem no uso inadequado da voz, relacionadas ao tipo de atividade e/ou na exposição ambiental, ou refletir em sua função e nas condições de uso da voz no trabalho, em termos de qualidade, estabilidade e resistência, sem prejuízo de considerar-se que enfermidades de diversos outros sistemas orgânicos podem repercutir no aparelho fonador.

Os principais sinais e sintomas das laringopatias são (ou podem ser decorrentes de):

- Sensação ou observação de esforço fonatório;
- Alterações pulmonares e estridor respiratório (ruído inspiratório e/ou expiratório);
- Dificuldade respiratória (perda de fôlego em repouso ou associada a esforços e/ou à fala);
- Alterações nasossinusais (por ex. obstrução nasal);
- Distúrbios ressonantes ou articulatorios (voz nasalada, abafada, fala enrolada);
- Pigarro (necessidade de limpar a garganta, sensação de muco ou algo preso);
- Tosse (frequente, diurna ou noturna);
- Azia, plenitude ou eructação (intolerância ou sensibilidade a determinados alimentos, hábitos ou posturas);
- Odinofagia (dor e/ou ardência faríngea ou cervical, á deglutição ou espontânea);
- Disfagia (dificuldade ou incômodo para engolir);
- Disфонia (rouquidão, aspereza ou sopro na voz);
- Fadiga vocal (ou cansaço precoce);
- Oscilação vocal e episódios de afonia (falhas ou perda de voz);
- Mudanças de registro (voz tornou-se mais grave ou aguda do que antes);
- Limitações de extensão (redução de alcance de graves e/ou agudos);
- Alterações, desconforto ou dor no pescoço.

11. Conceituação de normalidade, adaptação, aptidão e alteração vocal.

Não estão estabelecidos **critérios científicos precisos de avaliação** perceptual ou acústica da voz que possam definir, com precisão, aptidão ou inaptidão, em especial sobrepondo-se ou contrariando avaliação laringológica ou acompanhamento do desempenho no ambiente de trabalho, como por exemplo, em sala de aula ou em postos de tele-atendimento.

Em boa parte dos casos, o relato de anos de trabalho, com raros (ou sem) afastamento por disфонia (alegação de fácil constatação pelos Setores de Saúde Ocupacional e/ou Perícia Médica), pode ou deve ser considerado um “teste” ideal para a conclusão médico-pericial em termos de **aptidão ou inaptidão** da voz para um determinado cargo ou atividade.

Vale citar a relativa incoerência e contradição que sofrem alguns profissionais da voz, que são considerados **inaptos** para assumir um novo cargo, mas **aptos** a prosseguir no exercício de uma função, em tudo semelhante aquela em que buscam admissão.

De forma análoga, a laringe (em especial as pregas vocais) ou o aparelho fonador humano como um todo, mesmo com discretas (ou até moderadas) alterações pode permitir ou fornecer uma voz bem **adaptada, estável e resistente** e portanto, perfeitamente adequada ao uso profissional, e o trabalhador pode estar sendo erroneamente discriminado por uma norma pericial ultrapassada.

Se assim fosse, por **coerência técnica**, dever-se-ia manter afastados, por exemplo, do Magistério e de tele-atendimento todos os trabalhadores que apresentassem **lesões**, ou que não apresentassem pregas vocais “regulares, claras, com bordas livres lineares e fechamento glótico completo”.

Uma vez que não há uma definição precisa, anatômica ou funcional, do que seja **normal**, e sabendo-se que muitas alterações são adaptativas ao uso mais intensivo, e que significativo percentual de trabalhadores que usam a voz de modo mais intensivo podem apresentar “lesões sem sintomas” (como a disfonia), há que se ter extremo **cuidado para não rotular** como patologia ou lesão incapacitante alguma alteração que deva somente ser observada e monitorada, com boas chances de se manter estável e assintomática ao longo de meses ou anos de carreira.

E mais, uma pessoa com laringe “normal” pode não estar apta ao exercício de determinado ofício que exija uso da voz, por causa de outras alterações no campo otorrinolaringológico ou por força de **inadaptação** àquela função, à demanda vocal ou à exposição ambiental específicas.

Entretanto, ignorando tais particularidades, alguns órgãos públicos e empresas acabam por cometer a injustiça de considerar inaptos ao cargo, por ex., de professor, pessoas que já atuam em outra matrícula, e por vezes em dupla regência, sem histórico de licenças por problema vocal. Assim, deve-se evitar que por uma avaliação precipitada, venham a ser excluídas do trabalho pessoas com características profissionais de normalidade que poderiam desempenhar seu elevado papel social normalmente, sem dificuldades ou exigências especiais – e sem causar problemas ou prejuízo para a sociedade.

Por pertinente, frise-se que não existem bases técnicas que sustentem a abrangência pericial de “avaliações vocais computadorizadas”, devendo tal esforço ser orientado para a realização de análises dos ambientes de trabalho e acompanhamento de desempenho. Até o momento o valor das análises espectrográficas se restringe à comparação “intra-sujeito”, em seguimento, caso a caso, em apoio à avaliação fonoaudiológica perceptual.

No caso específico do Magistério, há que se manter em mente que um bom professor representa muito mais do que uma “voz boa ou perfeita”, ainda mais se esta é julgada por critérios altamente subjetivos e portanto questionáveis. Uma avaliação para ser justa e adequada deverá considerar muito mais a competência técnica, a postura corporal, a projeção vocal, a clareza articulatória, o conteúdo, e principalmente o conhecimento, a didática, a habilidade e o carisma no relacionamento humano, a vocação, a dedicação e outros atributos do campo eminentemente educacional, que de longe desqualificam um foco obsessivo na voz. De cada vez se espera, como supramencionado, ser “relativamente bem audível, estável e resistente” – e agradável aos ouvintes.

As principais enfermidades que caracterizam as laringopatias estão relacionadas no Anexo 4 do Consenso, frisando que o termo “**disfonia ocupacional**” é **inadequado e deve ser abolido**, pois se refere a um mero sintoma, um dos diversos que caracterizam as laringopatias.

Deve ser considerado que as Leis 8213 e 9032 definem que a incapacidade para uma determinada função decorre da “impossibilidade total ou parcial de executar operações e atividades próprias da função”; a total quando inviabilizar a totalidade da maior parte das operações; a parcial quando apenas dificulta o exercício nas suas atividades habituais. Outro critério importante para avaliar incapacidade é o risco de agravamento da lesão ou alteração funcional pela continuidade do exercício das atividades habituais à época do acidente e/ou do diagnóstico da lesão.

12. Deficiente vocal.

Define-se como deficiente vocal a pessoa que apresenta incapacidade de desenvolver a função fonatória (inclui voz, fala e linguagem) na comunicação verbal, em caráter permanente e irreversível. Por conseguinte, Deficiência Vocal é a incapacidade de desenvolver a função fonatória na comunicação verbal, que acomete uma pessoa em caráter permanente e irreversível.

13. Abuso vocal e mau uso da voz.

São comportamentos vocais negativos. Abuso vocal é quando o uso da voz ultrapassa os limites saudáveis, mesmo com a utilização de uma boa técnica vocal. Mau uso vocal é caracterizado por desvios de padrões corretos da emissão. Ambos podem levar ao surgimento súbito ou gradual de sinais e/ou sintomas e de efeitos danosos ao aparelho fonador.

14. Condições adversas e fatores irritantes para a saúde vocal.

São considerados agentes irritantes o uso de álcool, fumo, drogas e medicamentos que possam causar alterações específicas da fisiologia da mucosa das vias aéreas.

São consideradas condições adversas endógenas e exógenas, entre outras, a desidratação, problemas auditivos, efeitos de medicamentos, poluição ambiental, alterações de temperatura, alterações acústicas. Estão mais bem detalhadas no Anexo 5.

15. Recomendações para a avaliação do trabalhador com uso de voz profissional.

Todos os profissionais da voz, quando submetidos a exames médico-ocupacionais devem, a critério médico, ser encaminhados à consulta otorrinolaringológica, podendo ser solicitados outros exames e avaliações complementares, conforme as necessidades de cada caso.

Os médicos peritos que atuem em causas que envolvam pacientes disfônicos ou com laringopatias, devem se basear em relatório e parecer médico (otorrinolaringológico e outros) e avaliação de fonoaudiólogos e demais profissionais comprovadamente experientes em voz profissional.

16. Medicina (Laringologia) Psicossomática e Efeito Placebo.

Segundo relata Eduardo Conte Póvoa, médico clínico geral e ex-Presidente da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática - Regional RJ, a Medicina Psicossomática surgiu a partir de várias reflexões a respeito da integração entre o corpo e a mente, principalmente no campo médico, quando se passou a perceber que algumas doenças ou manifestações somáticas (no corpo) recebiam influência significativa de aspectos psicológicos ou até mesmo eram desencadeadas por situações traumáticas mal resolvidas.

Freud, a partir da descoberta do inconsciente, foi o principal sistematizador da teoria que iria revolucionar o paradigma biomédico reinante no final do século XIX e início do século XX. Observando reações que ficaram designadas como conversões histéricas, percebeu que determinadas paralisias ou manifestações (tais como: anestesia, surdez, afasias, cegueira, tremores) não se sustentavam em lesões orgânicas, mas eram resultantes de conflitos de ordem psíquica, cujo significado simbólico era expresso no corpo. Vários outros autores reformularam teorias a respeito da possibilidade dos fatores psicoafetivos estarem envolvidos (em conjunto com os demais fatores - genéticos, ambientais, constitucionais) no processo de adoecer.

São muitos os relatos que comprovam a existência de doenças de origem psicossomática, ou seja, com verdadeiro componente orgânico, detectável por exames clínicos, diferenciando-se da somatização ou conversão, que são quadros onde existe a queixa mas não se encontra alterações orgânicas.

Clinicamente, uma ampla variedade de transtornos psicofisiológicos pode estar associada à ansiedade, entre eles:

- Transtornos cardiovasculares - enfermidade coronariana, hipertensão arterial, arritmias;
- Transtornos respiratórios - asma brônquica, síndrome de hiperventilação, rinite alérgica;
- Transtornos endócrinos - hiper ou hipotireoidismo, doença de Addison, Síndrome de Cushing, alterações das glândulas paratireóides, hipoglicemia, diabetes;
- Transtornos gastrintestinais - transtornos esofágicos, dispepsia, úlcera péptica, síndrome do cólon irritável, colite ulcerosa, Doença de Crohn;
- Transtornos dermatológicos - prurido, hiperhidrose, urticária, dermatite atópica, alopecia areata, psoríase, herpes, vitiligo;
- Dor crônica - lombalgias, cefaléias, dor pré-menstrual, fibromialgia;
- Reumatologia - artrite reumatóide;
- Transtornos imunológicos - lúpus, depressão imunológica inespecífica

Com o crescente reconhecimento da implicação de fatores psicológicos ou emocionais no desencadeamento e/ou agravamento da maioria das enfermidades orgânicas, listas como a acima acabam perdendo totalmente o valor. Quanto mais avançam os meios de investigação da patologia, mais se evidencia relevância dos fatores psicológicos na etiologia e desenvolvimento de um grande número de doenças até então não consideradas como psicofisiológicas. Esses transtornos englobam desde doenças neurológicas, como a disфонia espástica (distonia focal laríngea) ao refluxo laringo-faríngeo (e seu clássico bolo *dito* histórico).

Ansiedade e Transtorno Ansioso

Biologicamente a etiologia da Ansiedade parece estar relacionada ao Sistema noradrenérgico, gabaérgico e serotoninérgico (da noradrenalina, gaba e serotonina, respectivamente) do lombo frontal e do Sistema Límbico. Os pacientes ansiosos tendem a ter um tônus simpático aumentado, respondendo emocionalmente de forma excessiva aos estímulos ambientais e demorando mais a adaptar-se às alterações do Sistema Nervoso Autônomo. Segundo Kaplan, a Ansiedade tem uma ocorrência duas vezes maior no sexo feminino e se estima que até 5% da população geral tenha um distúrbio generalizado de Ansiedade.

As teorias psicossociais sobre a gênese da Ansiedade são exaustivamente estudadas, não só pela Medicina como também pela Psicologia, pela Sociologia, pela Antropologia e pela Filosofia.

Como a Ansiedade é uma grande mobilizadora de distonias (desarmonias) do Sistema Nervoso Autônomo, a sintomatologia do Transtorno de Ansiedade é rica em elementos físicos e vegetativos (internos e autônomos). Portanto, neste tipo de transtorno encontramos a sintomatologia psíquica e também a física. Sobre a sintomatologia geral, recomenda-se a observância de ao menos 6 dos seguintes 18 sintomas, quando freqüentemente presentes (marcados em negrito os que atingem área ORL e podem refletir na voz):

- | | |
|---|---|
| 1. tremores ou sensação de fraqueza | 10. náuseas e diarreia |
| 2. tensão ou dor muscular | 11. rubor ou calafrios |
| 3. inquietação | 12. polaciúria (aumento de número de micções) |
| 4. fadiga fácil | 13. bolo na garganta |
| 5. falta de ar ou sensação de fôlego curto | 14. impaciência |
| 6. palpitações | 15. resposta exagerada à surpresa |
| 7. sudorese, mãos frias e úmidas | 16. dificuldade de concentração / memorização |
| 8. boca seca | 17. dificuldade em conciliar e manter o sono |
| 9. vertigens e tonturas | 18. irritabilidade |

Convém sublinhar que estes sintomas costumam estar relacionados ao estresse ambiental crônico. Além disso, essas características têm um curso flutuante, variável e com tendência a cronificação.

Na área otorrinolaringológica, existem evidências de que muitos sinais e sintomas podem representar “distonias vagas” de origem psíquica, na forma de distúrbio sensitivo ou motor de faringe e/ou laringe, sendo observado que muitos pacientes trazem queixas e utilizam expressões que traduzem **emoções sentidas na garganta** tais como:

- | | |
|--|---|
| “isso ficou preso na minha garganta
minha voz ficou presa, travada
senti um bolo
essa não desceu
aquilo ficou entalado
ainda estou engasgado com isso
não consegui engolir essa
aquilo ficou atravessado na minha garganta
vão ter que me engolir
engoli o desaforo
engoli em seco
estou na maior secura por isso | senti o coração na garganta ou na boca
fiquei sem voz /sem ar/mudo com tal cena
vomitei de ódio/raiva
ainda estou digerindo / ruminando esse fato
fiquei com um nó / um aperto na garganta
fiquei angustiado
estou no maior aperto
estou <i>por aqui</i> com essa situação
estou afogado de serviço
desafoguei-me logo
estou no maior sufoco
estou amargurado” |
|--|---|

O Efeito placebo

Segundo Julio Rocha do Amaral e Renato Sabbatini, quando um medicamento é receitado ou administrado a um paciente, ele pode ter vários efeitos. Alguns deles dependem diretamente do medicamento, ou seja, de sua ação farmacológica. Existe, porém, um outro efeito, que não está vinculado à farmacologia do medicamento, e que também pode aparecer quando se administra uma substância farmacologicamente inativa. É o que denominamos "efeito placebo". É um dos fenômenos mais comuns observados na medicina, mas também um dos mais misteriosos.

Existe uma explicação fisiológica bastante convincente sobre o efeito placebo: trata-se de um efeito orgânico causado no paciente pelo condicionamento pavloviano ao nível de estímulos abstratos e simbólicos. Segundo essa explicação, o que conta é a realidade presente no cérebro, não a realidade farmacológica. A expectativa do sistema nervoso em relação aos efeitos de uma droga pode anular, reverter ou ampliar as reações farmacológicas desta droga. Pode também fazer com que substâncias inertes provoquem efeitos que delas não dependem.

Poderíamos então definir efeito placebo como o resultado terapêuticamente positivo (ou negativo) de expectativas implantadas no sistema nervoso dos pacientes por condicionamento decorrente do uso anterior de medicação, contatos com médicos e informações obtidas por leituras e comentários de outras pessoas.

Para quem faz pesquisa clínica, estuda um medicamento novo e quer determinar seu real valor, o efeito placebo é um estorvo: constitui um conjunto de efeitos não medicamentosos a serem eliminados, na medida do possível, com auxílio de técnicas de pesquisa.

Na prática médica, o efeito placebo pode ser útil, pois esses efeitos não medicamentosos podem ser benéficos ao paciente. A ação curativa de agentes terapêuticos específicos, farmacologicamente ativos, pode ser reforçada, por efeito placebo conseqüente às expectativas de cura, despertadas nos pacientes dentro do contexto de uma boa relação médico-paciente. Contrariamente, se não houver boa relação médico/paciente, pode ocorrer um efeito placebo negativo de tal monta que prejudique a adesão ao tratamento. O paciente simplesmente ignora a receita ou toma os medicamentos de maneira completamente diferente da que foi prescrita. Mesmo se chegar a tomá-los da maneira prescrita, vai exagerar todos os possíveis efeitos negativos e ignorar os efeitos positivos do tratamento.

Deve-se lembrar que alguns autores consideram que o efeito placebo tem o seu lado negro, pois as curas a ele devidas favorecem a perpetuação do uso de medicamentos e procedimentos terapêuticos ineficazes e irracionais, como os que acontecem em parte da chamada "medicina alternativa".

Em Otorrinolaringologia, em especial nas questões que envolvam faringe, laringe e as laringopatias de uma forma geral, e considerando o forte componente psicossomático por vezes envolvido, muitas podem ser as práticas que se baseiem tão somente em Efeito Placebo.

17. Evidências científicas reconhecidas.

A automedicação de uma forma geral está absolutamente contra-indicada, sendo importante o conhecimento de eventuais produtos, fitoterápicos ou remédios que estejam em uso, pois podem apresentar ação sinérgica e/ou adversa com medicamentos prescritos pelo médico.

A) Em termos de conduta profilática para a saúde vocal, indica-se:

1. Seguir avaliações e cuidados clínicos gerais regulares;
2. Identificar e respeitar predisposições, sensibilidades, alergias e limites individuais;
3. Alternar atividade e repouso de forma adequada; priorizar sono regular e satisfatório;
4. Alimentação regular, evitando jejum prolongado ou abusos alimentares, em especial antes de dormir;
5. Evitar excesso de tensão, stress e estado crônico de ansiedade;
6. Evitar abuso de bebidas alcoólicas, tranqüilizantes e/ou estimulantes;
7. Prevenir e tratar do refluxo, evitando alimentos ácidos, gordurosos que causem azia ou má digestão;
8. Não forçar a voz, evitando gritar ou cochichar; manter o volume normal da voz e articular bem as palavras;
9. Evitar o uso intensivo da voz em ambientes ruidosos, que geram competição sonora, pois essa situação impede um retorno adequado da própria voz. Quando uma pessoa não escuta bem sua voz, tende, por resposta natural, a elevar a intensidade e a freqüência da voz (fala mais alto e agudo). Este reflexo é conhecido como Efeito de Lombard, e a agudização e o aumento da intensidade da voz estão relacionados a uma maior agressão do aparelho fonador. Portanto, ao menos em tese, estão sujeitos a este potencial risco todos os profissionais da voz expostos a ambientes ruidosos. Como exemplo, citam-se professores que lecionem em salas de aula com ruído e reverberação, cantores que não tenham um retorno adequado da sua voz, competindo com o som dos instrumentos, atores que realizem cenas externas ou atuem em espaços com acústica não favorável, camelôs em esquinas ruidosas, operadores de pregões de bolsa, garçons em casas noturnas, entre outros;
10. Evitar durante o uso profissional da voz ar seco, úmido, vento, frio, calor, mofo, poeira, odores, vapores, substâncias voláteis ou quaisquer agentes de poluição que podem exigir maior esforço muscular e/ou respiratório na emissão vocal e/ou afetar a integridade mucoepitelial das vias aerodigestivas superiores.
11. Buscar sempre o conforto ao cantar, sem esforço na garganta;
12. Não fumar nem utilizar drogas como maconha, cocaína e demais psicotrópicos ilegais;
13. Evitar obesidade e manter atividade física aeróbica regular;
14. Manter-se hidratado. A hidratação pode ser representada pela ingestão de 1,5 a 3 litros de líquidos em temperatura fresca ou ambiente (não gelada) ao dia, conforme características individuais, perdas hídricas diárias, atividade física, temperatura e umidade ambientais, monitorado pelo volume urinário. Trabalhos demonstram que a hidratação pode influir nas características visco-elásticas das pregas vocais, assim como na umidificação da superfície das pregas vocais, o que pode tornar recomendável a inalação de soluções fisiológicas, que podem aliviar o esforço fonatório. A ingestão de água deve ser estimulada, pois a hidratação antes e durante o uso prolongado da voz diminui o esforço fonatório.
15. Seguir técnicas de treinamento, aquecimento e desaquecimento vocais, valorizando as que demonstrem favorecer o desempenho vocal de forma imediata e não ocasionem fadiga vocal ou disфонia e outros sintomas de distúrbio do aparelho fonador. São eficazes na obtenção de melhora da qualidade vocal,

mas em si não influenciam para mudanças de hábitos, como parar de fumar, evitar abuso vocal, stress e refeições antes de deitar.

16. Participar de Programas de esclarecimento das funções e disfunções vocais. Trabalhos mostram que atores são mais esclarecidos em relação ao “funcionamento da voz” do que grupos-controle. Outros profissionais, no entanto, não apresentam essa informação no decorrer da sua formação. Diversos autores preconizam programas de informação a respeito da anatomia e da fisiologia da laringe, e da saúde vocal como um todo, para usuários profissionais da voz. A eficácia de cursos curtos, de até dois dias, é comprovada num período de meses de seguimento, mostrando diminuição das queixas de pigarro e dos episódios de disfonia.

B) Abordagem das laringopatias

1. Existem, conforme o diagnóstico, evidências científicas comprobatórias dos benefícios causados por:

- a. Repouso vocal absoluto ou relativo;
- b. Antiinflamatórios;
- c. Antibióticos;
- d. Antifúngicos;
- e. Analgésicos;
- f. Corticosteróides;
- g. Descongestionantes;
- h. Mucolíticos;
- i. Inalações e nebulizações;
- j. Bloqueadores de bomba de próton;
- k. Antiácidos;
- l. Prócinéticos;
- m. Cuidados posturais e dietéticos;
- n. Toxina botulínica;
- o. Cirurgias tais como adenotonsilectomias, rinosseptoplastias, turbinectomias, faringopalatoplastias, microcirurgias da laringe, tiroplastias, laringectomias, laringotraqueoplastias;
- p. Radioterapia e quimioterapia anti-neoplásica;
- q. Orientação vocal preventiva, instrução sobre técnica vocal, fonoterapia e emprego de recursos de amplificação sonora.

2. Existem evidências científicas comprobatórias dos malefícios causados por:

- a. Abuso vocal;
- b. Fumo (tabagismo);
- c. Abuso de álcool (etilismo-alcoolismo);
- d. Refluxo laringo-faríngeo;
- e. Efeitos colaterais de vários medicamentos (por ex., uso prolongado de corticosteróides inalatórios) e substâncias de uso popular.
- f. Exposição a produtos químicos e irritantes das vias aéreas.

3. Quanto às evidências científicas comprobatórias dos benefícios ou malefícios causados por:

- a. balas mentoladas – Não há estudos científicos a respeito.
- b. cristais de gengibre – Não há trabalhos relacionando sua ação nos problemas da laringe ou da voz. O gengibre tem sua ação antiinflamatória comprovada cientificamente, assim como os efeitos colaterais relacionados aos antiinflamatórios. Trabalhos demonstram inibição da agregação plaquetária pelo gengibre. Tanto a dose terapêutica quanto a dose tóxica do gengibre não são bem estabelecidas, apesar da existência de trabalhos buscando uma dose ideal. O gengibre deve ser evitado uma vez que a dose ideal não é estabelecida, não há controle do princípio ativo do gengibre nos cristais disponíveis, e a sua utilização pode expor o paciente a efeitos colaterais, dependendo da dose utilizada e pode exacerbar os efeitos colaterais dos antiinflamatórios não hormonais.
- c. mastigar cravo – Não há estudos científicos a respeito.
- d. gargarejos com vinagre e similares – Não há trabalhos relacionando sua ação nos problemas da laringe ou da voz. Estudo de meta-análise assinala relação do uso contínuo de líquidos de gargarejo contendo álcool com a ocorrência de carcinomas de orofaringe. Substâncias com Ph

menor do que 5,5 podem estar relacionadas com erosão dos dentes, assim, o gargarejo com tais substâncias deve ser evitado.

- e. própolis e mel – Não há trabalhos relacionando sua ação nos problemas da laringe ou da voz. O mel tem ação antibacteriana cientificamente comprovada, com artigos demonstrando sua ação contra pseudomonas e stafilococcus, mesmo em diluições de até 10 vezes. O mecanismo não está restrito à sua ação osmolar, mas também a um efeito antibacteriano direto. Diversos artigos realizados *in vitro* e *in vivo* se restringem ao tratamento de feridas cutâneas. Não há evidência científica mostrando a sua efetividade clínica nas vias aero-digestivas superiores. No controle de quadros de rinoconjuntivite não mostrou efetividade em reduzir os intervalos de processos recorrentes. Os trabalhos com mel são realizados com produtos pasteurizados, e o profissional deve estar atento à origem do mel, devendo preferir produtos industrializados. A ação antibacteriana do própolis é comprovada em estudos *in vitro*, sobre cepas de streptococcus pyogenes. Um trabalho com grupo controle randomizado mostra eficácia do uso contínuo de própolis via oral spray aquoso em crianças durante o inverno, havendo diminuição dos episódios de rinofaringite em crianças que utilizaram própolis. O própolis aquoso spray mostrou-se efetivo na diminuição do número de crises de asma, quando comparado com placebo. Não foram descritos efeitos colaterais do própolis aquoso. Os trabalhos não comentam sobre soluções alcoólicas de própolis, devendo ser evitado seu uso nesse meio. Não há trabalhos demonstrando benefícios do mel ou do própolis especificamente em relação a voz, seja como proteção, prevenção ou tratamento.
- f. romã – Não há trabalhos relacionando sua ação nos problemas da laringe ou da voz. Pode ter ação antimicrobiana e antifúngica, e sua absorção é controversa. Quando ingerida em concentrações ideais pode ser observada nos pulmões, entre outros órgãos. A dose do princípio ativo a ser ingerida para obter ação terapêutica não está definida.
- g. leite e derivados – Não há trabalhos relacionando sua ação na laringe ou na voz. Há artigos que comentam sobre o leite deixar o muco mais espesso, e que isto poderia prejudicar a lubrificação das pregas vocais; porém não há artigos científicos demonstrando uma possível influencia sobre a voz.
- h. maçã – Não há trabalhos relacionando sua ação nos problemas da laringe ou da voz. Tem ação adstringente e daria fluidez ao muco faringo-laríngeo, mas não há comprovação de efeitos sobre a voz, seja como proteção, prevenção ou tratamento.
- i. cafeína – Acredita-se que a cafeína possa ter uma ação diurética, comprometendo a qualidade da voz por interferir na lubrificação das pregas vocais. No entanto há apenas um trabalho na literatura estudando a repercussão do café na qualidade vocal. Neste estudo foram analisadas as vozes de 8 sujeitos, sendo detectadas alterações substanciais na qualidade vocal após a ingestão de cafeína, porém com grande variação intra-sujeitos. Há, portanto, evidente necessidade de estudos com um maior número de indivíduos para definir as implicações do café na laringe e/ou na voz. Por outro lado, é sabido que a cafeína pode aumentar o refluxo gastroesofágico, e existem diversos trabalhos científicos nesta linha; assim, ao aumentar o refluxo poderia levar a uma agressão secundária da laringe. Trabalhos comparativos demonstram que o café sem cafeína também predispõe o indivíduo ao refluxo gastroesofágico, porém com menor intensidade, e acredita-se que, além da cafeína, o café tenha outras substâncias que contribuam na gênese do refluxo. Portanto, a ingestão de café deve ser evitada pelos profissionais da voz que tenham refluxo gastroesofágico e/ou refluxo laringofaríngeo.
- j. Uma série de alimentos, práticas, hábitos e posturas estão relacionados ao surgimento e/ou agravamento de quadros de refluxo gastroesofágico e/ou laringofaríngeo, com possíveis repercussões na forma de laringopatias e disfonias. Listá-los e comentar o seu peso conceitual se mostra tarefa de um Consenso específico.

18. Estimativa de período médio de evolução, tratamento, redução ou afastamento de uso profissional da voz:

Alerta: Trata-se de mera referência de graduação, para fins de orientação e padronização mínima de nomenclatura clínica, buscando uma relação com prazos de recuperação. Portanto, tais prazos não podem nem devem ser esperados, impostos ou exigidos como norma técnica. Por exemplo: uma laringite leve pode não necessitar de afastamento, um hematoma pode estar resolvido em 7 dias e um nódulo pequeno pode não acarretar afastamento. Essa lista pode no máximo ser entendida como um período médio para restabelecimento de condições plenas para uso profissional da

voz, no sentido de cessação de risco de agravamento ou definição de caminho para a cura, exatamente dentro dos objetivos expressos do presente Consenso.

- a. Laringites virais agudas leves – 1 a 5 dias;
- b. Laringites virais agudas moderadas – 5 a 10 dias;
- c. Laringites bacterianas agudas leves – 5 a 10 dias;
- d. Laringites bacterianas agudas moderadas – 10 a 20 dias;
- e. Hematoma de prega vocal – 10 a 20 dias;
- f. Nódulos, pólipos e cistos vocais pequenos – 30 a 45 dias;
- g. Nódulos, pólipos e cistos vocais moderados – 45 a 90 dias;
- h. Paralisias e lesões maiores ou processos mais intensos – indefinido

19. Definição de uso intenso da voz:

Trata-se do uso da voz de forma mais contínua e intensa, comum na atividade de professores, vendedores ambulantes, operadores de tele-atendimento, telefonistas, cantores e locutores, entre outros, em período superior a 6 (seis) horas ao dia, ou, mesmo em tempo inferior, em ambientes ou situações mais exigentes, seja por exposição a ruído, como em salas de aula sem isolamento acústico e em vias públicas que gerem competição sonora e/ou sob exposição a fatores ambientais como ar seco, úmido, vento, frio, calor, poeira, mofo, odores, vapores, substâncias voláteis ou quaisquer agentes de poluição que possam exigir maior esforço muscular e/ou respiratório na emissão vocal e/ou afetar a integridade mucopitelial das vias aero-digestivas superiores.

20. Multicausalidade e concausalidade:

Existem profissionais da voz que desgastam o aparelho fonador fora do ambiente de trabalho e vêm a apresentar sinais ou sintomas após a atividade laboral, levando a uma errônea impressão de causa e efeito. É o caso do professor que canta de forma inadequada no fim de semana, e vai perceber o desgaste vocal na atividade de magistério, e não no canto amador.

Hábitos nocivos como álcool, tabaco e drogas podem alterar o aparelho fonador, e seus efeitos podem se manifestar de forma mais nítida nos indivíduos que usam mais intensamente a voz no trabalho.

Falar muito na vida social ou em outra atividade, sofrer de tensão, ansiedade, insônia, alergia ou refluxo são outros exemplos de situações e questões clínicas que podem coexistir e serem causas concomitantes de laringopatias.

Registre-se que a abordagem diagnóstica deve contemplar toda a notável gama de fatores causais que envolvem as laringopatias, possam ou não ser definidas como de origem ocupacional – e, embora em geral ocasionem repercussões ocupacionais, opta-se pela denominação de “relacionadas ao trabalho”.

21. Classificação de risco clínico de desenvolvimento de laringopatia:

Alerta: O “objetivo-padrão” em termos de controle de ocorrência de acidentes de trabalho e seqüelas por exposição a fatores químicos e riscos ambientais é atingir-se RISCO ZERO. Entretanto, em se tratando de laringopatias relacionadas ao trabalho, inexistente a possibilidade de risco zero e é considerada inviável a implantação de um controle médico-ocupacional preventivo “perfeito”, que detecte todas as alterações e torne desnecessários eventuais tratamentos, licenças ou afastamentos.

1. Risco inerente (risco “menor” de desenvolver laringopatia) - ex: profissionais liberais;
2. Baixo risco (maior probabilidade) - ex: professores em meio expediente, em adequadas condições ambientais;
3. Risco moderado - ex: professores em tempo integral e/ou inadequadas condições ambientais;
4. Alto risco - ex: profissionais que exercem atividades que envolvem constante abuso, gritos ou uso da voz em ambiente excessivamente ruidoso e/ou poluído.

22. Tipos básicos de profissionais da voz comumente submetidos a uso intensivo da voz (risco clínico moderado e alto):

- a. Uso intenso, constante e prolongado, sem grande exigência de qualidade - professores, advogados, políticos, operadores de tele-atendimento, atendentes, telefonistas, comerciários, alguns profissionais liberais;
- b. Uso intenso, não constante nem prolongado, com grande exigência de qualidade - cantores, professores de canto, regentes de corais, atores, locutores, alguns profissionais liberais;

- c. Uso em múltiplas funções combinadas ou eventuais, amadores sem preparo - cantores que são professores, profissionais liberais que são cantores, uso de voz falada e cantada, uso social intenso de voz (falada), etc.

23. Fixação de periodicidade de reavaliações / exames periódicos:

Todos os profissionais da voz devem ser submetidos sempre a anamnese e exame otorrinolaringológico com laringoscopia. Videolaringoscopia, videolaringoestroboscopia e amostra vocal correspondente ao exame são técnicas que devem ser solicitadas quando houver indicação formal para as mesmas, para “maior garantia de saúde do aparelho fonador” para o início de determinada atividade. As avaliações deverão ser documentadas e seguir os protocolos indicados neste consenso. Outros exames e avaliações complementares podem ser requisitados, caso a caso, conforme suspeita clínica, sinais e sintomas, caso a caso.

Os usuários intensos (acima definidos) de voz profissional devem ser avaliados e acompanhados por médico otorrinolaringologista de forma regular, ao menos anualmente. Em caso de intercorrências, sinais e sintomas persistentes, tais como estridor respiratório (ruído inspiratório ou expiratório), dificuldade respiratória (perda de fôlego), distúrbio ressonantal ou articulatório (fala “nasalizada ou enrolada”), sensação ou relato de esforço fonatório, pigarro, tosse, ardência na faringe, azia, plenitude ou eructação, dor faríngea espontânea ou à deglutição, disfagia (dificuldade para engolir), disfonia (rouquidão, aspereza ou sopro), fadiga vocal, oscilação vocal, episódios de afonia (falhas ou perda de voz), mudanças de registro (voz mais grave ou aguda), limitações de extensão (redução de graves e/ou agudos) ou alterações, desconforto ou dor no pescoço, deverão ser mantidos sobre controle mais freqüente ou constante.

Os demais indivíduos e os usuários moderados ou leves de voz profissional, devem ser avaliados conforme necessidade ou eventual surgimento de sinais ou sintomas persistentes, supracitados.

24. Exames preventivos e medicalização.

Deve-se, em prol da saúde física e mental, evitar a excessiva intervenção, que no meio médico é denominada "medicalização". Esta (tão freqüente) distorção se dá a partir da instalação de um temor exagerado de enfermidades, e que de repente "a voz seja afetada ou destruída".

Portanto, deve-se evitar, ao recomendar cuidados preventivos, criar uma excessiva preocupação no sentido de que exames e intervenções "preventivas" sejam vitais. Não há justificativa técnica para generalizar condutas preventivas para um profissional da voz (por ex. professor, cantor, etc.) que esteja atuando e/ou se desenvolvendo, sem problemas, ou seja, sem sinais ou sintomas de laringopatias ou problemas vocais (instabilidade, fadiga, rouquidão, dor, perda de extensão, etc).

De fato, uma detalhada avaliação médica (clínica e ORL, no mínimo) e checagem fonoaudiológica são imprescindíveis para os que estejam "iniciando sintomas", o que torna recomendável que tais alterações, ao serem percebidas, acarretem imediato encaminhamento à avaliação médica ORL.

Da mesma forma, ao início do processo de aprendizado do Canto e de demais carreiras que exijam uso intensivo ou mais exigente da voz, tal avaliação pode, ao que tudo indica, ser benéfica, e evita desgastes e tropeços futuros.

O Consenso rejeita que se proponha que todo profissional da voz precise ser examinado anualmente, ou seguir fonoterapia constantemente, e frisa que tal conduta pode ter algum valor somente para casos específicos de pessoas que mantenham sinais ou sintomas mais relevantes ou constantes.

Acentue-se que a excessiva intervenção, seja na forma de “*medicalização*” ou “*fonalização*” ocasionam perda de tempo e de recursos, dois bens dos quais os cidadãos em geral estão muito carentes, e devem ser poupados para momentos de real necessidade.

25. Conceituação de gravidade das intercorrências clínicas:

Leves – que tenham exigido tratamento e/ou afastamento de até 10 (dez) dias;

Moderadas – que tenham gerado tratamento e/ou afastamento de 10 (dez) a 30 (trinta) dias;

Intensas – que tenham gerado tratamento e/ou afastamento superior a 30 (trinta) dias ou cirurgia;

26. Critérios gerais de acompanhamento e alta:

Os trabalhadores que utilizam a voz profissionalmente, após intercorrências consideradas leves, devem ser avaliados e acompanhados por médico otorrinolaringologista de forma regular, por período mínimo de 3 (três) meses.

Os trabalhadores de risco clínico baixo ou moderado, após intercorrências consideradas moderadas ou intensas, devem ser avaliados e acompanhados por médico otorrinolaringologista de forma regular, por período mínimo de 6 (seis) meses.

Os trabalhadores de risco clínico alto, após intercorrências consideradas moderadas ou intensas, devem ser avaliados e acompanhados por médico otorrinolaringologista de forma regular, ao menos trimestral ou semestralmente, por período mínimo de 12 (doze) meses.

- § -

ANEXO 4

Enfermidades e condições clínicas que predispõem às laringopatias

Define-se **Laringopatia** como representando o quadro de sinais e sintomas (ou síndrome) resultante do conjunto de quaisquer alterações, disfunções e/ou enfermidades laríngeas, do aparelho fonador ou de quaisquer outros sistemas orgânicos que possam repercutir na voz e na fala ou sejam causadas pelo mau uso ou abuso da voz.

A disfonia é um dos sintomas que compõem as laringopatias, e pode por vezes, embora com risco de imprecisão, representar as laringopatias, especificamente as que repercutam na voz ou sejam decorrentes do abuso ou mau uso da voz.

Assim, a expressão “disfonia ocupacional” não deve ser proposta como representando “doença ocupacional” ou “decorrente do trabalho”, por significar apenas um dos muitos sintomas que podem compor uma síndrome de **Laringopatia Relacionada ao Trabalho**.

O médico, em sua elaboração diagnóstica e definição da conduta terapêutica ou médico-pericial deverá considerar todos os sinais e sintomas detectáveis no paciente, atento ao fato de que uma laringopatia pode não vir acompanhada de disfonia.

A - ENFERMIDADES ORGÂNICAS

I – ENFERMIDADES LARÍNGEAS:

As enfermidades laríngeas constituem as principais causas de disfonia. Podem ser de origem inflamatória (causadas por trauma, agentes químicos e orgânicos), por lesões estruturais (congenitas e adquiridas), por lesões de origens tumorais, granulomatosas e não-granulomatosas, por lesões neurológicas centrais e periféricas e de origem idiopática. São alterações que interferem diretamente nas características anátomo-funcionais da laringe, principalmente das pregas vocais, causando repercussões nas características vibratórias da cobertura mucosa das mesmas, resultando em distúrbio ou prejuízo das qualidades do som produzido, incluindo estabilidade e resistência, apresentando fadiga, falhas ou fragilidade ao uso mais exigente, intenso ou prolongado ou sob condições ambientais ou emocionais desfavoráveis.

I-1 - Inflamatórias:

- 1 - Nódulo vocal (ou lesões nodulares, ditas “reacionais”);
- 2 - Pólipo;
- 3 - Cisto de retenção;
- 4 - Pseudocisto;
- 5 - Edema de Reinke
 - a) leve b) moderado c) acentuado
 - d) simétrico e) assimétrico
 - f) com degeneração polipóide
- 6 - Granuloma de contato (ou posterior);
- 7 - Cordite inespecífica;
- 8 - Leucoplasias;

- 9 - Espessamento ou formação nodular;
- 10 - Escara (cicatriz ou fibrose);
- 11 - Hemorragia subepitelial;
- 12 - Laringite posterior (hiperemia, edema ou redundância de mucosa de área posterior – aritenóidea, inter-aritenóidea e/ou cricoídea);
- 12 - Laringite crônica difusa ou localizada;
- 13 - Laringite aguda infecciosa;
- 14 - Eversão de ventrículo (abaulamento, cisto);
- 15 - Outras.

I-2 – Manifestações ORL de refluxo gastroesofágico (e/ou laringo-faríngeo):

- 1 - Sinais somente (eritema e edema da região aritenóidea, paquidermia, edema subglótico, entre outros);
- 2 - Sintomas somente (disfonia, pigarro, sensação de corpo estranho, tosse seca, entre outros);
- 3 - Sinais e sintomas (síndrome);
- 4 - Doença do refluxo comprovada por exames complementares e/ou prova terapêutica.

I-3 - Alterações estruturais mínimas (AEM):

- 1 - Cisto epidermóide
 - a) superficial;
 - b) profundo.
- 2 - Sulco vocal
 - a) oculto;
 - b) estria maior;
 - c) estria menor;
 - d) bolsa;
 - e) rigidez inespecífica.
- 3 - Ponte de mucosa;
- 4 - Vasculodisgenesias;
- 5 - Micro-diafragma ou membrana anterior;
- 6 - Assimetrias laríngeas;
- 7 - AEMs combinadas entre si ou com outras lesões (pólipos, lesões nodulares, granulomas);
- 8 - Indiferenciadas, não classificadas, ou outras.

I-4 - Doenças tumorais, granulomatosas e não-granulomatosas:

- 1 - Neoplasias benignas
- 2 - Neoplasias malignas
- 3 - Neoformações vasculares (ectasias) (Obs: linfangiomas e hemangiomas e etc. estão no item 1)
- 4 - Papiloma viral
- 5 - Granulomatosas
 - a) infecciosas
 - b) não infecciosas
- 6 - Laringocele
- 7 - Cisto sacular
- 8 - Outras

I -5 - Paresias e paralisias laríngeas periféricas (sensitivas e/ou motoras):

- 1 - Do nervo laríngeo superior
 - a) unilateral
 - b) bilateral
- 2 - Do nervo laríngeo inferior (recorrente)
 - a) unilateral
 - b) bilateral
- 3 - Vagal
 - a) unilateral
 - b) bilateral

I-6 - Outras enfermidades laríngeas

- 1 - Traumas físicos e químicos

- 2 - Congênitas
- 3 - Alteração dos parâmetros vibratórios da mucosa da prega vocal de causa indefinida
- 4 - Outras

II - OUTRAS DOENÇAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS:

O som produzido na laringe sofre modulação, ressonância e articulação nas cavidades bucofaríngeas e nasossinais. Assim sendo, qualquer anormalidade ou enfermidade (inflamatória, infecciosa, traumática, tumoral, anatômica-funcional enfim, entre outras) que acometa essas estruturas poderá influir na produção, rendimento, qualidade e estabilidade vocal. A função auditiva é parte fundamental do processo de vocalização, pois a modulação da voz (variações da intensidade, da frequência sonora, da entonação, entre outras características) depende diretamente do controle (ou feedback) auditivo.

- 1 - Infecções das vias aerodigestivas superiores;
- 2 - Tumores das vias aerodigestivas superiores;
- 3 - Alterações estruturais das fossas nasais ou do cavum (desvios de septo, imperfuração coanal, hipertrofia de adenóides);
- 4 - Anormalidades do esfíncter velo-faríngeo (fissura submucosa, fissura palatina);
- 5 - Hipertrofia de tonsilas palatinas (amígdalas);
- 6 - Rinossinusites agudas;
- 7 - Rinossinusites crônicas;
- 8 - Perdas auditivas: a) temporárias; b) permanentes.
- 9 - outras

III - DOENÇAS DE OUTROS SISTEMAS:

A produção vocal ideal requer a interação bem coordenada de inúmeras funções do organismo, ou seja, condições clínicas ideais. Em algumas atividades vocais profissionais, as exigências vocais são de tal magnitude, que seu uso pode ser considerado uma atividade verdadeiramente atlética, e, portanto, anormal (no sentido de pouco comum) e de risco.

Possuir adequada condição funcional pulmonar, cardiovascular e digestiva mostra-se fundamental para que seja alcançado um ótimo desempenho vocal. Assinale-se que grande número de situações, restrições, limitações ou enfermidades de quaisquer outros sistemas do organismo podem influir negativamente na produção vocal. Estados infecciosos quaisquer, febre, privação de sono, fadiga, desidratação, anemia, hipoglicemia, desnutrição, ansiedade e tensão (aguda ou crônica), desinteresse, desmotivação ou depressão podem repercutir mais ou menos intensamente na voz.

- 1 - Sistema endócrino (principalmente alterações de hormônios tireoideanos e sexuais);
- 2 - Do colágeno (reumáticas, como artrite reumatóide, lupus eritematoso sistêmico, síndrome de Sjögren, etc);
- 3 - Do sistema imunológico (auto-ímmunes e por deficiências);
- 4 - Atópicas (alergias);
- 5 - Do sistema cardiovascular (como hipertensão arterial, cor pulmonale, malformações vasculares e alterações cardíacas que comprometam a função respiratória e/ou diretamente os nervos laríngeos);
- 6 - Do aparelho respiratório (como enfisema pulmonar, bronquite crônica, bronquiectasias, paralisia do nervo frênico);
- 7 - Digestórias (como refluxo laringo-faríngeo);
- 8 - Neurológicas:
 - a) Distonias focais laríngeas (disfonia espasmódica ou espástica);
 - b) Paralisias supra e/ou pseudobulbares;
 - c) Disfonia atáxica;
 - d) Tremor essencial (e outros tremores);
 - e) Miastenia grave;
 - f) Esclerose múltipla;
 - g) Doença de Parkinson;
 - h) Outras.
- 9 - Doenças psiquiátricas e distúrbios psíquicos de uma forma geral;
- 10 - Simulação;
- 11 - Dependências de: a) Álcool; b) Drogas; c) Tabaco; d) Outras.

B - DISTÚRBIOS OU CONDIÇÕES FUNCIONAIS

Quando um indivíduo executa uma fonação em 150 Hertz a mucosa das pregas vocais executa um movimento ondulatório da ordem de 150 “batimentos” por segundo, e para que a cobertura epitelial não sofra erosões com tal nível de utilização, a lubrificação e umidificação devem ser permanentes, dependendo da consistência e volume do muco.

A voz é extremamente sensível a fatores psicológicos. Quando fatores emocionais como o stress, a depressão e a ansiedade se tornam incontroláveis, podem ocorrer alterações nas funções autonômicas e/ou no controle neuromotor envolvidos na fonação, resultando em disfunções vocais importantes.

Fatores orgânicos como o crescimento (puberdade) e envelhecimento podem resultar em disfunções do trato vocal levando a distúrbios vocais mais ou menos evidentes. O uso excessivo da voz, por tempo prolongado, em alta intensidade e/ou com postura vocal inadequada, pode resultar em fadiga e tensões musculares inadequadas, gerando trauma e congestão mucosa, com conseqüente impacto sobre a voz.

A persistência desses diversos fatores funcionais compõe um quadro disfuncional, que pode ser definido como sendo a:

a) causa da formação de várias lesões.

Por ex., o abuso vocal (agudo ou crônico) levando ao trauma e formação reacional de uma lesão polipóide;

b) conseqüência (reação ou adaptação) ao surgimento das lesões por outras causas, não relacionadas ao uso da voz. Por ex., um cisto ou sulco vocal congênito levando à adoção de uma fonação compensatória de esforço.

Como principais exemplos, temos:

1. Fadiga geral ou sistêmica;
2. Síndrome da tensão-músculo-esquelética;
3. Puberfonia (inclui os distúrbios da muda vocal);
4. Presbifonia (inclui distúrbios idiopáticos relacionados ao envelhecimento, arqueamentos de bordas livres de pregas vocais e síndromes atróficas, inespecíficas ou localizadas);
5. Inadaptações vocais;
6. Disfonias psicogênicas
7. Movimento paradoxal de pregas vocais
8. Mau uso e/ou abuso vocal, por:
 - a) Tensão aumentada;
 - b) Ataque brusco;
 - c) Posição de laringe elevada;
 - d) Constrição ântero-posterior;
 - e) Constrição medial;
 - f) Tom de fala inapropriado;
 - g) Fonação vestibular;
 - h) Uso excessivo da voz;
 - i) Intensidade abusiva (falar alto ou gritar em excesso)
 - j) Emissão persistente em tom basal (“vocal fry”);
 - k) Falta de variabilidade de freqüência (monotonal);
9. Outras.

ANEXO 5

Listar riscos ambientais e individuais e sugerir questionários para levantamento sobre saúde vocal

1. Riscos ambientais e condições em postos de trabalho, que podem interferir na produção vocal

Os riscos ambientais e condições em postos de trabalho listados para qualquer atividade profissional e reconhecidos pela legislação vigente, podem ter aplicação para a voz ocupacional, sendo considerados de relevância para as atividades vocais os relacionados aos seguintes agentes:

Químicos – inalação de poeiras, fumos, névoas, gases, substâncias voláteis, compostas ou produtos químicos em geral;

Biológicos – exposição a vírus, bactérias, fungos e bacilos;

Ergonômicos – tempo de uso vocal diário, período de uso (noturno e diurno) e múltiplos períodos, uso contínuo, uso repetitivo, intensidade de uso, esforço físico no desempenho funcional, levantamento e transporte manual de peso, exigência postural, controle de produtividade, imposição de ritmos de trabalho, exposição a situações causadoras de estresse;

Físicos – condições de acústica, temperatura, umidade, movimento do ar (ventilação) e pressão no posto de trabalho.

2. Condições e hábitos pessoais de risco para a atividade vocal

Os riscos descritos para o ambiente ocupacional também se aplicam para as atividades vocais extra-ocupacionais, ou seja, embora as conseqüências (disfonia e outros sintomas) possam ser sentidas ou percebidas na atividade laborativa, as causas podem estar fora do ambiente de trabalho, o que diferencia de forma clara as laringopatias relacionadas ao trabalho da surdez ocupacional, cuja causa pode ser diretamente associada à exposição a níveis elevados de pressão sonora no ambiente de trabalho.

- a. Ser portador de enfermidades que repercutam de forma moderada ou intensa no aparelho fonador;
- b. Não seguir avaliações e cuidados clínicos gerais regulares;
- c. Não ser capaz de identificar e respeitar predisposições, sensibilidades, alergias e limites individuais;
- d. Não alternar atividade e repouso de forma adequada; não obter sono regular e satisfatório, sofrer de fadiga ou estafa;
- e. Não seguir alimentação regular, sofrer jejum prolongado ou abusos alimentares, em especial antes de dormir;
- f. Sofrer excesso de tensão, estresse e estado crônico de ansiedade;
- g. Abusar de bebidas alcoólicas, tranqüilizantes e/ou estimulantes;
- h. Não prevenir e/ou tratar do refluxo, evitando alimentos ácidos, gordurosos que causem azia ou má digestão;
- i. Forçar a voz, gritar ou cochichar; não manter o volume normal da voz e não articular bem as palavras;
- j. Usar a voz de forma intensiva em ambientes ruidosos, que geram competição sonora e/ou sob exposição a fatores ambientais, como ar seco, úmido, vento, frio, calor, mofo, poeira, odores, vapores, substâncias voláteis ou quaisquer agentes de poluição que podem exigir maior esforço muscular e/ou respiratório na emissão vocal e/ou afetar a integridade mucoepitelial das vias aero-digestivas superiores.
- k. Não estar consciente da necessidade de buscar sempre o conforto ao cantar, sem esforço na garganta;
- l. Fumar ou utilizar drogas como maconha, cocaína e demais psicotrópicos ilegais;
- m. Estar obeso e/ou não manter atividade física aeróbica regular;
- n. Não atentar para a hidratação, representada pela ingestão de 1,5 a 3 litros de líquidos em temperatura fresca ou ambiente (não gelada) ao dia, conforme características individuais, perdas hídricas diárias, atividade física, temperatura e umidade ambientais, monitorado pelo volume urinário;
- o. Não seguir técnicas de treinamento, aquecimento e desaquecimento vocais, valorizando as que demonstrem favorecer o desempenho vocal de forma imediata e não ocasionem fadiga vocal ou disfonia e outros sintomas de distúrbio do aparelho fonador.

3. Questionário de Auto-avaliação da Saúde Vocal

(aqui específico para professores, podendo ser adaptado para demais profissões que utilizem a voz – vide modelo geral sugerido no **anexo 6**):

Conceitos adotados pelo Consenso Nacional sobre Voz Profissional:

1. A adoção da auto-avaliação como parte integrante dos exames médicos ocupacionais no acompanhamento e controle da saúde dos profissionais da voz, em especial dos professores;
2. Todo formulário de avaliação, em especial os gerados por motivo ocupacional, deve ser encabeçado pelo item "Identificação", onde deve constar o número de documento de identidade, a entidade ou o profissional que encaminhou, o estado empregatício atual do paciente e qual o motivo do encaminhamento;
3. Os vários modelos de questionários apresentados podem ser unidos num só, completo, que pode atender aos diversos níveis de atendimento (triagem, consultório e perícia). O profissional que usa a voz, com raras exceções, é suficientemente instruído para preencher sozinho um questionário, até mesmo na ante-sala da consulta;
4. O atendimento de primeiro nível deve ter características de triagem: curto, rápido, barato e eficiente. Há que se ter bom senso para considerar as restrições econômicas das empresas, e só acrescentar custos extras aos exames admissionais se houver justificativa clínica clara e específica;
5. A presente auto-avaliação torna-se aplicável a todos os níveis e graus de ensino, para controle de Saúde de professores;
6. A auto-avaliação deve ser preservada em prontuário médico;
7. A auto-avaliação deve preceder qualquer outro procedimento clínico (invasivo ou não) que vise a avaliação do aparelho fonador.

A auto-avaliação é composta por seis partes, conforme o que segue:

PARTE 1 - IDENTIFICAÇÃO

1. Entidade Mantenedora de Ensino.....
2. Há quanto tempo exerce o Magistério (não apenas nesse emprego):anos
3. Data da Avaliação...../ /
4. Nome.....
5. Data de Nascimento..... /..... /
6. Sexo: () M () F
7. Disciplina(s) que leciona.....

PARTE 2 - ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

1. Em quantas instituições leciona?
() uma () duas () três () mais que três
2. Indique todos os níveis ou graus de ensino nos quais leciona:
() educação infantil () educação superior
() ensino fundamental – 1ª a 4ª série () curso de pós-graduação
() ensino fundamental – 5ª a 8ª série () educação à distância
() ensino médio () educação especial
() curso técnico profissionalizante () aulas particulares
() curso pré-vestibular (individuais ou pequenos grupos)
() curso livre () outras:.....
() supletivo

No que diz respeito às aulas e atividades vocais:

3. Qual a sua carga horária máxima durante a semana de trabalho?
() 1 a 3 horas-aula por dia
() 4 a 6 horas-aula por dia
() 6 a 8 horas-aula por dia
() mais que 8 horas-aula por dia
4. Qual das durações das aulas é a mais freqüente na sua jornada diária de trabalho?
() menos de 40 minutos
() 40 minutos
() 50 minutos

- 60 minutos
 - 100 minutos
 - mais de 100 minutos
5. Quantos minutos de intervalo no seu período de aulas são concedidos habitualmente?
- não há
 - menos de 15 minutos
 - 16 a 20 minutos
 - 21 a 30 minutos
 - mais de 30 minutos
6. Dentre as aulas que você ministra, qual o número máximo de alunos por sala de aula?
- menos de 30 alunos
 - de 31 a 50 alunos
 - de 51 a 100 alunos
 - de 100 a 150 alunos
 - mais de 150 alunos
7. Exerce outra atividade profissional além de professor?
- sim Qual (ou quais)?.....
 - não
8. Em qual atividade profissional que você ocupa a maior parte do seu tempo?
- professor
 - outra:.....

PARTE 3 - AMBIENTE DE TRABALHO

1. A seu ver, em termos de ruído e competição sonora, seu ambiente de trabalho mostra-se:
- silencioso e adequado (agradável)
 - levemente ruidoso (tolerável)
 - desconfortavelmente ruidoso (incomodativo)
 - intensamente ruidoso (insuportável)
2. A seu ver, em termos de poluição do ar, seu ambiente de trabalho mostra-se:
- limpo, fresco e arejado (agradável)
 - levemente poluído, quente, frio, abafado ou ventoso (tolerável)
 - moderadamente poluído, quente, frio, abafado ou ventoso (incomodativo)
 - intensamente poluído, quente, frio, abafado ou ventoso (insuportável)
3. A seu ver, em termos de lhe causar tensão, stress e ansiedade, seu ambiente de trabalho mostra-se:
- tranqüilo
 - um pouco tenso e estressante
 - moderadamente tenso e estressante
 - muito tenso e estressante
4. Dispõe de água à vontade e de fácil acesso?
- Sim Não

PARTE 4 - SINTOMAS CLÍNICOS

1. Sente dor ou irritação na garganta?
- não sim
2. Em que período do dia acontece mais freqüentemente?
- manhã tarde noite
3. Sensação de corpo estranho na garganta:
- não sim
4. Em que período do dia acontece mais freqüentemente?
- manhã tarde noite
5. Sente necessidade de pigarrear?
- não sim
6. Em que período do dia acontece mais freqüentemente?
- manhã tarde noite
7. Sente dor no pescoço?

- () não () sim
8. Em que período do dia acontece mais frequentemente?
 () manhã () tarde () noite
9. Tem rouquidão?
 () não () sim
10. Em caso afirmativo, a rouquidão é:
 () constante () constante com flutuação () em episódios intermitentes
11. Se a rouquidão for intermitente ou com flutuações, quando ela é mais comum?
 () durante o dia de trabalho () no decorrer da semana
 () final de semestre letivo () todos os períodos acima
12. Mantém habitualmente algum cuidado ou medicação para a garganta ou para a voz?
 () Não
 () Sim. Quais?.....

13. Alguns desses sintomas perguntados anteriormente levaram-no a procurar um médico?
 () Sim
 () Não
14. O seu grau de dificuldade em exercer o Magistério, por questões vocais, é:
 () Nenhum - nenhuma dificuldade, uso pleno da voz
 () Leve - mínima perturbação ou limitação no uso da voz
 () Moderado - alguma perturbação ou limitação no uso da voz
 () Intenso - grande perturbação ou limitação no uso da voz
 () Extremo - não consegue usar a voz no trabalho
15. Quantos dias nos últimos 30 dias sentiu limitações vocais (conforme grau acima)
 () Nenhum dia - uso contínuo da voz
 () dias de dificuldade leve
 () dias de dificuldade moderada
 () dias de dificuldade intensa
 () dias de dificuldade extrema
16. Informações que considere relevantes e que não foram perguntadas acima:

PARTE 5 - HÁBITOS E ESTILO / QUALIDADE DE VIDA

1. Em termos de uso da voz, dentro e/ou fora do trabalho, você se qualifica como sendo uma pessoa que:
 () fala pouco (introvertida)
 () fala moderadamente (comunicativa)
 () fala muito (tagarela)
 () fala demais (compulsiva)
2. Em termos de tensão, stress e ansiedade, você se qualifica como sendo uma pessoa:
 () tranqüila
 () um pouco tensa e ansiosa
 () moderadamente tensa e ansiosa
 () muito tensa e ansiosa
3. Em termos de ingestão de água / hidratação, você se qualifica como sendo uma pessoa que:
 () bebe poucos líquidos (esquece ou não sente sede, e urina menos de 3 x ao dia)
 () bebe moderadamente (1 a 2 litros ao dia)
 () bebe muito (mais de 2 litros ao dia)
 () bebe demais (a necessidade de urinar é freqüente e lhe incomoda)
4. Em termos de alimentação, você se qualifica como sendo uma pessoa que:
 () come pouco (fica em jejum ou cumpre menos de 3 refeições ao dia)
 () come moderadamente (cumpre 3 refeições ao dia)
 () come muito (não controla a gula e percebe que abusa um pouco)
 () come demais (sente o estômago cheio e/ou que está perdendo o controle)
5. Em termos de peso corporal, você se qualifica como estando:

- magro (abaixo do peso ideal)
 - no peso ideal
 - pouco acima do peso ideal
 - obeso (muito acima do peso ideal)
6. Cigarros (tabaco):
- sim. Quantas unidades ao dia?.....cigarros /dia
 - Há quantos anos é tabagista?.....anos.
 - nunca foi tabagista
 - é ex-fumante desde.....
 - Fumou por.....anos, com uma média de cigarros ao dia
7. Álcool? sim não
- quantidade:.....latas de cerveja / dia
 -doses de destilado / semana
 -copos de vinho / dia
8. Outras drogas:
- não sim, especificar tipo e freqüência de uso:
9. Enfermidades que exijam cuidados permanentes:
- não
 - diabetes
 - hipertensão arterial
 - outras, especificar:.....
9. Medicamentos de uso contínuo:
- não sim, especificar:.....
10. Prática de atividade esportiva:
- não sim, especificar:.....
11. Em termos de cuidados com sua saúde, você se qualifica como sendo uma pessoa:
- desligada
 - controlada / previdente
 - preocupada
 - alarmada

PARTE 6 - REAVALIAÇÃO

Ao responder pela segunda vez este questionário, solicitamos que nos informe:

1. Houve modificações no seu ambiente de trabalho? Em caso afirmativo, especifique.

.....

2. Você alterou seus hábitos visando cuidados com a preservação da voz? Em caso afirmativo, especifique.

.....

ANEXO 6

Dos levantamentos a respeito da incidência das laringopatias

O Consenso Nacional sobre Voz Profissional propõe:

1. A adoção dos questionários abaixo como parte integrante dos exames médicos ocupacionais no acompanhamento e controle da saúde dos profissionais da voz;
2. As presentes avaliações tornam-se aplicáveis para todos os cargos e atividades, desde que o Médico do Trabalho responsável pelo Programa de Controle Médico da Saúde Ocupacional (PCMSO) identifique os riscos e inclua os fatores específicos que deseje controlar, peculiares às atividades e características da empresa, do ambiente e/ou condições de trabalho;
3. A auto-avaliação deve ser analisada pelo Médico do Trabalho e/ou otorrinolaringologista, devidamente tabulada, e arquivada no prontuário médico;
4. A auto-avaliação deve preceder a qualquer outro procedimento clínico (invasivo ou não) que vise a avaliação do aparelho fonador.
5. Todos os questionários devem ser encaminhados às entidades promotoras nacionais da área de ORL (ABORL-CCF e ABLV), que estarão se empenhando para aferir e divulgar seus resultados, sem discriminação da origem, informando apenas a cada uma das instituições seus dados específicos, de modo a obterem comparação com o total geral.
6. O objetivo é obter informações das entidades públicas e representativas de empregadores e de empregados usuários de voz profissional, a respeito de como se encontra a atual situação das condições de trabalho e dos trabalhadores, listando a incidência, características e particularidades dos problemas decorrentes, para as partes, da incapacidade ou afastamento por laringopatias ou disfonias;
7. Por ocasião da elaboração do Relatório anual do PCMSO, o Médico do Trabalho coordenador do Programa deverá incluir no relatório os dados referentes a incidência de laringopatias relacionadas ao trabalho no ano e determinar a prevalência dessas doenças entre os profissionais que utilizam a voz profissionalmente no último dia útil do ano;
8. Este consenso recomenda aos médicos que produzam e publiquem trabalhos científicos que tratem da laringopatias relacionadas ao trabalho e que apresentem os mesmos em eventos científicos, em particular nos que reúnam médicos otorrinolaringologistas e médicos do trabalho.

São propostos três questionários que se completam:

1. Auto-avaliação – colhido pelos Serviços Especializados em Medicina do Trabalho – SESMT junto aos trabalhadores, desde que se enquadrem como indivíduos que utilizam a voz profissional.
2. Ótica do órgão empregador (público ou privado) – listando a incidência, características e particularidades dos problemas relacionados às laringopatias;
3. Demandas colhidas pelos órgãos de classe (Sindicato, por ex.) – listando as queixas dos profissionais.

1. Questionário de Auto-avaliação para trabalhadores que utilizam a voz profissional

Cabe ao médico do trabalho identificar os riscos e fatores específicos que deseje controlar, peculiares à atividade e às características da empresa, ambiente e/ou condições de trabalho. Recomenda-se especial atenção ao controle da relação entre jornada de trabalho e pausas para repouso.

PARTE 1 - IDENTIFICAÇÃO

1. Instituição em que trabalha.....
2. Ocupação (cargo ou função) em que atua.....
3. Há quanto tempo exerce essa atividade (não apenas nesse emprego):anos
4. Data da Avaliação...../ /.....
5. Nome.....
6. Data de Nascimento..... /..... /
7. Sexo: () M () F

PARTE 2 - ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

1. Em quantas empresas ou instituições trabalha?
() uma () duas () mais que duas
2. Qual a sua carga horária máxima de uso da voz durante a semana de trabalho?
() até 4 horas ao dia
() 4 a 6 horas ao dia
() 6 a 8 horas ao dia
() mais que 8 horas ao dia
3. Quantos minutos de intervalo no seu período de uso da voz lhe são concedidos habitualmente?
() não há
() menos de 15 minutos
() 16 a 20 minutos
() 21 a 30 minutos
() mais de 30 minutos
4. Exerce outra atividade profissional?
() sim Qual?.....
() não
5. Em qual atividade profissional que você ocupa a maior parte do seu tempo?
() na que lhe apresenta o questionário
() outra:.....

PARTE 3 - AMBIENTE DE TRABALHO

1. A seu ver, em termos de ruído e competição sonora, seu ambiente de trabalho mostra-se:
() silencioso e adequado (agradável)
() levemente ruidoso (tolerável)
() desconfortavelmente ruidoso (incomodativo)
() intensamente ruidoso (insuportável)
2. A seu ver, em termos de poluição do ar, seu ambiente de trabalho mostra-se:
() limpo, fresco e arejado (agradável)
() levemente poluído, quente ou frio, abafado ou ventilado (tolerável)
() moderadamente poluído, quente ou frio, abafado ou ventilado (incomodativo)
() intensamente poluído, quente ou frio, abafado ou ventilado (insuportável)
3. A seu ver, em termos de lhe causar tensão, stress e ansiedade, seu ambiente de trabalho mostra-se:
() tranqüilo
() um pouco tenso e estressante
() moderadamente tenso e estressante
() muito tenso e estressante
4. Dispõe de água para beber à vontade e de fácil acesso?
() Sim () Não
5. Seu ambiente de trabalho é servido por ar condicionado?
() Não. Possui ventilação natural
() Possui ar condicionado local
() Possui ar condicionado central

PARTE 4 - SINTOMAS CLÍNICOS

1. Sente dor ou irritação na garganta? (caso responda “não”, pule a pergunta seguinte)
() não () sim
2. Em que período do dia acontece mais freqüentemente?
() manhã () tarde () noite
3. Sensação de corpo estranho na garganta: (caso responda “não”, pule a pergunta seguinte)
() não () sim
4. Em que período do dia acontece mais freqüentemente?
() manhã () tarde () noite

5. Sente necessidade de pigarrear? (caso responda “não”, pule a pergunta seguinte)
 não sim
6. Em que período do dia acontece mais frequentemente?
 manhã tarde noite
7. Sente dor no pescoço? (caso responda “não”, pule a pergunta seguinte)
 não sim
8. Em que período do dia acontece mais frequentemente?
 manhã tarde noite
9. Tem rouquidão? (caso responda “não”, pule a pergunta seguinte)
 não sim
10. Em caso afirmativo, a rouquidão é:
 constante constante com flutuação em episódios intermitentes
11. Se a rouquidão for intermitente ou com flutuações, quando ela é mais comum?
 durante o dia de trabalho no decorrer da semana
 final de semestre letivo todos os períodos acima
12. Mantém habitualmente algum cuidado ou medicação para a garganta ou para a voz?
 Não
 Sim. Quais?.....
.....
13. Alguns desses sintomas perguntados anteriormente levaram-no a procurar um médico?
 Sim
 Não
14. O seu grau de dificuldade em exercer sua profissão, por questões vocais, é:
 Nenhum - nenhuma dificuldade, uso pleno da voz
 Leve - mínima perturbação ou limitação no uso da voz
 Moderado - alguma perturbação ou limitação no uso da voz
 Intenso - grande perturbação ou limitação no uso da voz
 Extremo - não consegue usar a voz no trabalho
15. Quantos dias nos últimos 30 dias sentiu limitações vocais (conforme grau acima)
 Nenhum dia - uso contínuo da voz
 dias de dificuldade leve
 dias de dificuldade moderada
 dias de dificuldade intensa
 dias de dificuldade extrema
16. Informações que considere relevantes e que não foram perguntadas acima:
.....
.....

PARTE 5 - HÁBITOS E ESTILO / QUALIDADE DE VIDA

1. Em termos de uso da voz, dentro e/ou fora do trabalho, você se qualifica como sendo uma pessoa que:
 fala pouco (introvertida)
 fala moderadamente (comunicativa)
 fala muito (tagarela)
 fala demais (compulsiva)
2. Em termos de tensão, stress e ansiedade, você se qualifica como sendo uma pessoa:
 tranqüila
 um pouco tensa e ansiosa
 moderadamente tensa e ansiosa
 muito tensa e ansiosa
3. Em termos de ingestão de água / hidratação, você se qualifica como sendo uma pessoa que:
 bebe poucos líquidos (esquece ou não sente sede, e urina menos de 3 x ao dia)
 bebe moderadamente (1 a 2 litros ao dia)
 bebe muito (mais de 2 litros ao dia)
 bebe demais (a necessidade de urinar é frequente e lhe incomoda)
4. Em termos de alimentação, você se qualifica como sendo uma pessoa que:

- come pouco (fica em jejum ou cumpre menos de 3 refeições ao dia)
 - come moderadamente (cumpre 3 refeições ao dia)
 - come muito (não controla a gula e percebe que abusa um pouco)
 - come demais (sente o estômago cheio e/ou que está perdendo o controle)
5. Em termos de peso corporal, você se qualifica como estando:
- magro (abaixo do peso ideal)
 - no peso ideal
 - pouco acima do peso ideal
 - obeso (muito acima do peso ideal)
6. Cigarros (tabaco):
- sim. Quantas unidades ao dia?.....cigarros /dia
 - Há quantos anos é tabagista?.....anos.
 - nunca foi tabagista
 - é ex-fumante desde.....
 - Fumou por.....anos, com uma média de cigarros ao dia
7. Álcool? sim não
- quantidade:.....latas de cerveja / dia
-doses de destilado / semana
-copos de vinho / dia
8. Outras drogas:
- não sim, especificar:.....
9. Enfermidades que exijam cuidados permanentes:
- não
 - diabetes
 - hipertensão arterial
 - outras, especificar:.....
9. Medicamentos de uso contínuo:
- não sim, especificar:.....
10. Prática de atividade esportiva:
- não sim, especificar:.....
11. Em termos de cuidados com sua saúde, você se qualifica como sendo uma pessoa:
- desligada
 - controlada / previdente
 - preocupada
 - alarmada

PARTE 6 - REAVALIAÇÃO

Ao responder pela segunda vez este questionário, solicitamos que nos informe:

1. Houve modificações no seu ambiente de trabalho? Em caso afirmativo, especifique.

.....

.....

2. Você alterou seus hábitos visando cuidados com a preservação da voz? Em caso afirmativo, especifique.

.....

.....

2. Questionário para órgão empregador (público ou privado)

(Pressupõe que seja colhido e enviado à ABLV o questionário de auto-avaliação dos trabalhadores empregados que utilizam a voz profissional)

1. Quantos funcionários trabalham na empresa ou órgão?

Resp: trabalhadores.

2. Quantos dependem diretamente da voz para exercerem sua função (são profissionais da voz):
Resp:trabalhadores, correspondendo a% do total de funcionários.
3. Quantas licenças por problema vocal foram concedidas nos últimos 6 (seis) meses?
Resp: a) dentre os que são profissionais da voz: licenças
b) dentre os demais: licenças.
4. Qual o tempo médio de licença concedida por problema vocal nos últimos 6 (seis) meses?
(basta dividir o número total de dias concedidos pelo número de trabalhadores licenciados)
Resp: a) dentre os que são profissionais da voz: dias
b) dentre os demais: dias.
5. Quantos trabalhadores estão afastados atualmente por problema vocal?
Resp: a) dentre os que são profissionais da voz: trabalhadores.
b) dentre os demais: trabalhadores.
6. Houve necessidade de contratação de outros trabalhadores para substituir os que estavam afastados?
Resp: () Sim. Quantos?Por qual período médio?dias
() Não
7. Houve necessidade de pagamento de horas extras para compensar os trabalhadores que estavam afastados?
Resp: () Sim. Qual o total de horas?
Por qual período?
() Não
8. Existe por parte do órgão empregador algum Programa visando a preservação da voz dos trabalhadores?
() Sim () Não, mas está em fase de elaboração. () Não

3. Questionário para órgão de classe (Associação ou Sindicato, por ex.)

(Pressupõe que seja colhido e enviado à ABLV o questionário de auto-avaliação dos trabalhadores empregados que utilizam a voz profissional)

1. Quantos trabalhadores são filiados ao órgão?
Resp: trabalhadores.
2. Quantos dependem diretamente da voz para exercerem sua função (são profissionais da voz):
Resp:trabalhadores, correspondendo a% do total de filiados.
3. Quantas licenças por problema vocal foram anotadas nos últimos 6 (seis) meses?
Resp: a) dentre os que são profissionais da voz: licenças
b) dentre os demais: licenças.
4. Qual o tempo médio de licença concedida por problema vocal nos últimos 6 (seis) meses?
(basta dividir o número total de dias concedidos pelo número de trabalhadores licenciados)
Resp: a) dentre os que são profissionais da voz: dias
b) dentre os demais: dias.
5. Quantos trabalhadores estão afastados atualmente por problema vocal?
Resp: a) dentre os que são profissionais da voz: trabalhadores.
b) dentre os demais: trabalhadores.
6. Foram abertas CAT's para os trabalhadores afastados por problemas vocais decorrentes das atividades de trabalho?
Resp: () Sim () Não
7. Existe algum Programa visando a orientação dos trabalhadores com relação aos cuidados com a voz profissional?
() Sim

- Não, mas está em fase de elaboração.
- Não

8. Existe algum Programa de reabilitação para os trabalhadores com problemas vocais decorrentes das atividades de trabalho?

- Sim
- Não, mas está em fase de elaboração.
- Não

Obs: As entidades que subscrevem este Consenso continuarão se articulando com os órgãos governamentais (municipais, estaduais e federais), no sentido de obter dados estatísticos mais precisos e consistentes. Tão logo possam dispor dessas informações irão divulgá-las amplamente, em especial através de seus veículos de comunicação e nos eventos científicos que venham a promover.

- § -

ANEXO 7

Conjunto de elementos que podem ser empregados na composição de relatórios da Avaliação ORL e/ou de exames específicos

O emprego de tais formas e conceitos compilados pelo Consenso deve ter sua aplicação definida por critério exclusivamente médico, conforme as particularidades e necessidades de cada caso, não existindo regras obrigatórias.

AValiação OTORRINOLARINGOLÓGICA

Importantes considerações gerais:

A laringoscopia indireta (com uso do espelho de Garcia) pode ser suficiente para conclusão médica, compondo a “Avaliação médica otorrinolaringológica”, ou “Avaliação ORL”, formalizada através de “Relatório”. Outros exames, a critério médico, tais como exames de videolaringoscopia, videolaringoestroboscopia e eletromiografia laríngea podem compor a avaliação otorrinolaringológica e, portanto, não devem ser solicitados nem executados como representando a “Avaliação ORL completa”, em si. Recomenda-se que a expressão “Laudo” seja reservada para “Laudos periciais” e o termo “Parecer” represente atendimento a questionamentos específicos, de apoio a um relatório ou laudo.

Esses procedimentos podem completar a Avaliação ORL e, em determinados casos, repercutir na forma de melhor observação, definição e segurança diagnóstica – e daí, ao menos em tese, numa mais precisa e eficaz indicação terapêutica.

Entretanto, este Consenso alerta que não há como pretender fixar um Protocolo de Atendimento, padronizar condutas clínicas ou pior, tentar tornar obrigatório o emprego de determinada técnica ou instrumentais específicos de auxílio ao diagnóstico, alguns de custo relativamente alto, por todos os profissionais, para todos os pacientes, em todas as regiões e situações, desprezando a realidade econômica de trabalhadores, empresas, clínicas e serviços médicos e (em especial) do próprio Estado, que não podem arcar com os custos da implantação rotineira de uma “avaliação ideal”, hoje viável apenas em alguns raros centros de excelência, clínicos ou acadêmicos, públicos ou privados, em nosso País.

Assim, por causa de tal condição e realidade assistencial, há que se considerar “níveis de avaliação e relatórios”, conforme exposto abaixo, e ressaltar que procedimentos como videolaringoscopia e videolaringoestroboscopia representam “somente” uma forma mais próxima do ideal de observação e análise mais objetiva, por permitirem documentação e registro (em vídeo, CD ou DVD) das imagens da faringe e da laringe (e das fossas nasais e da nasofaringe, por vezes), de forma dinâmica e passível de revisão e reinterpretação médica, a qualquer momento, e a comparação em seguimento, da forma a mais objetiva e precisa disponível na atualidade, por assinalar, por exemplo, alterações estruturais mínimas, facilitando sobremaneira o trabalho clínico e pericial, ao agregar e documentar dados objetivos – ou menos subjetivos.

Por determinação legal, os prontuários clínicos e respectivos relatórios devem ser mantidos por no mínimo 5 (cinco) anos, sob guarda do profissional ou clínica que os realizou (ou que tenha sido remunerado para tal). Os arquivos de exames médico-ocupacionais, sob guarda de médicos do trabalho e/ou de serviços ou empresas que executem PCMSO devem ser mantidos por no mínimo 20 (vinte) anos.

No caso de realização de outros procedimentos, como exames de vídeo, esses devem ser mantidos por período mínimo de 5 (cinco) anos, sob guarda do médico assistente ou da pessoa jurídica (serviço ou clínica) que se responsabilize pelo atendimento, na forma de arquivo de imagens e sons, em meio analógico ou digital, e posto à disposição do paciente, a quem cabe arcar com custos de eventuais cópias feitas por seu interesse e solicitação. Fotos, que representam partes do exame, não precisam ser arquivadas de modo permanente, e servem de mera ilustração momentânea de trechos do exame, de lesões específicas ou do relatório como um todo.

Deve-se, de uma forma geral, anotar a época de início dos sintomas vocais (e relacionados às laringopatias), detectar os prováveis fatores de risco envolvidos de origem laboral e extra-laboral, determinar ou supor a Evolução Clínica, associar a significância estatística da prevalência dos sinais e sintomas observados em grupos de trabalhadores submetidos as mesmas condições laborativas e comparar o Exame ORL prévio à admissão ao atual ou posterior.

Frise-se, por oportuno, que:

É o médico otorrinolaringologista quem determina patologia / doença / tratamento;

É o médico do trabalho quem determina aptidão ou inaptidão;

E é o médico perito quem determina se há relação denexo causal.

A **Avaliação ORL**, bem mais ampla, **conforme o caso e indicação médica**, pode ser considerada adequada, satisfatória e suficiente e, portanto, realizada em **3 níveis de complexidade**:

- a) complexidade menor (laringoscopia indireta);
- b) complexidade intermediária (inclui óticas rígidas ou flexíveis e/ou videolaringoscopia);
- c) complexidade maior (inclui videolaringoscopia e/ou demais métodos, como eletromiografia laríngea, eletroglotografia, quimografia, etc.)

Avaliação ORL de complexidade menor:

O Relatório prevê anamnese dirigida, descrição de achados anormais percebidos ao exame clínico e laringoscopia indireta, conclusão (diagnóstico ou impressão diagnóstica) e conduta sugerida ou indicada.

Avaliação ORL de complexidade intermediária:

O Relatório inclui anamnese, descrição de achados anormais percebidos ao exame clínico e laringoscopia com ótica rígida ou flexível (com ou sem vídeo), conclusão (diagnóstico ou impressão diagnóstica) e conduta sugerida ou indicada.

Avaliação ORL de complexidade maior:

O Relatório inclui anamnese, descrição de achados anormais percebidos ao exame clínico e videolaringoscopia e/ou outros procedimentos realizados, conclusão (diagnóstico ou impressão diagnóstica) e conduta sugerida ou indicada.

Itens como prescrição médica, requisição de outros exames (como eletromiografia, endoscopia, fimetria, laboratoriais e/ou de imagem), podem complementar a Avaliação ORL, conforme o caso e situação de atendimento. Da mesma forma, a formulação de prognóstico, atestados, estimativa de prazos de recuperação e data de retorno para reavaliação podem, a critério exclusivo do médico assistente, serem acrescentados ao Relatório.

Frise-se que, em todos os casos, o médico ORL assistente, na dependência de critérios individuais de certeza clínica, experiência e impressão específica, e em especial conforme a confiança que obtenha quanto aos resultados dos métodos de avaliação disponíveis, poderá ou não se sentir em condições de estimar prognóstico, na forma de uma “Impressão Evolutiva”, informando quanto aos prazos e expectativas para recuperação, em termos de tempo, auxiliando na definição quanto ao caráter de gravidade do comprometimento da laringopatia, se esta se caracteriza como temporária, definitiva, reversível ou irreversível, opinando sobre tempo a ser determinado para retorno e reavaliação.

Relatório ORL

Alerta:

Aqui se apresenta um modelo de relatório extremamente minucioso, que serve somente de “base de dados” para compor os relatórios empregados na prática clínica. Portanto, conforme o “nível de complexidade da Avaliação ORL” considerado possível ou necessário, essas informações poderão ser mais ou menos resumidas, simplificadas e/ou excluídas em parte ou no todo.

No sentido de colaboração para conclusão pericial, em especial em casos mais difíceis ou que gerem dúvidas, a realização de videolaringoscopia pode ser considerada, a critério médico, necessária ou mesmo imprescindível, por permitir a detecção e o registro de detalhes como fendas glóticas fonatórias ou alterações estruturais mínimas que possam repercutir na voz, comprometendo sua qualidade ou resistência.

Em geral, são aceitas duas fórmulas estruturais básicas de apresentação: textual (descritiva e cursiva, com conceitos e frases) ou esquemática (com marcações em itens pré-definidos).

Forma textual

(modelo não obrigatório – mera “base de dados”)

Anamnese médica:

Além de dados pessoais como nome, nome da mãe (conferindo Carteira de Identidade ou RG), idade ou data de nascimento, profissão e motivo da consulta ou encaminhamento (clínico ou pericial), a entidade ou profissional que encaminhou, o estado empregatício atual, deverá conter a queixa principal e minucioso relato do paciente sobre sua história patológica pregressa geral e vocal, em termos de grau e condições de utilização, estabilidade e resistência observadas. Anotar queixas objetivas e subjetivas, tempo de evolução, tratamentos e respostas terapêuticas prévias. Interrogar a respeito de uso profissional da voz, abuso vocal, hábitos alimentares, estado clínico geral, medicamentos em uso regular ou eventual, alterações hormonais (por ex.

função tireoideana), alergias, fadiga, sono, ansiedade, estresse, prática de canto, sensação de esforço, tabagismo, etilismo, consumo de drogas e sintomas compatíveis com refluxo.

As laringopatias, incluídas as ocupacionais e as relacionadas ao trabalho, caracterizam-se por uma série de sinais, sintomas, disfunções e enfermidades do aparelho fonador, primárias ou secundárias, que possam refletir em sua função e no uso da voz no trabalho, em termos de qualidade, estabilidade e resistência. Devem ser interrogados ou observados seus principais sinais e sintomas, quais sejam:

- Sensação ou relato de esforço fonatório;
- Estridor respiratório (ruído inspiratório ou expiratório);
- Dificuldade respiratória (perda de fôlego);
- Distúrbio ressonantal ou articulatório (fala “nasalada ou enrolada”);
- Pigarro (sensação de muco, “algo preso” ou necessidade de limpar garganta);
- Tosse (frequente, diurna ou noturna);
- Ardência na faringe;
- Azia (queimação epigástrica), plenitude ou eructação;
- Odinofagia; dor faríngea ou cervical, eventual, contínua, espontânea ou à deglutição;
- Disfagia (dificuldade para engolir);
- Disfonia (rouquidão ou sopro);
- Fadiga, oscilação, instabilidade ou fragilidade vocal;
- Episódios de afonia (falhas ou perda de voz);
- Mudanças de registro (voz mais grave ou aguda);
- Limitações de extensão (redução de graves e/ou agudos);
- Alterações, desconforto, pressão, bolo ou dor no pescoço.

Exame ORL:

Pode incluir:

Avaliação da qualidade vocal, ectoscopia da face e do pescoço, otoscopia, rinoscopia anterior, boca, faringe, laringe, palpação do pescoço, observando e relatando características gerais da voz e aspecto, simetria e mobilidade das diversas estruturas do trato aero-digestivo superior, em repouso e movimento.

De uma forma geral, em especial em pacientes com obstrução nasal ou distúrbios articulatorios e/ou ressonanciais, deve-se verificar o estado da área nasal posterior, do cavum e do esfíncter velo-faríngeo.

Em cantores, deve-se também observar os ajustes e possíveis compensações faringo-laríngeas que ocorram na voz falada e na voz cantada, podendo para isso contar com a participação de fonoaudiólogo e/ou professor de Canto.

Pode-se atentar para o aspecto e/ou mobilidade de:

Língua, palato, faringe, tonsilas palatinas (se presentes, hipertrofiadas ou não), base de língua, valécula epiglótica, epiglote, pregas aritenoepiglóticas, pregas vestibulares, aritenóides, regiões inter-aritenoidea e retro-cricoidea, seios piriformes, pregas vocais, subglote e traquéia. Articulações temporo-mandibulares, abertura e fechamento bucal, oclusão e avaliação geral dos dentes e da gengiva. Pescoço: musculatura cervical como um todo, amplitude de movimentos, pontos dolorosos, cadeias linfáticas, laringe, tireóide e pulsos carotídeos, entre outros.

Pode-se assinalar a presença ou a ausência de:

Recomenda-se graduar a constatação em um dos 3 (três) níveis – leve, moderado e intenso

- a. Tremores, irregularidades ou instabilidades em repouso ou à fonação;
- b. Coloração e volume de região aritenoidea e área posterior retro-cricoidea;
- c. Constricção supraglótica à fonação, medial ou ântero-posterior;
- d. Alongamento e elevação laríngea, se presente e simétrica na passagem de tons graves para agudos;
- e. Mobilidade de adução e abdução de pregas vocais, se presente e simétrica;
- f. Aspecto de bordas livres de pregas vocais, se lineares ou com elevações ou alterações, descrevendo e localizando-as (inclui fonação inspiratória);
- g. Alterações vasculares (vasculodisgenesias), descrevendo e localizando-as;
- h. Coloração de pregas vocais, se claras ou hiperemiadas, em qual trecho;
- i. Onda mucosa, em termos de amplitude e simetria (na videolaringoestroboscopia);
- j. Coaptação glótica (analisada em tom médio à fonação de /e/), se completa (na videolaringoestroboscopia);
- k. Fenda glótica à fonação de tons médios e agudos, descrevendo-a e graduando-a (na videolaringoestroboscopia);
- l. Fonação inspiratória, descrevendo amplitude e simetria;
- m. Linfadenomegalias, massas ou alterações cervicais, estado de glândulas salivares e tireóide;
- n. Outros.

Recomenda-se assinalar o instrumental utilizado na avaliação:

- a. Anestésicos: local de aplicação, tipo de droga, concentração e número de “puffs”;
- b. Fontes de luz: marca, modelo, potência;
- c. Óticas rígidas e/ou flexíveis: marca, modelo, diâmetro;
- d. Outros.

Pode-se anotar o Grau de tolerância do paciente à laringoscopia (qualquer método):

- a. Excelente – dispensa anestésico, realiza as manobras com facilidade e propicia imagem de boa magnificação;
- b. Boa – demanda anestésico, realiza as manobras com facilidade e propicia imagem de boa magnificação;
- c. Regular – demanda anestésico, realiza as manobras com dificuldade e propicia imagem satisfatória (não ideal);
- d. Ruim – demanda anestésico e sedação, realiza as manobras com dificuldade e propicia imagem pouco satisfatória;
- e. Péssimo – mesmo sob anestesia local e sedação não realiza as manobras e propicia imagem insatisfatória.

Obs: Todos os ambientes onde seja realizada laringoscopia e/ou anestesia tópica devem dispor de equipamento básico de reanimação – laringoscópio para intubação, ambu, tubos oro-traqueais, soros, equipos, material e medicamentos usuais, tais como corticosteróides, anti-hipertensivos, diazepam, atropina e adrenalina.

Conclusão, conceitos, impressão diagnóstica e/ou hipótese(s) diagnóstica(s):

Pode-se estimar a situação clínica e definir ou interrogar um ou mais possíveis quadros diagnósticos.

Exemplos / opções:

- a. Exame sem alterações, compatível com normalidade;
- b. Lesão nodular em regressão, cisto vocal compensado, pólipos maior do que no exame anterior;
- c. Alteração estrutural mínima. Cisto epidérmico à esquerda?;
- d. Pólipo vocal, nódulos vocais (obs: estimar se pequenos, médios ou grandes);
- e. Quadro disfuncional, quadro de abuso vocal crônico;
- f. Edema de Reinke (estimar se leve, moderado ou intenso), citar se assimétrico ou simétrico;
- g. Tumoração de prega vocal esquerda, suspeita de neoplasia epitelial T₂;
- h. Presbifonia, quadro neurológico;
- i. Quadro alérgico; faringolaringite de refluxo, associada;
- j. Paciente sem impedimentos ORL ao uso profissional da voz, no sentido de seu desenvolvimento e na prática vocal mais intensiva, como em magistério, teatro e/ou canto;
- k. As alterações assinaladas são compatíveis com voz normal, estável e resistente ao uso mais intensivo.

Alerta:

Em casos que tenham repercussão ocupacional, o ato de conceituar formalmente a aptidão ou inaptidão para determinada atividade laborativa é atribuição exclusiva do médico especialista em Medicina do Trabalho.

O médico ORL pode mencionar em seu relatório se há ou não “impedimentos na área ORL” ao uso profissional da voz, no sentido de seu desenvolvimento e na prática vocal mais intensiva, mas a conclusão quanto à aptidão ou inaptidão deve ser deixada a cargo do médico do trabalho.

Ressalve-se que em casos clínicos da assistência médica rotineira, em pacientes sem necessidade de relatório para fins ocupacionais, o médico ORL pode mencionar se o paciente está ou não em boas condições, sob seu ponto de vista, para retornar à determinada atividade, como em períodos pós-operatórios, em que o atestado deve expressar que o paciente, por exemplo, “deverá manter repouso vocal (absoluto ou relativo), afastado de atividades que exijam uso profissional da voz por x dias”.

Conduta:

Pode o médico assistente ORL formalizar uma indicação terapêutica para o caso – ou a necessidade de prosseguir ou aprofundar a investigação diagnóstica. Exemplos / opções:

- a. Conduta expectante, manter atividade; manter cuidados e orientação em curso;
- b. Indicado tratamento cirúrgico (opção: com terapia vocal pré e pós-op.);
- c. Indicada microlaringoscopia e biópsia para definição anátomo-patológica;
- d. Indicada fonoterapia / orientação vocal;
- e. Manter (ou seguir) cuidados gerais e específicos, mantendo hidratação e evitando abusos vocais;
- f. Realizada orientação preventiva (por ex: parar fumo!);
- g. Indicada (ou recomendada) redução de carga horária com uso profissional da voz, durante 3 a 4 meses;
- h. Solicitada avaliação alergológica, neurológica, gastroenterológica (por exemplo: vídeo-esofagografia e endoscopia digestiva alta);
- i. Requisitados exames complementares para avaliar tireóide (ultrassom) e função tireoideana (laboratoriais);
- j. Solicitada eletromiografia laríngea.
Observação: esse exame pode estar indicado em especial para pacientes que apresentem alteração de mobilidade laríngea, suspeita de fixação, paresia ou paralisia (por ex., após trauma laríngeo) e em distúrbios neurológicos centrais e/ou neuro-musculares em fase inicial ou de definição diagnóstica;
- k. A concluir em seguida, com exames, quanto à indicação de cirurgia; ou teste terapêutico para refluxo;
- l. Iniciada medicação antibiótica e anti-inflamatória.

Prognóstico ou Impressão Evolutiva – Conceituação de limitações e deficiência.

Pode-se, conforme o caso, informar ou definir, para fins de orientação do paciente, do órgão empregador e do médico do trabalho e/ou do perito, e dos profissionais envolvidos em sua avaliação e seguimento, se há limitação ou deficiência, em caráter temporário ou definitivo, reversível ou irreversível: Exemplos / opções:

- Bom – quando há boas perspectivas de cura ou reabilitação da laringopatia, em curto ou médio prazo (semanas a alguns meses); com a ressalva de “desde que seguindo a conduta proposta”;
- Reservado (incerto) – quando não há certeza de recuperação em curto ou médio prazo; ou quando existe a necessidade de rever o paciente em prazo determinado (algumas semanas ou meses) para determinar a mudança de abordagem terapêutica, como a eventual necessidade de cirurgia;
- Ruim – quando as expectativas de recuperação são desfavoráveis, em termos de recuperação ou reabilitação da laringopatia assinalada;
- Outros, citando a presença de limitação ou deficiência.

Reavaliação:

Prevê, define ou determina o retorno do paciente para nova avaliação médica. Exemplos / opções:

- Em 3 a 4 meses, para definição quanto à necessidade ou indicação de cirurgia;
- Em seguida, para avaliação dos exames solicitados;
- Periódica, a cada 3 meses, por 1 ano; conforme evolução ou eventual necessidade;
- Conforme aceitação / decisão do paciente ou da família quanto à conduta proposta;
- Outros.

Na elaboração do “Relatório da Avaliação ORL” (que inclui os exames laringoscópicos e outros), pode-se seguir um padrão descritivo (extraído do supracitado), ou adotar uma ficha-padrão, esquemática, dividida em itens a serem marcados com “x”, resumida, conforme o caso, da abaixo sugerida:

Forma esquemática

(modelo não obrigatório – mera “base de dados”)

Relatório de Avaliação ORL

Nome:..... Idade:.....anos Gênero: masc () fem ()
Carteira de Identidade ou RG: nºórgão expedidor..... Estado:
Profissão: Solicitante: Data: .../...../.....
Motivo do Exame: Clínico () Admissional () Periódico () Demissional ()
Anamnese (Resumo das queixas):
.....

Alerta: Aqui pode ser incluído o relato do exame ORL geral, que contemple ectoscopia da face e do pescoço, otoscopia, rinoscopia anterior (e posterior, exame de cavum e esfíncter velofaríngeo, conforme o caso), boca, faringe, laringe, palpação do pescoço, observando e relatando, de forma sucinta, aspecto, simetria e mobilidade das diversas estruturas do trato aero-digestivo superior em repouso e movimento. Especificamente quanto à laringe e pregas vocais, recomenda-se citar:

EXAME DA LARINGE

- | | | |
|----------------------------|--|------------------------------|
| () LARINGOSCOPIA INDIRETA | () TELELARINGOSCOPIA | () NASOFARINGOLARINGOSCOPIA |
| () VIDEOTELELARINGOSCOPIA | () VIDEONASOFARINGOLARINGOSCOPIA | |
| () ESTROBOSCOPIA | () GRAVAÇÃO DE COPIA PARA O PACIENTE (foto, vídeo, CD ou DVD) | |

ACHADOS GERAIS

- | | |
|--|------------------------------------|
| Laringe simétrica () | Laringe assimétrica () |
| Contração/constricção ântero-posterior () | Contração Medial () |
| Mobilidade de abdução simétrica () | Mobilidade de adução simétrica () |

PREGAS VOCAIS

Sem alterações: ambas as pregas apresentam bordas livres claras e lineares ()

Alterações

- | | |
|--|-----------------------------|
| Lesões bilaterais: Simétricas em localização () | Simétricas em tamanho () |
| Assimétricas em localização () | Assimétricas em tamanho () |

Descrição (compatível ou sugestiva de):**PVD** (prega vocal direita)

Aspecto:

- Coloração clara ()
 Hiperemiada ()
 Borda livre linear ()
 Borda livre irregular ()

Lesão:

- Nodular ()
 Polipóide ()
 Edematosa ()
 Cística ()
 Leucoplásica ()
 Sulco vocal ()
 Vasculodisgenesias ()
 Sinéquia ()
 Outro

Localização:

- 1/3 anterior ()
 1/3 médio ()
 1/3 posterior ()

Superficial ()

Intracordal ()

Outras.....

PVE (prega vocal esquerda)

Aspecto:

- Coloração clara ()
 Hiperemiada ()
 Borda livre linear ()
 Borda livre irregular ()

Lesão:

- Nodular ()
 Polipóide ()
 Edematosa ()
 Cística ()
 Sulco Vocal ()
 Leucoplásica ()
 Vasculodisgenesias ()
 Sinéquia ()
 Outro

Localização:

- 1/3 anterior ()
 1/3 médio ()
 1/3 posterior ()

Superficial ()

Intracordal ()

Outras.....

FONAÇÃO INSPIRATÓRIA

Expansão de lâmina própria de PVD: Sim () Não ()

Expansão de lâmina própria de PVE: Sim () Não ()

Exposição ligamentar de PVD: Sim () Não () Regular () Irregular ()

Exposição ligamentar de PVE: Sim () Não () Regular () Irregular ()

Espessamento epitelial em PVD: Sim () Não ()

Espessamento epitelial em PVE: Sim () Não ()

Comprometimento da lâmina própria de PVD: Sim () Não ()

Comprometimento da lâmina própria de PVE: Sim () Não ()

Lesões aparentemente ocultas em PVD: Sim () Não () Tipo:.....

Lesões aparentemente ocultas em PVE: Sim () Não () Tipo:.....

CICLO VIBRATÓRIO (ESTROBOSCOPIA)

Periódica () Aperiódica ()

Assimetria de fases entre as pregas vocais: Sim () Não ()

ONDA MUCOSA (ESTROBOSCOPIA)**PVD**

Vibração: Presente () Ausente ()

Onda mucosa:

Aumentada () diminuída () ausente ()

Assimetria de fases ao longo da prega vocal

Sim () Não ()

Amplitude: normal () aumentada () diminuída ()

PVE

Vibração: Presente () Ausente ()

Onda mucosa:

Aumentada () diminuída () ausente ()

Assimetria de fases ao longo da prega vocal

Sim () Não ()

Amplitude: normal () aumentada () diminuída ()

COAPTAÇÃO (ESTROBOSCOPIA)

Completa () Incompleta ()

Fenda (Tipo): (Obs: fenda observada na fonação de /e/ em tom médio)

1 - Fusiforme (): anterior () 1/3 médio () toda extensão glótica () 1/3 posterior ()

- 2 - Triangular () : posterior () médio-posterior () toda extensão glótica ()
 3 - Ampulheta (anterior e posterior) () Duplo fusos ()
 4 - Irregular ()
 5 - Outras ()

INSTRUMENTAL UTILIZADO E CONDIÇÕES DA AVALIAÇÃO

Anestésicos tópicos: local de aplicação, tipo de droga, concentração e número de “puffs”:
 Fontes de luz: marca, modelo, potência:
 Óticas rígidas e/ou flexíveis: marca, modelo, diâmetro:

Grau de tolerância do paciente à laringoscopia:
 ótima () boa () regular () ruim () péssima ()

AVALIAÇÃO DA VOZ E DO COMPORTAMENTO VOCAL

Sem registro () Com registro (), com gravação em.....
 (informar método de registro – por ex. gravador de fita, digital ou computador)
 Análise subjetiva () Instrumental / Computadorizada ()

Qualidade vocal - tipos de voz

- | | | |
|-------------|------------------------|------------------|
| () Neutra | () Diplofônica | () Feminilizada |
| () Rouca | () Tensa-estrangulada | () Sussurrada |
| () Soprosa | () Crepitante | () Pastosa |
| () Áspera | () Infantilizada | () Monótona |
| () Bitonal | () Viirilizada | () Comprimida |

Graus de alteração

- () Ausente () Leve () Moderada () Intensa

Ressonância

- () Equilibrada () Hiponasal () Hipernasal () Laríngea () Faríngea

Pitch

- () Adequado () Agudo () Grave

Loudness

- () Adequado () Forte () Fraca

Modulação

- () Adequada () Restrita () Excessiva

Velocidade de fala

- () Adequada () Aumentada () Reduzida

Articulação dos sons da fala

- () Adequada () Travada () Indiferenciada () Exagerada

Tensão fonatória

- () Presente () Ausente

Medidas Fonatórias

Tempos máximos de fonação

/a/.....seg /é/.....seg /i/.....seg /u/.....seg /s/.....seg /z/.....seg Relação s/z:
 Números: conta até.....

Qualidade da emissão

- () Estável () Instável
 () Flutuação de frequência () Flutuação de intensidade
 () Uso de ar de reserva () Quebra de sonoridade

Dinâmica Respiratória

Tipo respiratório: () Superior () Médio () Inferior
 Modo respiratório: () Nasal () Bucal () Misto
 Coordenação pneumo-fono-articulatória: () Adequada () Inadequada

CONCLUSÕES

Diagnóstico, impressão e/ou (hipótese(s) diagnóstica(s)):

Conduta:

Prognóstico:

Reavaliação:

Observações:

Assinatura e CRM

(médico responsável pela avaliação e pelo relatório ORL)

QUESTÕES ESPECÍFICAS DA AVALIAÇÃO ORL DE CANTORES

Adotado e adaptado a partir do Protocolo elaborado pelo GEV-RJ Grupo de Estudos da Voz do Rio de Janeiro

A. Informações adicionais prestadas pelo aluno-paciente:

1. Frequência e tipo das atividades de canto e/ou fala:
2. Objetivos pretendidos no estudo de canto:.....
3. Já fez aula de canto, fonoterapia ou atividades relacionadas à voz?.....
4. Quais, quando e por quanto tempo?.....

B. Informações prestadas pelo professor de Canto:

1. Avaliação da qualidade da voz cantada:
(emissão, ressonância, timbre, afinação, ritmo, musicalidade, passagem, etc)
2. Dinâmica vocal (controle de intensidade vocal):
3. Avaliação da respiração e apoio no canto:.....
4. Avaliação postural e articulatória para o canto:
5. Outras observações relevantes:.....

C. Informações a serem prestadas pelo médico ORL:

1. Percebe algum aspecto no quadro clínico geral que possa inspirar cuidados especiais em relação à atividade do canto?
2. São normais o aspecto e a função das fossas nasais, septo, cornetos, boca, língua, palato, faringe, amígdalas e ouvidos? Parece normal a ATM?
3. São normais o aspecto e a mobilidade da laringe, epiglote, bandas ventriculares, seios piriformes, aritenóides e pregas vocais?
4. A coaptação é eficiente nos registros de peito e cabeça/falsete? É eficiente em relação à intensidade (forte e suave)?.....
5. Qual o diagnóstico?.....
6. Há alguma restrição para a atividade do canto do ponto de vista ORL?.....
7. Há necessidade de algum tipo de tratamento (cirurgia, fonoterapia, medicação, cuidados especiais, etc.)?.....
8. Qual o prognóstico? É aconselhável uma reavaliação no futuro? Quando?.....
9. No caso de não dispor de videolaringoscopia, se houver alteração (lesão, AEM, etc) de prega vocal, descreva-a e indique aproximadamente seu local e extensão de forma esquemática.

Solicitação de parecer por parte do Médico do Trabalho

Ao solicitar uma avaliação para emissão de parecer ou relatório otorrinolaringológico de interesse ocupacional, o médico do trabalho deverá informar, se possível, os aspectos mais relevantes da história ocupacional e as razões do encaminhamento, e se relevante, assinalar as condições do trabalho exercido pelo paciente.

ANEXO 8

Sugestão de Reformulação das Normas Técnicas

Cargos estatutários de Municípios, Estados e Governo Federal possuem legislações próprias que em geral exigem “saúde para o cargo” e colhem declaração de “não ser portador de quaisquer enfermidades”. Em geral solicitam “laringoscopia” ou “videolaringoscopia”, ao invés de uma “Avaliação ou Parecer ORL” em auxílio ao médico perito pelo exame admissional.

Esse Consenso orienta que, como rotina, devem os médicos do trabalho e médicos peritos solicitar formalmente (por escrito) uma “Avaliação ou Parecer ORL”, informando os antecedentes, expressando a razão do pedido e necessidades ou questionamentos específicos ao caso.

Ressalte-se que as ações judiciais por doença ocupacional, em geral requerem vultuosas indenizações, podendo comprometer significativamente a saúde financeira da empresa, sem contar os múltiplos aborrecimentos e a tendência da multiplicação destes feitos judiciais num mesmo local de trabalho. Portanto, a correta avaliação no exame admissional e periódico é peça fundamental na garantia e manutenção de saúde do empregado – e da empresa.

Devem ser conhecidas e seguidas:

Lei 6.514 / 77

Determina padrões a serem seguidos e fiscalizados em locais de trabalho, obedecendo condições mínimas de segurança e das condições de trabalho.

Portaria n. 3.214 / 78

Esta Portaria regulamentou a Lei n. 6.514, criando as Normas Regulamentadoras (NR) relativas à segurança e medicina do trabalho, que são de observância obrigatória pelas empresas privadas e públicas que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

N.R. 4 - Serviços especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

Estabelece gradação de risco (de 1 a 4) conforme o tipo de atividade e ambiente de trabalho e não menciona risco vocal. Este Consenso sugere e/ou indica que as diversas atividades profissionais que dependem da voz sejam graduadas de acordo com o risco.

1. Risco inerente (risco “menor” de desenvolver laringopatia) - ex: profissionais liberais;
2. Baixo risco (maior probabilidade) - ex: professores em meio expediente, em adequadas condições ambientais;
3. Risco moderado - ex: professores em tempo integral e/ou inadequadas condições ambientais;
4. Alto risco - ex: atividades que envolvam constante abuso, gritos ou uso da voz em ambiente excessivamente ruidoso e/ou poluído.

Nessa gradação há que se considerar os tipos básicos de profissionais da voz comumente submetidos a uso intensivo da voz (risco clínico moderado e alto):

- a. Uso intenso, constante e prolongado, sem grande exigência de qualidade - professores, advogados, políticos, operadores de tele-atendimento, atendentes, telefonistas, comerciários, alguns profissionais liberais;
- b. Uso intenso, não constante nem prolongado, com grande exigência de qualidade - cantores, professores de canto, regentes de corais, atores, locutores, alguns profissionais liberais;
- c. Uso em múltiplas funções combinadas ou eventuais, amadores sem preparo - cantores que são professores, profissionais liberais que são cantores, uso de voz falada e cantada, uso social intenso de voz (falada), etc.

N.R. 7 - PCMSO

Esta norma estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação do **Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO)**, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, visando a prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce de agravos à saúde relacionados ao trabalho. Atividades previstas para o PCMSO:

- a) Avaliação Médica Admissional;
- b) Avaliação Médica Periódica;
- c) Avaliação Médica por Mudança de Função;
- d) Avaliação Médica para o Retorno ao Trabalho;
- e) Avaliação Médica Demissional;
- f) Fornecimento de Atestados de Saúde Ocupacional (ASO);
- g) Relatórios Estatísticos; Arquivos de Exames.

Os médicos do trabalho são os responsáveis e coordenadores do PCMSO, feito através de:

- Exames clínicos - são aqueles realizados pelo médico no consultório.
- Exames complementares - são os realizados em laboratórios ou por outros profissionais especializados, com o objetivo de prevenir doenças ocupacionais. Os Exames complementares exigem equipamentos específicos e são realizados para auxiliar o atendimento médico. Exemplo: audiometrias, exames de sangue, urina, etc.

Esse Consenso reforça que os médicos responsáveis pelo PCMSO deverão estar atentos às laringopatias ocupacionais e aos riscos e necessidades específicas dos profissionais da voz, desenvolvendo Programas que preservem a saúde vocal dos trabalhadores sob sua responsabilidade.

Ao final do presente anexo o Consenso apresenta duas sugestões de “Anexo II”, específico para as laringopatias relacionadas ao trabalho, baseadas no já existente Anexo I Quadro II, que trata das “Diretrizes e Parâmetros mínimos para avaliação e acompanhamento da audição em trabalhadores expostos a níveis de pressão sonora elevados”.

N.R. 9 - PPRA

Esta norma estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação do **Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA)**, por parte de todos os empregadores, visando a preservação da saúde e segurança dos trabalhadores, através do levantamento dos riscos ambientais existentes nos locais de trabalho.

Grau de Risco e como Identificá-lo:

O grau de risco está ligado ao tipo de atividade da empresa, variando de 1 a 4, definido pela N.R.-4. Desse modo, empresas constituídas apenas por escritórios têm risco 1 e siderúrgicas tem risco 4. A caracterização é feita através do CNPJ da empresa.

O Programa de Prevenção de Riscos Ambientais deverá incluir as seguintes etapas:

- a) antecipação e reconhecimento dos riscos;
- b) estabelecimento de prioridades e metas de avaliação e controle;
- c) avaliação dos riscos e da exposição dos trabalhadores;
- d) implantação de medidas de controle e avaliação de sua eficácia;
- e) monitoramento da exposição aos riscos;
- f) registro e divulgação dos dados.

O PPRA deve estabelecer critérios e mecanismos de avaliação da eficácia das medidas de proteção implantadas considerando os dados obtidos nas avaliações realizadas e no controle médico da saúde previsto na NR 7.

Deverão ser adotadas as medidas necessárias suficientes para a eliminação, a minimização ou o controle dos riscos ambientais sempre que forem verificadas uma ou mais das seguintes situações:

- a) identificação, na fase de antecipação, de risco potencial à saúde;
- b) constatação, na fase de reconhecimento de risco evidente à saúde;
- c) quando os resultados das avaliações quantitativas da exposição dos trabalhadores excederem os valores dos limites previstos na NR 15 ou, na ausência destes os valores limites de exposição ocupacional adotados pela *American Conference of Governmental Industrial Hygienists -ACGIH*, ou aqueles que venham a ser estabelecidos em negociação coletiva de trabalho, desde que mais rigorosos do que os critérios técnico-legais estabelecidos;
- d) quando, através do controle médico da saúde, ficar caracterizado onexo causal entre danos observados na saúde os trabalhadores e a situação de trabalho a que eles ficam expostos.

Para o monitoramento da exposição dos trabalhadores e das medidas de controle deve ser realizada uma avaliação sistemática e repetitiva da exposição a um dado risco, visando à introdução ou modificação das medidas de controle, sempre que necessário.

Deverá ser mantido pelo empregador ou instituição um Registro de Dados, estruturado de forma a constituir um histórico técnico e administrativo do desenvolvimento do PPRA. Os dados deverão ser mantidos por um período mínimo de 20 (vinte) anos. O Registro de Dados deverá estar sempre disponível aos trabalhadores interessados ou seus representantes e para as autoridades competentes.

Essas normas legais consideram ou pretendem:

- a) Melhorar o padrão de vida e do trabalho dos trabalhadores;
- b) Conforto e a saúde no trabalho - são comprovadamente fatores de produtividade.
- c) Os custos com ausências por doenças e suas implicações previdenciárias e legais são muito maiores que o investimento nos programas de segurança e saúde no trabalho determinados pela legislação.
- d) Previne indenizações trabalhistas, em grande parte, milionárias;
- e) Previne os dirigentes da empresa, como pessoa física, da sua responsabilidade criminal, bem como a empresa de sua responsabilidade civil, no caso de ação judicial;

NR 17 - Dos níveis de ruído em ambiente de trabalho.

17.5. - condições ambientais de trabalho

17.5.2. - Nos locais de trabalho onde são executadas atividades que exijam solicitação intelectual e atenção constantes, tais como: salas de controle, laboratórios, escritórios, salas de desenvolvimento ou análise de projetos, dentre outros, são recomendadas as seguintes condições de conforto:

- a) níveis de ruído de acordo com o estabelecido na NBR 10152, norma brasileira registrada no INMETRO.
- b) índice de temperatura efetiva entre 20 e 23 °C.
- c) velocidade do ar não superior a 0,75 m/s.
- d) umidade relativa ao ar não inferior a 40% (quarenta por cento).

17.5.2.1. - Para as atividades que possuem as características definidas no subitem 17.5.2, mas não apresentam equivalência ou correlação com aquelas relacionadas na NBR 10152, o nível de ruído aceitável para efeito de conforto será de até 65 dB e a curva de avaliação de ruído (NC) de valor não superior a 60 dB.

17.5.2.2. - Os parâmetros previstos no subitem 17.5.2 devem ser medidos nos postos de trabalho, sendo os níveis de ruído determinados próximos a zona auditiva e as demais variáveis na altura do tórax do trabalhador.

Lista das Doenças Relacionadas ao Trabalho

Em maio de 1999 o Ministério da Saúde, por sua Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, Coordenação de Saúde do Trabalhador, definiu a "Lista das Doenças Relacionadas ao Trabalho", conforme previsto no Parágrafo 3º, Inciso VII, Artigo 6º da Lei 8.080/90, e o Ministério da Previdência e Assistência Social publicou a mesma lista através do Decreto 3048, de 06/05/99.

Do ponto de vista conceitual, a Comissão de Especialistas em Patologia do Trabalho montada pelo Ministério da Saúde preferiu trabalhar com a compreensão ampla de "doenças relacionadas com o trabalho", o que permitiu a superação da confusa denominação ou – talvez - sutil diferença entre "doenças profissionais" e "doenças do trabalho", presentes na conceituação legal (Lei 8.213/91).

Lista ou relação de doenças profissionais ou do trabalho que seja suficientemente clara e objetiva para todas as partes interessadas:

- a) médicos do Sistema Único de Saúde (SUS), que fazem o diagnóstico destas entidades e o nexo causal entre a lesão e a exposição ao agente;
- b) médicos da Perícia Médica do INSS, a quem compete avaliar a incapacidade laborativa e estabelecer o nexo técnico entre a doença e a existência do agente no trabalho do segurado;
- c) funcionários do INSS a quem compete caracterizar administrativamente as doenças profissionais ou do trabalho;
- d) os segurados da Previdência Social cobertos pelo Seguro de Acidentes do Trabalho (SAT) e/ou seus dependentes.

A ausência de listas ou relações de doenças aumentava a subjetividade das decisões administrativas e técnicas, além de favorecer e estimular a transferência destes conflitos para a esfera judicial.

Os conflitos e mal-entendidos eram agravados pela ausência não apenas dos nomes das doenças reconhecidas para fins do Seguro Social brasileiro, como também de critérios diagnósticos para estas mesmas entidades, bem como de critérios para avaliação da incapacidade laborativa.

Por proposta da Comissão de Especialistas em Patologia do Trabalho, decidiu-se que a lista ou relação de doenças profissionais ou do trabalho deveria, idealmente, ser também desenvolvida e reconhecida pela Previdência Social e deveria utilizar os mesmos nomes e conceituações, assim como os mesmos critérios para caracterização diagnóstica. Estão incluídas pelo menos três categorias:

- 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 nexo 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 é provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida ou pré-existente, ou seja, concausa, tipicadas pelas doenças alérgicas de pele e respiratórias e pelos distúrbios mentais, em determinados grupos ocupacionais ou profissões.

Passíveis de serem mais ou menos correspondentes às laringopatias, e podendo refletir na voz, temos:

- a) Neoplasia maligna da laringe (C32), tendo como agente ou causa o asbesto ou amianto (Z57.2);
- b) Reações ao "Stress" Grave e Transtornos de Adaptação (F43.-), Estado de "Stress" Pós-Traumático (F43.1), tendo como agente ou causa outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho; reação após acidente do trabalho grave ou catastrófico ou após assalto no trabalho (Z56.6); circunstância relativa às condições de trabalho (Y96);
- c) Outros transtornos neuróticos especificados (Inclui "Neurose Profissional") (F48.8), tendo como agentes ou causa problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z56.-); desemprego (Z56.0); mudança de emprego (Z56.1); ameaça de perda de emprego (Z56.2); ritmo de trabalho penoso (Z56.3); desacordo com patrão e colegas de trabalho (condições difíceis de trabalho) (Z56.5); outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6);
- d) Transtorno do Ciclo Vigília-Sono Devido a Fatores Não-Orgânicos (F51.2), tendo como agentes ou causas problemas relacionados com o emprego e com o desemprego; má adaptação à organização do horário de trabalho (Trabalho em turnos ou Trabalho Noturno) (Z56.6); circunstância relativa às condições de trabalho (Y96);
- e) Sensação de Estar Acabado ("Síndrome de Burn-Out", "Síndrome do Esgotamento Profissional") (Z73.0), tendo como agente ou causa ritmo de trabalho penoso (Z56.3); outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6);
- f) Doenças do sistema respiratório relacionadas com o trabalho, tais como a laringotraqueíte aguda (J04.2) ou crônica (J37.1) que têm como agente ou causa o bromo (X49.-; Z57.5) e o iodo (X49.-; Z57.5);
- g) Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, relacionadas com o trabalho; transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional (M70); outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão (M70.8), tendo como agente ou causa posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8), ritmo de trabalho penoso (Z56.3) e condições difíceis de trabalho (Z56.5).

Esse Consenso (através de parte de seu Anexo 4) indica que as laringopatias devam ser incluídas de forma específica na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, mesmo considerando que a voz está sujeita a apresentar alterações não relacionadas ao trabalho e possivelmente relacionadas ao trabalho, estas de forma direta ou indireta:

Alterações vocais não relacionadas ao trabalho:

São as decorrentes de tabagismo, etilismo, refluxo, neuropatias, miodistrofias e miopatias, inflamações específicas e inespecíficas, abuso vocal, mau uso da voz, presbifonia, entre outras.

Exemplos: edema de Reinke, alguns polipos, paralisias, tumorações, leucoplasias, sulcos vocais.

Alterações vocais possivelmente relacionadas ao trabalho:

De forma direta:

Por condições ambientais:

- Competição sonora;
- Baixa temperatura;
- Baixa umidade do ar;
- Poeira, vapores, etc.

Ex.: Laringites crônicas, crônicas agudizadas e de repetição.

Por condições idiossincráticas:

- Abuso vocal (exigência acima do limite pessoal);
- Mau uso da voz (exigência além das possibilidades vocais pessoais, implicando uso inadequado, com falhas na emissão da voz, por falta de treinamento vocal adequado).

De forma indireta:

Agravamento de condições pessoais de mau uso e de abuso, pré-existent ao início da atividade, por:

- Falta de treinamento vocal;
- Stress patológico;
- Insatisfação com o trabalho.

N.R.-7 – Do Anexo II:

Um dos objetivos do Consenso Nacional sobre Voz Profissional é obter o reconhecimento oficial de que as laringopatias e doenças oriundas do uso profissional da voz sejam consideradas ou assemelhadas a uma doença ocupacional.

Há, entretanto, que se atentar para o fato de que muitas das atividades extra-ocupacionais, como hábitos individuais e fatores ambientais, podem estar relacionados, da mesma forma que os gerados pelo trabalho, na gênese de laringopatias em tudo assemelhadas entre si.

Ao contrário das perdas auditivas induzidas pelo ruído, não existem lesões características ou patognomônicas das diversas causas ocupacionais de laringopatias.

Uma forma viável de aperfeiçoamento da assistência prestada ao trabalhador será obter um novo anexo à portaria que regulamenta as Doenças Ocupacionais, seguindo o modelo da Norma Reguladora 7 (NR 7) do PCMSO do Ministério do Trabalho.

Nesse sentido, é Consenso Nacional que o protocolo mínimo de atendimento médico aos profissionais da voz deva incluir algumas rotinas e procedimentos, aqui apresentados em duas fórmulas sugeridas para a criação de um “Anexo II à N.R.-7”:

Sugestão 1:

N.R.-7 Anexo II:

Diretrizes e Parâmetros mínimos para prevenção, avaliação, controle e acompanhamento dos trabalhadores expostos a riscos de desenvolvimento de laringopatias ocupacionais

Art 1º - A presente norma diz respeito à regulamentação sobre o uso da voz como instrumento predominante de trabalho na atividade do trabalhador e o estabelecimento de medidas visando a prevenção, o diagnóstico e a recuperação de laringopatias devidas ou relacionadas ao trabalho.

Art 2º - Voz profissional é a forma de comunicação oral utilizada por pessoas que dependem da voz em sua atividade profissional.

Art 3º - Verificada por meio da análise profissiográfica, a participação da voz como ferramenta predominante ou freqüente no exercício da sua atividade, o trabalhador ao ingressar na empresa obrigatoriamente deverá participar do Programa Nacional de Saúde Vocal - PNSV (ou Programa de Preservação da Voz Profissional - PPVP), desenvolvido diretamente pela empresa ou por outra entidade contratada para essa finalidade.

Art. 4º - São atividades preventivas obrigatórias do PPVP:

§ 1 - No campo da promoção da saúde vocal. (Ações educativas)

São atividades de caráter educativo a serem desenvolvidas durante o processo de admissão, nas empresas que empregam trabalhadores para usar a voz profissional e posteriormente no mínimo a cada ano, como responsabilidade obrigatória da empresa de realizar treinamento/reciclagem dos empregados quanto à utilização de técnicas vocais preventivas de distúrbios vocais e/ou de aperfeiçoamento do uso da voz e da fala como principal instrumento para proteção contra os riscos do uso da voz no trabalho.

Cabe ao Médico coordenador do PCMSO ou ao otorrinolaringologista que realiza o controle dessa atividade, estabelecer a programação anual de treinamento/reciclagem na empresa sob sua responsabilidade.

Esse treinamento/reciclagem deve ser ministrado no horário normal de trabalho por fonoaudiólogo, com o objetivo de transmitir aos trabalhadores conhecimentos teóricos e técnicas práticas para o bom uso da

voz profissional, de acordo com as características da ocupação que lhes é destinada. Além deste conhecimento o programa de educação vocal do trabalhador também deve abranger esclarecimentos gerais sobre princípios de saúde vocal, enfermidades mais prevalentes e sua prevenção e técnicas gerais de condicionamento para o uso da voz.

§ 2 - No campo da proteção das condições vocais. (Ações preventivas).

2.1 - Exame médico admissional;

Tem por finalidade evitar que as condições vocais apresentadas por candidatos a emprego sejam agravadas pelo desempenho da atividade de voz profissional.

Como complemento do exame médico físico e mental, previsto no PCMSO da empresa, deve ser realizada uma avaliação por médico otorrinolaringologista que inclua inspeção do aparelho fonador, e na falta deste pelo médico do trabalho devidamente capacitado, com o fim de verificar se há alguma condição de restrição ou cuidado na utilização da voz profissional.

Os candidatos a profissionais da voz deverão estar capacitados para tal, apresentando o certificado respectivo, obtido em curso de formação especializado. Após a apresentação do certificado deverão ser submetidos a exame médico do aparelho fonador, que deverá apresentar resultado normal, ou que assinale alguma alteração ou patologia não impeditiva ao desempenho do cargo.

Nesse parecer, além da anamnese com o histórico atual e progresso dos aspectos laringológicos que possam comprometer o desempenho da função, devem ser observadas condições como timbre da voz, presença de disfonias, gagueira etc. que dificultem a execução das tarefas.

Para observação das condições do aparelho fonador além da percepção clínica deve ser feito o exame local, empregando, a critério médico, as técnicas de diagnóstico suficientes para tal, desde as mais simplificadas, como a laringoscopia indireta (por meio do espelho de Garcia) às mais avançadas (como a videolaringostroboscopia). Todas as fases do exame devem ser descritas em relatório e incluídas com detalhes na Ficha Médica Admissional do candidato a emprego, permitindo a conclusão final de apto ou inapto para a função, de competência do médico do trabalho.

2.2 - Exame médico periódico:

- a) Fica estabelecida a obrigatoriedade do preenchimento do Questionário de Auto-avaliação como parte integrante dos exames médicos ocupacionais no controle de saúde dos profissionais da voz. A auto-avaliação deve preceder qualquer outro procedimento clínico invasivo ou não na avaliação do sistema fonador
- b) Deve ser realizado anualmente de acordo com o esquema estabelecido pelo médico coordenador, com o objetivo de verificar as condições do aparelho fonador seguindo em princípio o mesmo esquema do exame médico admissional. Se o médico examinador verificar qualquer sinal ou sintoma de anormalidade que possa comprometer o desempenho vocal, deverá encaminhar o trabalhador para obtenção de parecer por médico otorrinolaringologista e confirmação de diagnóstico. Todos os exames complementares solicitados, bem como o laudo do especialista, devem ser transcritos na ficha médica de continuação e o resultado positivo ou negativo arquivado no prontuário médico do trabalhador. Cópias dos resultados dos exames devem ser fornecidos ao trabalhador.
- c) Identificados pelo otorrinolaringologista indícios ou propensão para laringopatias (alterações, disfunções e/ou enfermidades laríngeas, do aparelho fonador ou de qualquer outro sistema orgânico que possa repercutir na voz e na fala), deve o médico coordenador do PCMSO, quando houver, ou o médico responsável pelo exame periódico, verificar se esta condição está relacionada ao trabalho. Caso conclua o diagnóstico como doença ocupacional, deverá seguir o disposto na NR-7. Nestes casos, após o tratamento e a alta, o profissional da voz deverá ser encaminhado para orientação preventiva, com o objetivo de evitar recidivas das enfermidades. Não será permitido o retorno ao mesmo posto de trabalho se as condições do mesmo não se enquadrarem no disposto no item 3 desta norma.
- d) Caso não se configure o acidente de trabalho, cabe ao otorrinolaringologista indicar o tratamento médico ou complementar (fonoaudiológico e outros) necessário para a recuperação da voz. Nesse caso a empresa enviará o paciente para tratamento no sistema público de saúde (SUS) ou ao seu sistema de seguro saúde próprio, se dispuser do mesmo, sem que haja impedimentos a que a empresa tome a iniciativa de providenciar e viabilizar tais intervenções, por sua conta, se achar conveniente.

2.3 - Outros exames médicos ocupacionais

Serão realizados de acordo com as rotinas estabelecidas na NR-07.

§ 3 - O PPVP e o ambiente de trabalho.

O ambiente onde trabalham pessoas que empregam voz profissional deve obedecer aos seguintes requisitos:

3.1 - não deve apresentar níveis de pressão sonora, no posto de trabalho, que sejam superiores a 75 dBA de modo contínuo ou 80 dBA de forma intermitente. São admitidas doses equivalentes a até 85 dBA para trabalhos com duração de até 3 horas como jornada de trabalho para cada período de 24 horas. O trabalho deve ser suspenso quando o nível de pressão sonora for superior a 90 dBA (observar NR-17, supra-citada).

3.2 - Não devem estar presentes no ambiente de trabalho outros agentes ambientais desfavoráveis, principalmente os químicos e biológicos.

3.3 - A qualidade do ar condicionado, quando houver, deverá estar de acordo com as normas específicas para condicionamento de ar, instituídas pelo Ministério do Trabalho e do Emprego (MTE).

3.4 - A exigência vocal para o trabalho: a jornada dos profissionais da voz não deve ultrapassar 6 horas diárias sem o uso de equipamentos de amplificação.

É obrigatório o fornecimento de sistemas de amplificação de voz para os profissionais que atuam em auditórios e salas de aula, sendo considerado um EPI.

3.5 - A acumulação de dois ou mais cargos com uso profissional da voz consiste em aumento do risco ocupacional devendo ser objeto de declaração compulsória ao empregador, sob pena de responsabilidade, consistindo na adequação do processo de trabalho que envolve o desenvolvimento de tecnologias de ergonomia, engenharia de segurança, acústica, amplificação sonora, entre outros.

(Obs: estes itens podem ser úteis para que os empregadores saibam como deve ser o ambiente e a organização do trabalho, contribuindo para diminuir o conflito no momento de reconhecer ou afastar onexo causal e a necessidade de fiscalização ou atuação pelo MTE. Pode-se supor que caso não existam normas claras sobre como deve ser o trabalho, teremos nas laringopatias e distúrbios da voz uma nova fonte de desavenças, semelhante ao que ocorre nas DORT)

3.6 - O emprego das técnicas de fonoterapia é de fundamental importância nesta fase da prevenção, para auxiliar no adequado uso da voz e da fala, em especial para aprendizagem da voz profissional, reduzindo o esforço vocal, e desse modo garantindo melhor desempenho, qualidade e resistência fonatórias.

§ 4 - As condições para diagnóstico no PPVP.

4.1 - Sintomas de laringopatias evidenciados na vigência de qualquer modalidade de contrato de trabalho somente terão validade por meio do diagnóstico da alteração e do relatório realizado por médico otorrinolaringologista, cabendo ao médico do trabalho em vista do parecer exarado estabelecer, ou não, a respectiva caracterização do nexocom a ocupação exercida pelo trabalhador, e se for o caso, propor somente o afastamento do trabalho ou também a emissão da CAT. A presença de postos de trabalho adequados conforme o item 3 desta norma, profissionais capacitados legalmente e treinados conforme determina a lei, devem ser levados em consideração para o estabelecimento do diagnóstico etiológico e, portanto, do nexocausal.

Art. 5º - São atividades e condições para recuperação da saúde vocal (assistência médica e tratamento especializado) que compõe o PPVP:

§ 1 - As atividades e condições de recuperação da saúde vocal consistem na garantia, além do acesso ao diagnóstico, acompanhamento e assistência médica, na garantia do emprego, por indicação médica, de técnicas fonoaudiológicas complementares, ou, no caso de cantores, de técnica vocal específica para o Canto e de todo o arsenal especializado dirigido para recuperação da capacidade vocal do profissional da voz.

§ 2 - Diante da evidência da presença de laringopatias (alterações, disfunções ou enfermidades) o profissional da voz deve ser encaminhado a tratamento e conforme o caso, afastado do trabalho, no auxílio doença ou no auxílio acidente, para recuperação da sua saúde vocal.

§ 3 - O diagnóstico precoce e a instituição imediata do tratamento são condições desejadas para o êxito da recuperação do profissional da voz. Também estão envolvidos nessa área os encaminhamentos a serviços médicos de Otorrinolaringologia e seus conexos que mantenham boas condições físicas de funcionamento, com pessoal técnico capacitado e condições para oferecer atendimento adequado em termos de tempo de espera e qualidade, viabilizando intervenção precoce sobre as diversas alterações, disfunções e/ou enfermidades que possam repercutir na voz e na fala, antes de seu agravamento, minimizando as licenças ou afastamentos do trabalho.

§ 4 - Na presença de laringopatias (disfunções, doenças ou acidentes) relacionadas ao trabalho, as unidades públicas de saúde devem contar para seu atendimento com equipes capacitadas para seu atendimento que tenham condições técnicas para intervir, diagnosticar e corrigir tais problemas, definindo a conduta terapêutica apropriada para cada caso, de modo a viabilizar alternativas para garantir o retorno do profissional da voz ao trabalho, da forma mais adequada possível.

§ 5 - Fica facultado às empresas encaminhar os profissionais da voz a instituições e serviços particulares desde que tenham condições técnicas para intervir, diagnosticar e corrigir os problemas que se apresentem, definindo a conduta terapêutica apropriada para cada caso, de modo a viabilizar alternativas para garantir o retorno do profissional da voz ao trabalho.

§ 6 - Após diagnóstico médico e considerando a indicação terapêutica de medicamentos, cirurgias ou técnicas complementares, deve-se avaliar a viabilidade de permanência do profissional da voz em sua ocupação ou em seu ambiente de trabalho ou a necessidade de reduzir sua carga de trabalho vocal ou afastá-lo de suas atividades, temporária ou definitivamente, para outras funções que não exijam o uso por tempo prolongado da voz.

Art 6º - São atividades de reabilitação que integram o PPVP:

§ 1 - Após o tratamento das laringopatias e havendo indicação médica de reabilitar o profissional da voz para o exercício da mesma atividade por meio de técnica fonoaudiológica, o mesmo será encaminhado ao setor respectivo do SUS para ser submetido ao programa e acompanhamento especializado com esse objetivo.

§ 2 - Caso não seja possível o seu retorno à mesma atividade, deverá o mesmo ser treinado (readaptado) para o desempenho de uma atividade mais compatível com suas habilidades atuais.

Sugestão 2:

N.R.-7 Anexo II:

Diretrizes e Parâmetros mínimos para prevenção, avaliação, controle e acompanhamento dos trabalhadores expostos a riscos de desenvolvimento de laringopatias ocupacionais.

1. OBJETIVOS:

- 1.1 Estabelecer diretrizes e parâmetros mínimos para avaliação, controle, prevenção e acompanhamento da voz profissional, através de exames médicos gerais e otorrinolaringológicos, complementares, fonoaudiológicos e de canto, de referência e seqüenciais;
- 1.2 Fornecer subsídios para adoção de programas que visem a manutenção da saúde do aparelho fonador (Saúde Vocal) e a prevenção das laringopatias;
- 1.3 Criação de Programa de Prevenção das Laringopatias de origem ocupacional e Conservação da Voz Profissional.

2. DEFINIÇÕES E CARACTERIZAÇÕES:

- 2.1 Entende-se por voz profissional a forma de comunicação oral, utilizada por indivíduos que dela dependem para sua atividade ocupacional;
- 2.2 Entende-se por alterações vocais induzidas todo e qualquer distúrbio da qualidade vocal decorrente de fatores orgânicos e/ou funcionais;

- 2.3 Para avaliação da voz profissional é recomendável e, na maior parte dos casos, necessária, a avaliação multiprofissional, integrada e hierarquizada de acordo com as respectivas atribuições e competências;
- 2.4 Entende-se por avaliação otorrinolaringológica e da voz (nesse caso, também fonoaudiológica e/ou de canto, quando cantor), o conjunto de procedimentos necessários para avaliação do aparelho fonador e da voz do indivíduo que utiliza a voz como instrumento de trabalho.
- 2.4.1. Procedimentos na avaliação médica:
(por clínico ou otorrinolaringologista, conforme o caso)
- Anamnese clínico-ocupacional, detalhando aspectos da voz;
 - Exame otorrinolaringológico geral;
 - Exames laringoscópicos;
 - Exames complementares a critério médico;
 - Avaliação por outros profissionais médicos ou não-médicos.
- 2.4.2. Procedimentos na avaliação da voz:
(por fonoaudiólogo e/ou professor de Canto, conforme o caso)
- Histórico e anamnese da voz
 - Avaliação funcional da voz falada
 - Avaliação da técnica de canto
- 2.5 Todos os trabalhadores expostos a riscos ou situações de trabalho que impliquem no desencadeamento ou agravamento de alterações vocais devem ser submetidos a avaliação otorrinolaringológica e de aspectos específicos de sua voz (falada e/ou cantada) no momento de:
- admissão;
 - periodicamente;
 - mudança de função;
 - retorno ao trabalho;
 - demissão.
- 2.5.1 Considerações:
- A mesma metodologia das avaliações deverá ser adotada no exame admissional e no demissional.
 - As avaliações em situações de retorno ao trabalho e mudança de funções ficarão a critério do médico coordenador do Programa de Controle Médico de Saúde ocupacional.
 - As avaliações periódicas deverão seguir os critérios:
 - Para trabalhadores expostos a riscos ou situações de trabalho que impliquem no desencadeamento ou agravamento de doenças ocupacionais relativas à voz, ou, ainda, aqueles que sejam portadores de laringopatias ou doenças crônicas relacionadas à voz, os exames deverão ser repetidos a critério do médico coordenador do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), de acordo com a demanda vocal e o quadro clínico do trabalhador.
 - Atentar às recomendações conforme grupos homogêneos de exposição e/ou de morbidade.
 - A cada ano, ou a intervalos menores, a critério do médico encarregado do PCMSO
 - Anual para trabalhadores com idade abaixo de 18 (dezoito) e acima de 45 (quarenta e cinco) anos.
 - A cada dois anos para os trabalhadores entre 18 (dezoito) e 45 (quarenta e cinco) anos de idade.
 - Para os trabalhadores que, durante a admissão, não tenham sido submetidos a avaliação otorrinolaringológica e fonoaudiológica (e por professor de canto, quando cantor), serão considerados, como referência, os exames realizados na 1ª avaliação e os demais como sequenciais.
 - As avaliações periódicas deverão ser realizadas em até 24 horas após a jornada de trabalho sem a necessidade de repouso vocal.
 - Quando houver necessidade, o médico do trabalho e/ou o otorrinolaringologista e/ou o fonoaudiólogo e/ou o professor de canto solicitarão avaliação de outros profissionais habilitados na área.
 - Sugere-se que o médico responsável pelo Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) implante um programa de conservação da saúde vocal.

3. PRINCÍPIOS E PROCEDIMENTOS BÁSICOS PARA AVALIAÇÃO DE PROFISSIONAL DA VOZ

3.1 - Avaliação otorrinolaringológica

3.1.1 - Anamnese clínico-ocupacional

Nome idade.....sexo..... data / .. / Nome da mãe.....

Procedência étnica..... Profissão

RG.....Órgão emissor

Profissional da voz há quanto tempo? Carga horária média: h / dia

Outra atividade profissional? Atividade extra-ocupacional com o uso da voz?

Relata problema vocal? sim () não ()

Disfonia : presente () ausente ()

Queixas relacionadas ao uso profissional da voz:

Se disfonia está presente:

Início : repentino progressivo

Há quanto tempo apresenta disfonia?

A disfonia é constante? sim () não ()

A disfonia é intermitente? sim () não ()

A disfonia persiste por qual período?

Frequência de ocorrência da disfonia Semanal () Mensal () Outros.....

Fatores desencadeantes

- () Abuso vocal
- () Infecções das vias aérea superiores (nariz e garganta)
- () Stress e tensão emocional
- () Alergia
- () Outros.....

Fatores agravantes (se utiliza e quanto)

- () Tabaco: há quanto tempo?..... quantidade cigarros / dia
- () Álcool : frequência quantidade
- () Outros fatores

Fatores de melhora (se utilizou e apresentou melhora)

- () Repouso vocal
- () Fonoterapia
- () Medicamentos
- () Cirurgia

Ambiente de trabalho

- () seco / ar condicionado
- () fechado / fumantes
- () ruidoso
- () poeira e outros inalantes
- () outros

Hábitos

- () alimentar-se tarde da noite
- () deitar após as refeições
- () pigarrear / limpar a garganta frequentemente
- () sussurrar com frequência
- () cantar
- () rir e falar alto
- () outros

Antecedentes mórbidos pessoais

- () anormalidades das vias aero-digestivas superiores
- () esofagite, gastrite ou úlcera péptica
- () cirurgias prévias

Doenças concomitantes:

- () alergias (rinite alérgica, asma, outros)
- () doença do refluxo gastroesofágico
- () otológicas
- () diabetes
- () hormonais (por ex. tireoideanas)
- () cardiovasculares

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> doenças neurológicas | <input type="checkbox"/> doenças psiquiátricas |
| <input type="checkbox"/> estado gripal frequente | <input type="checkbox"/> outras |
| <input type="checkbox"/> doenças pulmonares | |

Uso de medicamentos

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> anti-histamínico | <input type="checkbox"/> anabolizantes |
| <input type="checkbox"/> anti-hipertensivo | <input type="checkbox"/> ansiolíticos |
| <input type="checkbox"/> antiarrítmico | <input type="checkbox"/> antidepressivos |
| <input type="checkbox"/> antiácido | <input type="checkbox"/> corticosteróides |
| <input type="checkbox"/> hormônios tireoideanos | <input type="checkbox"/> outros..... |
| <input type="checkbox"/> reposição hormonal | |

3.1.2 . Exame otorrinolaringológico geral: boca, orofaringe, nariz, ouvidos, cabeça, pescoço e outros.

3.1.3 – Avaliação laringoscópica.

Obs: A adoção do método fica a critério do médico assistente, recomendando-se que, quando possível, o exame laringoscópico tenha imagem e som arquivados, informando-se os equipamentos utilizados.

3.1.3.1 – Laringoscopia indireta (espelho de Garcia) ou tele-laringoscopia (endoscópio rígido, via oral)

Respiração silenciosa

Emissão das vogais

Emissão sustentada por 5 seg da vogal /e/ ou /i/, modal, agudo e grave. Forte e fraco.

Emissão repetida do /i//i//i/ - diadococinesia. Repetir 3 vezes.

Emissão da vogal /i/ respirar /i/ respirar /i/ /i//i//i/

Fonação inspiratória emissão da vogal /i/ durante a inspiração.

Emissão da vogal /i/ em escala ascendente e descendente.

3.1.3.2 - Nasofibrosopia com luz contínua, com ou sem vídeo (sugestões de tarefas a serem solicitadas).

Acrescente-se a emissão da vogal /i/ em escala ascendente e descendente e trechos de fala encadeada.

3.1.3.3 - Protocolo para avaliação videolaringoestroboscópica (vide grupo 8)

3.2 - Avaliação da voz falada (vide grupo 8)

4. PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO PROFISSIONAL DA VOZ CANTADA

Parâmetros da anamnese

- a) Há quanto tempo canta?.....
- b) Já fez alguma aula de canto? Fonoterapia? Por quanto tempo? Por que?
- c) Ainda faz Fonoterapia? (Caso afirmativo, com quem? Nome e telefone)
- d) Qual sua carga horária de canto?
- e) Descreva seu ambiente de trabalho:.....
- f) Posição de trabalho (sentado / em pé):
- g) É acompanhado por uma banda? Quantos e quais instrumentos?.....
- h) Você toca algum instrumento?.....
- i) Tipo de roupa usado nas apresentações ?.....
- j) Hábitos Diários:.....
- k) Hábitos nocivos:
- l) Saúde geral (algum problema de saúde?):
- m) Depois de cantar sente dor ou cansaço (em que parte?)
- n) Queixas vocais no canto (disodias).Deixar a pessoa relatar. Não estipular parâmetros.
- o) Personalidade – Perceber características durante a entrevista.
É importante tentar definir o tipo de personalidade com a qual o professor vai lidar, para que a aula atenda às necessidades de cada aluno: () Introverso () Extroverso () Seguro () Inseguro

5. CONDUTAS PREVENTIVAS

6.1 – Riscos inerentes ao conteúdo humano - predisponentes.

Riscos inerentes ao ambiente - agravadores.

(Observar grupo 5)

6.2 – Programa de Aprimoramento, Controle e/ou Prevenção

6.2.1 – Programa de adequação e adaptação à jornada de trabalho;

6.2.2 – Aquecimento e desaquecimento;

6.2.3 – Condicionamento Ambiental;

6.2.4 – Etapa de educação de hábitos pessoais intervenientes na voz profissional;

6.2.5 – Reciclagem de qualificação vocal

PARA INCLUSÃO NA LEGISLAÇÃO PREVIDENCIÁRIA E ANEXO DE RECONHECIMENTO PARA AUXILIO-ACIDENTE E INCLUSÃO NA LISTA A E B DA LEI 8213/91 E DECRETO 3048/99

1 - Inclusão de diagnósticos que contemplem as laringopatias e a voz nas suas diversas alterações e graus, com repercussão na capacidade laborativa (incapacidade temporária e definitiva);

2 - Criar norma previdenciária que inclua os procedimentos de reconhecimento de capacidade laborativa, incapacidade laborativa e fixação de nexos causal e técnico, para o reconhecimento de direito inicial do trabalhador visando a concessão de benefícios previdenciários;

3 - Essa proposta de alteração dos diplomas legais proporcionará a geração de estatística real, dimensionando o problema de forma nacional, auxiliando a fundamentar e redirecionar as políticas nacionais de saúde pública.

- § -

ANEXO 9

Proposta de Legislação Federal

Projeto de Lei Federal proposto pelo Consenso: a “Lei da Voz”

Substitutivo ao Projeto de Lei Nº 1128, de 2003
(PL de Autoria do Deputado Federal Carlos Abicalil)

"Dispõe sobre a criação do Programa Nacional de Saúde Vocal e dá outras providências".

Art. 1º – Fica instituído o Programa Nacional de Saúde Vocal que deverá ser adotado por todos os setores que empreguem profissionais da voz.

Parágrafo Único - Voz profissional é a forma de comunicação oral utilizada por indivíduos que dela dependem para sua atividade ocupacional.

Art. 2º – O Programa Nacional de Saúde Vocal abrangerá:

I – Programa de prevenção:

Consiste na realização, por profissionais legalmente especializados e capacitados para esse fim, de ações preventivas individuais, coletivas e ambientais em instituições, públicas ou privadas, onde se realiza trabalho com uso de voz profissional, com a finalidade de identificar indícios ou propensão para o desenvolvimento de laringopatias de origem ocupacional – o conjunto de sinais, sintomas, disfunções e enfermidades do aparelho fonador, que possam ter origem no uso inadequado da voz, tipo de atividade e/ou na exposição ambiental, ou refletir em sua função e nas condições de uso da voz no trabalho, em termos de qualidade, estabilidade e resistência;

§ 1º – A avaliação e o diagnóstico das condições individuais do aparelho fonador serão realizadas por médico otorrinolaringologista e/ou médico do trabalho a quem caberá a coordenação das atividades do programa preventivo nas instituições onde se realiza trabalho com voz profissional. A avaliação ambiental é de competência da engenharia de segurança, que também deve estabelecer as medidas para condicionar um ambiente salubre com a finalidade de evitar e controlar os riscos ambientais.

§ 2º – As avaliações dos indivíduos e do ambiente de trabalho serão realizadas por equipe multiprofissional de diagnóstico coordenada por profissionais médicos, preferencialmente otorrinolaringologistas e/ou médicos do trabalho, com a participação, conforme o caso, de fonoaudiólogos, professores de Canto ou instrutores de Técnica Vocal, de Dicção e Oratória, engenheiros de segurança, ergonomistas e outros profissionais que se façam necessários, todos atuando conforme respectivas atribuições, competências e limites legais.

§ 3º – Diante da evidência da presença de laringopatias, as unidades do Sistema Unificado de Saúde (SUS) deverão contar com pessoal especializado que disponha de condições técnicas para intervir no sentido de avaliar e corrigir tais problemas, definindo uma orientação apropriada para cada caso e viabilizando alternativas para garantir a efetivação ou a continuidade da atividade do profissional da voz.

II – Programa de capacitação:

Os profissionais da voz, em especial os de maior risco, deverão receber, em horário de trabalho, ao início da atividade, e em periodicidade a critério do coordenador do PCMSO, palestras ministrada por médicos e fonoaudiólogos que lhes forneçam conhecimentos teóricos e práticos a respeito dos princípios da saúde vocal, prevenção, enfermidades, tratamentos, terapias e o uso mais adequado possível da voz profissional;

§ 1º – Essas palestras comporão o Curso de Informação Vocal (CIV) de caráter preventivo e informativo, regulamentado pelos Ministérios da Educação e do Trabalho e do Emprego, e será ministrado após exame médico do aparelho fonador e avaliação da voz, com resultado normal ou que assinala alguma alteração não limitante e sem risco significativo de agravamento. Somente poderão ser admitidos para cargos com uso profissional da voz os profissionais portadores de Certificado de CIV, a ser expedido por órgão especializado, seguindo protocolo a ser definido.

(Obs: a exigência de capacitação prévia à admissão evita que as empresas tenham que realizar triagens caras em grupos numerosos de candidatos não habilitados ao uso da voz ou admitir pessoas incapazes para este tipo de trabalho, como ocorre com frequência na área de tele-atendimento. Há que se definir quais órgãos oferecerão esses cursos, qual a sua validade e se de fato há benefícios em tornar essa capacitação obrigatória, ou se bastaria estimular essa formação, oferecendo um adicional aos que frequentassem tais palestras de caráter informativo e preventivo anualmente)

§ 2º – São considerados profissionais de maior risco os que utilizam a voz como instrumento predominante de trabalho de forma contínua ou intermitente de maneira intensa, comum na atividade de professor, vendedor ambulante, operador de tele-atendimento (marketing), telefonista, cantor e locutor, entre outros, em período superior a 4 (quatro) horas diárias seguidas, ou, com interrupções mesmo em tempo superior, em locais sem adequado condicionamento ambiental, a serem regulados por portaria do Ministério do Trabalho;

§ 3º – Como parte integrante das ações de capacitação, os Cursos de Formação de professores, advogados e de profissionais da voz de maior risco deverão conter em suas diretrizes curriculares conhecimentos sobre saúde vocal ministrados por médicos e fonoaudiólogos.

Opção a considerar:

§ 3º – Como parte integrante das ações de capacitação, os Cursos de Formação de profissionais de maior risco, que habitualmente usam a voz como instrumento de trabalho (professores, advogados, cantores, telefonistas, operadores de tele-atendimento, profissionais de marketing direto, vendedores, etc.) deverão exigir o Certificado de Profissional da Voz antes da matrícula em seus quadros, além de conter em suas diretrizes curriculares matéria que proporcione conhecimentos sobre Saúde Vocal, ministrados por médicos e fonoaudiólogos.

(Obs: visa-se evitar que pessoas incapazes para trabalhar com a voz sejam surpreendidas com uma reprovação num exame admissional, como por exemplo um professor disfônico crônico que somente percebe que não vai poder dar aulas após a conclusão do curso, quando na realidade deveria ter sido tratado antes ou durante o curso).

III – Programa de proteção:

Consiste na adequação do processo de trabalho que envolve o desenvolvimento de tecnologias de Ergonomia, Engenharia de Segurança, Salubridade Ambiental, Acústica, Amplificação sonora, Medicina e Fonoaudiologia em geral para auxiliar o uso da voz e a fala, em especial para o ensino e a aprendizagem, reduzindo o esforço vocal para garantir melhor desempenho, qualidade e resistência fonatórias.

IV – Programa de diagnóstico precoce e de recuperação.

Consiste na estruturação e manutenção de serviços médicos em Otorrinolaringologia e áreas conexas no Sistema Único de Saúde, que tenham condições estruturais e de funcionamento, dispoendo de pessoal e capacidade de prestar serviços e oferecer atendimento adequado em curto tempo de espera e com qualidade, viabilizando intervenção precoce sobre as diversas laringopatias de origem ocupacional, antes de seu agravamento, minimizando eventuais licenças ou afastamentos prolongados.

V – Programa de reabilitação.

Consiste na garantia, além de acesso ao diagnóstico, ao acompanhamento e assistência médica e a aplicação de técnicas fonoaudiológicas complementares, ou, se for o caso de cantores, de técnica vocal para o Canto, para reabilitação dos profissionais acometidos por laringopatias;

§ único - Após diagnóstico médico e considerando a indicação terapêutica de medicamentos, cirurgias ou terapias complementares, deve-se avaliar a viabilidade da permanência do profissional em sua atividade ou a necessidade de reduzir ou afastá-lo de suas funções, temporária ou definitivamente, podendo, conforme o caso, readaptá-lo em outra atividade que não exija o uso por tempo prolongado da voz, ou seja, mais de 6 (seis) horas diárias, contínuas ou intermitentes.

Art. 3º – Caberá ao Ministério da Educação e ao Ministério da Saúde a formulação de diretrizes para viabilizar a plena execução do Programa Nacional de Saúde Vocal.

Art. 4º – O Programa Nacional de Saúde Vocal terá caráter preventivo, curativo e reabilitador. Quando detectada alguma laringopatia, será garantido ao profissional da voz o pleno acesso ao diagnóstico e tratamento médico e à reabilitação julgada necessária e indicada pela equipe de diagnóstico, e à intervenção preventiva e corretiva sobre o ambiente de trabalho, se considerado insalubre.

Art. 5º – Será considerado acidente do trabalho o caso de profissional da voz que tenha comprovado por meio de laudo médico pericial especializado oficial, uma relação de causalidade entre sua atividade e o

desenvolvimento de enfermidade que afete a qualidade e/ou a resistência de sua voz. por uma laringopatia de forma transitória, permanente e ou irrecuperável.

§ 1º - O laudo deverá levar em conta se:

- a) o número de horas trabalhadas excede a 6 (seis) horas diárias na instituição reclamada;
- b) as condições ambientais do local de trabalho estão dentro das normas específicas a serem fixadas pelo Ministério do Trabalho;
- c) as atividades do profissional fora do ambiente de trabalho e outros agentes etiológicos são capazes de causar a enfermidade.

§ 2º - Nos casos em que forem constatadas condições ambientais adequadas, cumprindo regulamentação do Ministério do Trabalho e do Emprego, carga horária adequada, profissional capacitado e treinamento de acordo com a legislação, não será reconhecido o nexo causal entre o trabalho e a patologia, já que o agente etiológico estará ausente no posto de trabalho.

Art. 6º – Fica instituído o dia 16 de abril como Dia Nacional da Voz, devendo ser priorizada, em especial nessa data, campanha que estimule a prevenção e o diagnóstico precoce e informe a população a respeito das diversas laringopatias – desordens, alterações, disfunções e/ou enfermidades laríngeas, do aparelho fonador ou de quaisquer outros sistemas orgânicos que possam repercutir na voz e na fala, ou sejam causadas pelo mau uso ou abuso da voz.

Sala das Sessões, em de de 2004.

Deputado X

JUSTIFICATIVA

O Consenso Nacional sobre Voz Profissional, realizado entre 2001 e 2004, sob a promoção de várias entidades médicas como a Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-facial e a Associação Nacional de Medicina do Trabalho, sob os auspícios da autarquia federal Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, estabeleceu definição de VOZ PROFISSIONAL como sendo a forma de comunicação oral utilizada por indivíduos que dela dependem para sua atividade ocupacional.

Nesse mesmo fórum médico foi assinalado que as enfermidades vocais relacionadas ao trabalho têm importante impacto social, econômico, profissional e pessoal, e representam prejuízo estimado superior a duzentos milhões de reais ao ano, apenas em termos de professores afastados, em nosso País. Estabeleceu-se a definição de LARINGOPATIA RELACIONADA AO TRABALHO como melhor representando o quadro de sinais e sintomas (ou síndrome) resultante do conjunto de quaisquer alterações, disfunções e/ou enfermidades laríngeas, do aparelho fonador ou de quaisquer outros sistemas orgânicos que possam repercutir na voz e na fala ou sejam causadas pelo mau uso ou abuso da voz. Esta plenária médica também indicou que não seja utilizada a expressão “disfonia ocupacional” e muito menos proposta sua inclusão como “doença ocupacional” ou “decorrente do trabalho”, por representar apenas um dos muitos sintomas que podem compor uma síndrome de laringopatia ocupacional, e que devem ser considerados pelo médico em sua elaboração diagnóstica e definição da conduta terapêutica ou médico-pericial.

Tal Consenso afirma que o emprego de pequena parte dessa quantia em medidas educativas, preventivas e curativas reduziria esse desperdício de forma significativa, e apela pela necessidade de sensibilizar governantes de todos os níveis, legisladores, administradores públicos e privados, empresários e os próprios trabalhadores, quanto às conseqüências do não investimento em condições adequadas de trabalho para os profissionais que utilizam a voz profissional, e ressalta a importância de exames preventivos, educação, capacitação e aperfeiçoamento vocal, diagnóstico, tratamento precoce e práticas reabilitadoras de eventuais problemas.

As laringopatias de origem ocupacional representam uma série de sinais, sintomas, disfunções e enfermidades do aparelho fonador, primárias ou secundárias, que possam refletir em sua função e no uso da voz no trabalho, em termos de qualidade, estabilidade e resistência.

Segundo o Consenso Nacional sobre Voz Profissional, o uso intensivo da voz refere-se ao emprego da voz de forma mais contínua e intensa, comum na atividade de professores, vendedores ambulantes, operadores de atendimento (marketing), telefonistas, cantores e locutores, entre outros, em período superior a 6 (seis) horas ao dia, ou, mesmo em tempo inferior, em ambientes mais exigentes, seja por exposição a níveis elevados de pressão sonora (barulho), como em salas de aula sem isolamento acústico e junto a vias públicas que gerem competição sonora e/ou sob exposição a fatores ambientais como ar seco, úmido, vento, frio, calor, poeira, mofo, odores, vapores, substâncias voláteis

ou quaisquer agentes de poluição que possam levar a fadiga precoce, exigir maior esforço muscular e/ou respiratório na emissão vocal e/ou afetar a integridade mucopitelial das vias aero-digestivas superiores.

Muitas atividades, em especial o magistério, exigem sobremaneira da voz, que, se não executada adequadamente, coloca o profissional em situação de risco ocupacional. Em geral, as alterações do aparelho fonador podem repercutir na conduta vocal do trabalhador, prejudicando também o aluno em sua aprendizagem, em função da dificuldade de compreensão da mensagem recebida e da possível influência desse mau modelo vocal em sua própria expressão oral.

O Programa Nacional de Saúde Vocal (PNSV) terá como objetivo prevenir a ocorrência de prejuízos à saúde vocal, promover o bem-estar no trabalho dos profissionais da voz em geral, e, por consequência reduzir os afastamentos e readaptações, tanto em número de trabalhadores, quanto na duração do tempo da licença solicitada e indicada.

Além do ganho nas condições normais e qualidade de vida dos profissionais e na sua produtividade, e, no caso dos professores, na qualidade objetiva do ensino, a atuação dos Programas mencionados no PL acima (Prevenção; Capacitação; Proteção, Diagnóstico Precoce, Tratamento e Recuperação) alcançará os objetivos propostos, resultando na redução dos gastos com contratações temporárias de profissionais substitutos e/ou estagiários, e também com os funcionários afastados de seus cargos.

Nesse sentido, como estímulo eficaz à prevenção e melhora das condições técnicas e ambientais disponíveis nos postos de trabalho, há que se compensar os profissionais da voz que sofram de enfermidade que afete a qualidade e/ou a resistência de sua voz, e que obtenham comprovação médico-pericial oficial, em laudo elaborado por especialista em Medicina do Trabalho, auxiliado por médicos otorrinolaringologistas e/ou de outras especialidades e profissões, como fonoaudiólogos, que alcance atestar qual seja a laringopatia e confirme a existência de relação de causalidade entre a atividade profissional e o desenvolvimento da alteração do aparelho fonador.

Portanto, esta lei define que parte das enfermidades que afetam o aparelho fonador e a voz podem ser consideradas doenças profissionais ou Laringopatias Relacionadas ao Trabalho, e pretende estender aos profissionais os benefícios previdenciários e legais como um todo, tais como os adicionais legais previstos em lei sobre sua remuneração, em vista da insalubridade à qual tais profissionais estejam ou tenham sido expostos.

Desde o ano de 1999 as entidades médicas nacionais e estaduais da área de Otorrinolaringologia instituíram o Dia Nacional da Voz, e dedicam-se nesta data, ou na semana que inclui esse dia, à divulgação de aspectos preventivos e curativos relacionados à voz, informando e divulgando amplamente, através de todos os meios de comunicação existentes, que as alterações da voz, assim como o pigarro, a tosse, a dor ou a dificuldade em engolir, entre outros sintomas, podem representar aviso de enfermidades mais graves, como o câncer da laringe ou da faringe.

Essa campanha anual, que inclui em anos alternados um mutirão de atendimento gratuito a dezenas de milhares de pessoas, e já contou com a participação voluntária de personalidades como Xuxa, Patricia Pillar, Fernanda Abreu, Toni Garrido, Marília Pera, Leila Pinheiro, Thalma de Freitas, Gabriel Pensador, Pelé, Parreira e Lima Duarte, entre outros, foi adotada em 2003 por organizações médicas de todo o mundo, que assumiram o mesmo dia 16 de abril como sendo o Dia Mundial da Voz. Portanto, justifica-se que uma iniciativa brasileira que contagiou o mundo, criada que foi por um médico otorrinolaringologista gaúcho, Prof. Dr. Nédio Steffen, seja oficialmente reconhecida e integre de forma justa, necessária e definitiva, o calendário nacional brasileiro.

Sala das Sessões, em de de 2004.
Deputado

- § -

ABL V
ACADEMIA BRASILEIRA DE LARINGOLOGIA E VOZ
ABORL-CCF
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL
Av. Indianópolis 740 - Moema - São Paulo SP CEP 04062-001
Tel (11) 5052-9515 e fax (11) 5052-1025 E-mail: supras@sborl.org.br Portal: www.sborl.org.br