

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ

HUGO CARLOS PEDROSO

**NOTIFICAÇÃO DA PERDA AUDITIVA INDUZIDA POR RUÍDO
OCUPACIONAL: PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

CURITIBA

2015

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ

HUGO CARLOS PEDROSO

**NOTIFICAÇÃO DA PERDA AUDITIVA INDUZIDA POR RUÍDO
OCUPACIONAL: PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Distúrbio da Comunicação, em nível de Mestrado, da Universidade Tuiuti do Paraná.

Orientadora: Profª Drª Cláudia Giglio de Oliveira Gonçalves.

CURITIBA

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte
Biblioteca "Sydney Antonio Rangel Santos"
Universidade Tuiuti do Paraná

P372 Pedroso, Hugo Carlos.

Notificação da perda auditiva induzida por ruído ocupacional: percepção e conhecimento dos profissionais de saúde da Atenção Primária/Hugo Carlos Pedroso; orientadora Prof^a dr^a Cláudia Giglio de Oliveira Gonçalves.

75 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2015.

1. Perda Auditiva Induzida por Ruído-PAIR. 2. Notificação. 3. Saúde do Trabalhador. 4. Política de saúde do trabalhador. 5. Audição. I. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação/Mestrado em Distúrbios da Comunicação. II. Título

CDD – 617.8

NOTIFICAÇÃO DA PERDA AUDITIVA INDUZIDA POR RUÍDO OCUPACIONAL: PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Esta monografia foi julgada e aprovada para a obtenção do título de Mestre em Distúrbios da Comunicação pelo Programa de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão da Universidade Tuiuti do Paraná.

Curitiba, 26 de fevereiro de 2015.

Mestrado em Distúrbios da Comunicação pelo Programa de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão da Universidade Tuiuti do Paraná.

Orientadora: _____

Prof.^a Dr.^a Claudia Giglio de Oliveira Gonçalves
Universidade Tuiuti do Paraná – UTP

Prof.^a. Dr.^a Adriana B.M. de Lacerda
Universidade Tuiuti do Paraná – UTP

Prof.^a. Dr.^a Juliana de Conto
Universidade Estadual do Centro Oeste – Campus Irati/ UNICENTRO

Ao meu pai Júlio Correia Pedroso (*in memorium*) por mais esta etapa da vida vencida, pelo incentivo de mostrar que o caminho do ensino sempre abre portas para vida de força e dedicação ao trabalho e aos amigos. Exemplo de caráter, disciplina e responsabilidade em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela vida e o dom da descoberta.

À minha família, em especial meu pai (*in memorium*) e minha mãe que mostraram que a ética, o respeito e o conhecimento tem valor na vida. Alicerce da minha educação.

Ao meu companheiro Marcos, que compartilhou meu dia-a-dia e teve paciência e compreensão.

À equipe técnica do CEREST Curitiba, que em seu zeloso trabalho garantiu os dados que fazem parte deste estudo.

Aos membros do Núcleo de Pesquisa “Saúde, Trabalho e Sociedade” da UTP pelo espaço de aprendizagem.

“Se todos os seus esforços forem vistos com indiferença, não desanime porque também o Sol, ao nascer, dá um espetáculo todo especial e, no entanto, a maioria da plateia continua dormindo”.

Autor desconhecido

RESUMO

As doenças relacionadas ao trabalho são geralmente subnotificadas no Brasil. Entre outras, está a Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR), considerada uma doença ocupacional passível de notificação tanto pelo Ministério da Saúde via Sistema Informatizado de Agravos de Notificação (SINAN), bem como, pelo Ministério do Trabalho e Emprego via Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Objetivo do presente estudo foi analisar a percepção e conhecimento do profissional de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Curitiba, sobre a notificação compulsória da PAIR. Métodos: utilizou-se uma abordagem quanti-qualitativas no estudo transversal realizado em três etapas: 1) análise da série histórica dos casos notificados de PAIR no banco de dados do SINAN no período de 2007 a 2014; 2) aplicação de questionário semiestruturado para profissionais da saúde da rede APS; 3) entrevista coletiva com enfermeiros, fonoaudiólogos e médicos da rede de APS de Curitiba. Resultados: O número de notificações de PAIR no período estudado foi de 44 casos, o sexo masculino representou (90,9%), a faixa de idade foi entre 50 a 64 anos, o ensino fundamental completo representou (25%) e o contrato de trabalho formal (52,3%). A CAT foi emitida para (43,2%) dos casos notificados no SINAN. Os trabalhadores da Indústria Manual são os mais expostos ao ruído (36,4%), e a Indústria de Transformação representou o maior número de casos notificados (41%). No resultado do questionário semiestruturado, 48 profissionais na rede APS responderam o questionário, disseram que sentem preparado para identificar problemas de saúde relacionados ao trabalhador (68,7%), 33 sujeitos responderam que o ato de fazer orientação para garantir o cuidado integral do usuário é mais importante do que fazer a notificação compulsória, no demonstrativo da percepção do conhecimento das características da PAIR (56,2%) disseram que sim, (43,7%) sente-se apto para identificar os casos de PAIR e (52,1%) não realizam a notificação para o SINAN. No resultado da terceira etapa, os profissionais de saúde relatam dificuldades: na correta maneira de realizar a notificação da PAIR por não entenderem o fluxo de notificação, e as implicações legais que podem gerar com a notificação para o profissional, dificuldade em solicitar exame audiométrico, falta de apoio da gestão. Conclusão: dos resultados encontrados, observou que os profissionais de saúde da rede de APS, possuem conhecimento sobre PAIR, mas tem receio em notificar os casos suspeitos, não conhece o fluxo de notificação e sente pouco apoio da gestão em relação ao programa da saúde do trabalhador na Rede de Atenção Primária em Saúde de Curitiba.

Palavras-chaves: Perda Auditiva provocada por Ruído. Notificação. Saúde do Trabalhador. Política de Saúde do Trabalhador. Audição.

ABSTRACT

Occupational diseases are generally underreported in Brazil. Among others, is noise-induced hearing loss (NIHL), considered an occupational disease notifiable, Ministry of Health through the Computerized Disease Surveillance System (SINAN) and the Ministry of Labor and Employment through the Accident Report Work (CAT). Purpose of this study was to analyze the perception and knowledge of health professionals of Primary Health Care (PHC) in the city of Curitiba, on the compulsory notification of NIHL. Methods: A quantitative and qualitative approach in cross-sectional study carried out in three steps: 1) analysis of the time series of reported cases of NIHL in SINAN database from 2007 to 2014; 2) application of semi-structured questionnaire to the health of the PHC network professionals; 3) press conference with nurses, speech therapists and doctors from Curitiba PHC network. Results: The number of NIHL notifications during the study period was 44 cases, males represented (90.9%), the age range was from 50 to 64 years, completed elementary school represented (25%) and the contract the formal labor (52.3%). The CAT was issued to (43.2%) of the cases notified in SINAN. Workers Industry Manual are the most exposed to noise (36.4%), and the Manufacturing Industry represented the highest number of reported cases (41%). In the statement of semi-structured questionnaire, 48 professionals in network PHC answered the questionnaire said they feel prepared to identify health problems related to the employee (68.7%), 33 subjects answered that the act of making guidance to ensure the user is more comprehensive care important than doing the obligatory notification, in the statement of the perceived knowledge of NIHL characteristics (56.2%) said yes, (43.7%) feels able to identify cases of NIHL and (52.1%) do not conduct the notification to the SINAN. The outcome of the third step, the health professionals report difficulties: the correct way to perform the notification of NIHL for not understanding the notification flow, and the legal implications that can generate with the notification for the professional, difficulty request audiometric testing, lack of management support. Conclusion: the results found, noted that the health professionals of the PHC network, have knowledge about NIHL, but is afraid to report suspected cases, does not know the notification flow and feel little support from management regarding the health program worker in Primary Health Care Network in Curitiba.

Keywords: Noise-induced hearing loss. Notification. Occupational Health. Health policy worker. Hearing.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS PARTICIPANTES DA ENTREVISTA COLETIVA (N=9)	35
QUADRO 2 – CATEGORIZAÇÃO DAS FACILIDADES RELATADAS PELOS SUJEITOS NO ATENDIMENTO A TRABALHADORES (N=48)	41
QUADRO 3 – CATEGORIZAÇÃO DAS DIFICULDADES RELATADAS PELOS SUJEITOS NO ATENDIMENTO AO TRABALHADOR (N=48)	42
QUADRO 4 – JUSTIFICATIVAS DA NÃO NOTIFICAÇÃO DA PAIR NO SINAN PELOS PROFISSIONAIS (N=48).....	44

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DE NÚMEROS DE CASOS NOTIFICADOS DE PAIR POR ANO EM CURITIBA (N=44).....	36
TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DE CASOS POR SEXO, FAIXA ETÁRIA, ESCOLARIDADE E SITUAÇÃO DO MERCADO DE TRABALHO EM CURITIBA (N=44)	36
TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS CAT ENTRE OS CASOS NOTIFICADOS O SINAN, EM CURITIBA (N=44)	37
TABELA 4 – LEVANTAMENTO DA ATIVIDADE ECONOMICA E A CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO (CBO) NO PERÍODO DE 2007 A 2014, NOTIFICADOS COM PAIR EM CURITIBA (N=44)	38
TABELA 5 – LEVANTAMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE NOTIFICADORAS DO AGRAVO PAIR NO PERÍODO DE 2007 A 2014 EM CURITIBA (N=44).....	38
TABELA 6 – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS QUE PARTICIPARAM DA SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA SOBRE A NOTIFICAÇÃO DA PAIR (N=48)	39
TABELA 7 – PREPARADO PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS DE SAÚDE RELACIONADOS AO TRABALHADOR (N=48)	40
TABELA 8 – DEMONSTRATIVO DE DOENÇA PROFISSIONAL PASSÍVEL DE SER IDENTIFICADA PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO SEU LOCAL DE TRABALHO NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM CURITIBA. (N=48).....	40
TABELA 9 – DEMONSTRATIVO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS NO LOCAL DE TRABALHO PARA GARANTIR O CUIDADO INTEGRAL AOS USUÁRIOS TRABALHADORES DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE CURITIBA. (N=48)...	41
TABELA 10 – DEMONSTRATIVO DA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO À PERDA AUDITIVA INDUZIDA PELO RUÍDO NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE DA CIDADE DE CURITIBA. (N=48)	43

LISTA DE SIGLAS

AMS	Assembleia Mundial da Saúde
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CID	Classificação Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CGSAT	Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador
CGVAM	Coordenação Geral de Vigilância Ambiental
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
DSAST	Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
FUNDACENTRO	Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
FUNASA	Fundação Nacional da Saúde
GM/MS	Gabinete Ministerial do Ministério da Saúde
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
LER/DORT	Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NIOSH	<i>National Institute for Occupational Safety and Health</i>
NOST	Norma Operacional Básica de Saúde do Trabalhador
NTE	Nexo Técnico Epidemiológico
NR	Norma Regulamentadora
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAIR	Perda Auditiva Induzida pelo Ruído
PANS	Perda Auditiva Neurosensorial
PISAT	Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador

RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SSMT	Serviços de Segurança e Medicina do Trabalho
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINVAS	Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde
SINVSA	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 SURGIMENTO DA SAÚDE DO TRABALHADOR: BREVE RELATO	17
2.2 SAÚDE DO TRABALHADOR E A PAIR NO BRASIL: COMPETÊNCIAS JURÍDICAS	21
2.2.1 Ministério do Trabalho e Emprego: Condições das Leis Trabalhistas.....	22
2.2.2 Previdência Social no Brasil	23
2.2.3 Ministério da Saúde/SUS	25
2.3 A NOTIFICAÇÃO DA PAIR	29
3 METODOLOGIA	33
3.1 PROCEDIMENTOS ADOTADOS.....	33
4 RESULTADOS OBTIDOS	36
4.1 ANÁLISE DOS CASOS NOTIFICADOS DE PAIR EM CURITIBA	36
4.2 PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE NOTIFICAÇÃO DA PAIR.....	39
4.3 ENTREVISTA COLETIVA	45
5 DISCUSSÃO	50
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICE	65
APÊNDICE – QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	65
ANEXOS	66
ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DA SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE	66
ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) RESOLUÇÃO Nº 196/1996 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE).....	67
ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	69
ANEXO 4 – FICHA INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO DA PAIR – SINAN	73
ANEXO 5 – FLUXOGRAMA DO PAIR DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	75

1 INTRODUÇÃO

Uma grande parcela da população mundial está cada vez mais exposta ao ruído no ambiente de trabalho, ou no dia a dia, através dos meios de locomoção, das atividades de lazer, festas, ambientes com música amplificada ou uso de fones de ouvido.

A Conferência da Terra (ECO 92), realizada no Rio de Janeiro, em 1992, endossou a Agenda 21, que é um programa de ação mundial para a promoção do desenvolvimento sustentável, envolvendo modificação de conceitos e práticas referentes ao desenvolvimento econômico e social. Este documento considerou o ruído como a terceira maior causa de poluição ambiental, atrás somente da poluição de água e do ar sendo, portanto, um desafio para políticas públicas e para a Saúde do Trabalhador.

O ruído é considerado como um risco de agravo à saúde que atinge um grande número de trabalhadores (MS, 2006; DIAS e CORDEIRO, 2008). Em torno de 15% dos trabalhadores de países desenvolvidos apresentam problemas auditivos relacionados à exposição aos ruídos intensos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Além da possibilidade de desenvolvimento de disfunções auditivas e extra-auditivas, a exposição ao ruído ocupacional intenso pode aumentar o risco de acidentes do trabalho, sendo o ruído considerado o terceiro maior agente causador de doenças ocupacionais (DIAS *et al*, 2006).

Estima-se que 25% da população trabalhadora exposta a níveis de pressão sonora acima do limite de tolerância sejam portadoras de algum grau de perda auditiva induzida pelo ruído (BERGSTRÖM & NYSTRÖM, 1986; CARNICELLI, 1988; MORATA, 1990; PRÓSPERO, 1999).

Apesar de a PAIR ser um agravo bem frequente na população de trabalhadores, os dados epidemiológicos sobre ela no Brasil são escassos e referem-se a determinados ramos de atividades, portanto não há registros epidemiológicos que caracterizem a real situação. Os dados disponíveis mostram apenas uma ideia parcial da situação de risco relacionada à PAIR (BRASIL, 2007).

A PAIR é um dos agravos de notificação compulsória publicada na Portaria GM/MS nº 104 de 25 de janeiro de 2011 e atualizada em pela Portaria GM/MS nº

1984 de 12 de setembro de 2014.

Então, sua notificação como registro documental se faz importante para que as estimativas da ocorrência de acidentes e doenças relacionada ao trabalho sejam divulgadas, o que se faz considerar que os serviços de saúde necessitam dar maior atenção ao problema, direcionar medidas para a notificação dos agravos relacionados ao trabalho, melhorar o encaminhamento dos trabalhadores com suspeita de PAIR aos serviços especializados e adotar medidas para a prevenção.

Segundo o Boletim da Vigilância dos Agravos em Saúde relacionados ao trabalho (BRASIL, 2013), levantamento sobre a PAIR no Brasil entre os anos de 2007 a 2012 foram notificados 1.872 casos no Sistema Nacional de Notificação de Agravos - SINAN. Na análise realizada com o ano 2011 o número de notificações representou um aumento de 30% (559) em relação a outros anos de estudo. Na distribuição dos casos de PAIR por Unidade Federada, no estado do Paraná foram notificados 13 casos (2007 a 2009) e 33 casos (2010 a 2012). Os casos notificados no primeiro triênio foram basicamente todos realizados pelas fontes notificadoras no município de Curitiba.

A partir da notificação da PAIR, será possível conhecer sua prevalência para tornar eficaz qualquer planejamento de ações de capacitação e organização de recursos em função da capacidade instalada necessária para prevenir e diagnosticar a PAIR, assim como reabilitar os portadores dessa doença. Essa falta de registro pode evitar que inúmeros trabalhadores sejam excluídos do mercado de trabalho e consequências em seu convívio social (DIAS *et al*, 2013).

Nesse sentido, o presente estudo visa analisar a percepção e o conhecimento dos profissionais de saúde que atuam na rede de Atenção Primária a Saúde do Município de Curitiba sobre a notificação compulsória da PAIR no SINAN. Em específico analisar a série histórica dos casos notificados no SINAN de PAIR em Curitiba do ano de 2007 a 2014, para caracterização dos casos notificados; explorar a análise situacional da notificação da PAIR no Município de Curitiba, através de questionário e entrevista coletiva estruturada.

Possuindo como problemática central a necessidade de identificar o motivo pelo qual a PAIR está subnotificada nos órgãos públicos, ou seja, será por desconhecimento ou medo sobre como proceder diante de seu diagnóstico, atendimento, registro ou interesse político?

A justificativa da pesquisa se encontra no fato de que a subnotificação de

acidentes e doenças relacionadas ao trabalho entre trabalhadores é a principal dificuldade em se obter informações válidas sobre os acidentes de trabalho no Brasil.

A partir da notificação da PAIR, tema deste estudo, será possível conhecer sua prevalência para tornar eficaz qualquer planejamento e adequar ações administrativas minimizando assim os problemas relacionados à subnotificação.

A rede de Saúde de Curitiba, esta organizada para atender os usuários trabalhadores em cento e nove Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que quarenta e nove são Estratégia Saúde da Família (ESF) implantadas, distribuídas em nove Distritos Sanitários, hierarquizada e integrada por um sistema de informação conhecido como “e-Saúde”.

Organizada para diagnosticar a PAIR, assim como reabilitar os portadores dessa doença através do Programa Municipal de Atenção à Saúde Auditiva, atendendo a Portaria GM/MS de Nº 2.073, em 28 de setembro de 2004.

A formulação de políticas públicas em saúde do trabalhador requer informações confiáveis, tirando a PAIR da margem da banalização e evitar que inúmeros trabalhadores sejam excluídos do mercado de trabalho.

Dessa forma, seria importante criar ações frente aos profissionais de saúde da Rede de Atenção Primária à Saúde (APS) e determinar as causas das subnotificações a fim de eliminá-las.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SURGIMENTO DA SAÚDE DO TRABALHADOR: BREVE RELATO

O trabalho é um importante aspecto para a vida do homem e é nele que muitas pessoas ocupam parte de seu tempo, desenvolvendo suas atividades profissionais em organizações produtivas (OLIVEIRA, 2003).

Para Marx, o trabalho é indispensável à existência humana em sociedade, pois é a necessidade de manter as relações entre o homem e a natureza, assim como a vida humana (OLIVEIRA, 2003).

Nas últimas décadas com a divisão social e relações de trabalho, o trabalhador ficou limitado a uma única tarefa e, com o surgimento da máquina, ele foi submetido ao seu ritmo uniforme sem a preocupação com o sexo ou idade do indivíduo que a opera. Contudo, com o aumento das máquinas, muitas vezes perigosas, iniciaram-se períodos de trabalhadores mutilados, surdos, vítimas dos acidentes e doenças do trabalho (CAFIERO, 2008).

Essa forma da divisão social do trabalho vem repercutindo na saúde dos trabalhadores, sabendo que para o empresário o lucro é mais importante que saúde, isso faz com que o trabalhador venha desenvolver suas atividades de maneira que o resultado seja o aumento da produção em todo período de trabalho gerando mais lucro (KOMNISKI, 2006).

Porém, a preocupação com o trabalho e sua relação com a saúde está presente desde a Revolução Industrial, mas é a maneira de se compreender a saúde dos trabalhadores que vem se modificando. Assim, a relação entre Saúde e Trabalho atravessa três períodos: a Medicina do Trabalho, a Saúde Ocupacional e a Saúde do Trabalhador, cuja essência permite a interligação entre Trabalho, Saúde e Direito (LACAZ, 2007).

No século XIX, inicia-se a Medicina do Trabalho na Europa, tendo no médico seu principal responsável e onde o interesse principal não era desenvolver ações de prevenção e promoção à saúde do trabalhador, mas sim manter o bom funcionamento da empresa evitando que o trabalhador adoecesse (MENDES & DIAS, 1991).

A nomenclatura da área Medicina do Trabalho surgiu na Conferencia Internacional do Trabalho em 1958, e designa a um serviço organizado nos locais de trabalho ou em suas imediações, destinado a assegurar a proteção dos trabalhadores contra todo o risco que se prejudica a sua saúde física e mental e contribuir na colocação destes em lugares ou tarefas correspondentes às aptidões, ou seja, pretendia a “adequação do trabalho ao trabalhador”, focada no risco, limitada à intervenção médica (MENDES & DIAS, 1991).

Somente em 1951, como importante marco histórico foi a Assembleia Mundial da Saúde (AMS), que aprova os regulamentos sanitários internacionais os quais são unificados em 1969, dando origem ao Regulamento Sanitário Internacional (RSI), que previa medidas de controle e intercâmbio de informações epidemiológicas sobre a propagação internacional da cólera, peste e febre amarela (MENDES & DIAS, 1991).

O RSI foi revisado em 2005 e entrou em vigor no Brasil em 15 de junho de 2007, com os critérios de avaliação e notificação, pelas mudanças do mundo, como viagens internacionais, abertura de fronteiras para outros países e o aparecimento de novas doenças.

Porém, com a evolução da tecnologia industrial acelerada devido o desenvolvimento de novos processos industriais, novos equipamentos, novos produtos químicos e o novo rearranjo de uma nova divisão internacional do trabalho, há uma impotência do modelo da medicina do trabalho em intervir sobre os problemas de saúde causados pelos processos de produção (MENDES, 1995).

Surge então, no pós II Guerra, a proposta da Saúde Ocupacional, que pretendia a intervenção sobre o ambiente de trabalho, com instrumental oferecido por outras disciplinas e outras profissões como a Engenharia, com o traço da multi e interdisciplinaridade e organização de equipes progressivamente multiprofissionais e com a ênfase na higiene industrial (MENDES & DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ & THEDIM-COSTA, 1997).

A proposta da Saúde Ocupacional incluía atuação multiprofissional e a estratégia de intervir nos locais de trabalho, adotando medidas preventivas para minimização o impacto sobre o trabalhador em sua jornada de trabalho, trabalho em turnos, desemprego, entre outros, com a finalidade de controlar os riscos ambientais. Esta proposta de intervir nos locais de trabalho tem uma influência das escolas de Saúde Pública aonde às questões de saúde e trabalho já vinham sendo estudadas

(MENDES & DIAS, 1991).

A Saúde Ocupacional passa então a ser considerada como um ramo da Saúde Ambiental. O desenvolvimento da saúde ambiental/saúde ocupacional nas escolas de saúde pública dos Estados Unidos e no Brasil pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, centrado na higiene ocupacional, foi acompanhada de uma relativa desqualificação do enfoque médico e epidemiológico da relação trabalho-saúde (MENDES & DIAS, 1991).

No Brasil, o desenvolvimento da Saúde Ocupacional foi tardio quando comparado com a América do Norte e Europa, criou-se cursos de especialização e pós-graduação (mestrado e doutorado) em Saúde Ocupacional e deu-se a criação da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO) e na legislação, expressaram-se na regulamentação do Capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com destaque as normas e regulamentos relativos à obrigatoriedade de equipes técnicas multidisciplinares nos locais de trabalho – Norma Regulamentadora nº 4 da Portaria 3214\78, e na avaliação de riscos ambientais e adoção de limites de tolerância – Norma Regulamentadora nº 7 e 15 (MENDES & DIAS, 1991).

Como desdobramento da ideia da Saúde Ocupacional em 1972, o governo brasileiro regulamentou a obrigatoriedade dos Serviços de Segurança e Medicina do Trabalho (SSMT) nas empresas do Brasil (OLIVEIRA & MUROFUSE, 2001; MAENO & CARMO, 2005).

Apesar das mudanças estabelecidas na legislação trabalhista, foram mantidas na legislação previdenciário-acidentária as características básicas de uma prática medicalizada, de cunho individual, e voltado exclusivamente para os trabalhadores engajados no setor formal de trabalho (MENDES & DIAS, 1991).

É interessante discutir-se por quais fatores o modelo da saúde ocupacional, desenvolvido em atenção a uma necessidade da produção, não atingiu os objetivos propostos, segundo (MENDES & DIAS 1991), os quais são relacionados abaixo:

- 1) O modelo da Saúde Ocupacional mantém-se o referencial da Medicina do Trabalho pautado no mecanicismo;
- 2) Não foi concretizado o apelo à interdisciplinaridade, pois as atividades apenas se justapõem de maneira desarticulada;
- 3) A capacitação de recursos humanos, a produção de conhecimento e de tecnologia de intervenção não acompanharam o ritmo da transformação nos

processos de trabalho;

4) Continuou-se abordando o indivíduo como “objeto” das ações de saúde, e não o coletivo;

5) Enfatizou-se a manutenção da Saúde Ocupacional no âmbito do trabalho, isso em detrimento do setor saúde.

Cavalcante (2008) acrescenta mais fatores como a incapacidade em atender boa parte das demandas em saúde do trabalhador. Houve também questionamentos aos procedimentos técnicos e éticos das equipes multiprofissionais que atendiam mais às necessidades dos patrões do que dos empregados. Os trabalhadores foram entendidos como objetos e não como sujeitos das ações de saúde, não tendo reconhecimento da sua prática e nem voz ativa sobre as deliberações relacionadas à sua saúde, conforme as novas demandas sociais e políticas que emergiam.

Entre os acontecimentos que impulsionaram os questionamentos do modelo de Saúde Ocupacional, estão os movimentos sociais nos países ocidentais industrializados (Alemanha, Inglaterra, França, Estados Unidos e Itália), que reteoriza o sentido da vida, na década de 60 (MENDES & DIAS, 1991; NARDI, 1997; CAVALCANTE, 2008).

Na segunda metade dos anos 60 questionava-se “o sentido da vida, o valor da liberdade, o significado do trabalho na vida, o uso do corpo, e a denúncia do obsoletismo de valores já sem significado para nova geração”, abalando a confiança do Estado na forma de entender o trabalho (MENDES, 1988).

Estes movimentos sociais levaram, em alguns países, à exigência da participação dos trabalhadores nas questões de saúde e segurança. A resposta aos questionamentos da sociedade se reverteu em leis garantidoras de direitos no âmbito do trabalho, da saúde e segurança do trabalhador. Por exemplo, o direito do trabalhador à informação (sobre a natureza dos riscos, as medidas de controle que estão sendo adotados pelo empregador, os resultados de exames médicos e de avaliações ambientais, e outros); o direito à recusa ao trabalho em condições de risco grave para a saúde ou a vida; o direito à consulta prévia aos trabalhadores, pelos empregadores, antes de mudanças de tecnologia, métodos, processos e formas de organização do trabalho: e o estabelecimento de mecanismos de participação, desde a escolha de tecnologias, até, em alguns países, a escolha dos profissionais que irão atuar nos serviços de saúde no trabalho (MENDES & DIAS, 1991).

Surge então o conceito de Saúde do Trabalhador visando contribuir na consolidação da Saúde do Trabalhador enquanto área. O objeto da Saúde do Trabalhador é o processo saúde e doença dos grupos humanos e sua relação com o trabalho. E seu objetivo é levar os trabalhadores à compreensão da dimensão humana do trabalho (MENDES & DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ & THEDIM-COSTA, 1997).

A Saúde do Trabalhador busca então a explicação sobre o adoecer e o morrer das pessoas, dos trabalhadores em particular, através do estudo dos processos de trabalho, de forma articulada com o conjunto de valores, crenças e ideias, as representações sociais, e a possibilidade de consumo de bens e serviços, na moderna civilização urbana industrial (MENDES & DIAS, 1991).

Nessa perspectiva, a Saúde do Trabalhador considera-se o trabalho como organizador da vida social, um espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, contudo, um espaço de resistência, controvérsias, contradições e desenhar histórico, onde os trabalhadores numa luta desigual buscam assumir sua posição de atores sociais, participantes, pensantes, também responsáveis pela melhoria do ambiente de trabalho e pela escrita de sua própria história (MINAYO-GOMEZ & THEDIM-COSTA, 1997).

Na relação saúde e trabalho, os trabalhadores devem buscar o controle sobre as condições e os ambientes de trabalho, para torná-los mais saudáveis, buscam serem reconhecidos em seu saber, questionam as alterações nos processos de trabalho, particularmente a adoção de novas tecnologias, exercitando o direito à informação e a recusa ao trabalho perigoso ou arriscado à saúde (ODDONE, 1986).

O processo de discussão foi mediado no Brasil pela Reforma Sanitária se desdobrou em iniciativas, conferências e discussões determinantes para a ocorrência de mudança de enfoque da nova Constituição Federal Brasileira de 1988 e na Lei 8080, e a Saúde do Trabalhador Brasileiro passaram a ser um problema de Saúde Pública (MENDES & DIAS, 1991).

2.2 SAÚDE DO TRABALHADOR E A PAIR NO BRASIL: COMPETÊNCIAS JURÍDICAS

Com a sistematização e descentralização da assistência médica,

farmacêutica e odontológica ao acidente e doenças do trabalho, repassando as antigas atribuições do Setor de Assistência ao Acidentado do Trabalho do INAMPS para o então denominado Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (NOBRE *et al*, 2011). Esse foi um dos primeiros instrumentos legais que, em âmbito federal, tratou de normas específicas para área de saúde do trabalhador, no período pós-Constituição.

No Brasil, as relações de trabalho são caracterizadas por diferentes situações (trabalhadores formais, informais, terceirizados, públicos) refletindo no processo saúde-doença, nos diferentes períodos de tempo e diferentes órgãos (MENDES & DIAS, 1991).

Novas configurações das atribuições e relações institucionais relativas aos campos da Saúde, Trabalho e Previdência Social, foram definidas a partir da Constituição de 1988. Os estados e municípios passam a revisar seus estatutos jurídicos, colocando em suas constituições e leis orgânicas a definição da Saúde como direito, a organização do SUS, com seus princípios e diretrizes, e a Saúde do Trabalhador como campo de atribuição do SUS (NOBRE *et al*, 2011).

A saúde do trabalhador está estritamente relacionada ao direito à saúde prevista nas competências do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo caráter intra-setorial que abrange a atenção primária, secundária e terciária em saúde, assim como, as esferas de governo como: a Previdência Social, Ministério do Trabalho, Sindicatos, Meio Ambiente, entre outros, abordando a interdisciplinaridade e a participação dos trabalhadores.

O SUS é fundamental nesse processo de reestruturar a rede de serviços públicos, para adequar e qualificar e atender a demanda de doenças e acidentes relacionados ao trabalho e atender o trabalhador de maneira integral, objetivando proporcionar melhorias na qualidade de vida no trabalho, assim como, relações pessoal e social (LOURENÇO & BERTANI, 2007).

2.2.1 Ministério do Trabalho e Emprego: Condições das Leis Trabalhistas

No Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) compete coordenar, orientar, controlar e supervisionar as atividades relacionadas com a segurança e saúde no trabalho, inclusive a fiscalização do cumprimento dos preceitos legais e

regulamentares, e tem como população alvo os trabalhadores com vínculo empregatício regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

A CLT surgiu em 1943 e em 1978 surgem às Normas Regulamentadoras relativas à segurança e medicina do trabalho, que tem o objetivo de promover e proteger a saúde do trabalhador, protegendo a integridade no ambiente de trabalho (SILVA *et al*, 2010).

Assim, entre eles a Norma Regulamentadora nº 7 teve a revisão final em 1998 na questão da PAIR, aí entendida por perda auditiva por níveis de pressão sonora elevados as alterações dos limiares auditivos, do tipo sensorineural, decorrente da exposição ocupacional sistemática a níveis de pressão sonora elevados, tendo como características principais a irreversibilidade e a progressão gradual com o tempo de exposição ao risco. Nessa norma estão os parâmetros para avaliação e monitoramento auditivo (GONÇALVES, 2009).

A NR 15 determina os limites de tolerância à exposição aos ruídos contínuos ou intermitentes, para uma jornada de trabalho considera-se o efeito cumulativo da exposição ao ruído ao longo do período de trabalho.

A Norma Regulamentadora nº 15, não permite que trabalhadores fiquem expostos a níveis de ruído acima de 115 dB (decibéis) sem proteção adequada, pois oferecerão riscos graves e iminentes. Ainda, as atividades ou operações que exponham os trabalhadores, sem proteção adequada, a níveis de ruído de impacto superiores a 140 dB (linear), medidos no circuito de resposta para impacto, ou superiores a 130 dB (C), medidos no circuito de resposta rápida (*fast*), oferecem risco grave e iminente.

E a NR 9 delimita as bases para a estruturação de programas preventivos dentro das empresas. No que diz respeito ao Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA).

2.2.2 Previdência Social no Brasil

As questões de normas legais no âmbito da Previdência Social ou Seguro Social tem como data-marco o ano de 1883, quando na Alemanha surgiu o denominado seguro-doença, por iniciativa de Otto Von Bismarck (MENDES & DIAS, 1991).

O seguro social no Brasil surge através da promulgação do Decreto Legislativo n 4.682, de 24 de janeiro de 1923 (data nacional dessa instituição), e ampara a saúde dos trabalhadores brasileiros pela Previdência Social, seja sob a forma preventiva, recuperadora, como também reparadora, que tem como população alvo, exclusivamente seus segurados, que no caso dos agravos relacionados ao trabalho se restringe mais ainda aos segurados do seguro acidente de trabalho, bem como, a concessão ou negação de benefícios (MENDES & DIAS, 1991).

Para definir-se a relação do trabalho com a doença foi instituído a metodologia do Nexo Técnico Epidemiológico (NTE) que é uma metodologia que consiste em identificar quais doenças e acidentes estão relacionados com a prática de uma determinada atividade profissional. O NTE começou a vigorar a partir de abril de 2007, em conformidade com o art. 5º, I, do Decreto n. 6.042/07, alterando a forma de caracterizar as doenças e acidentes do trabalho, que até então, só poderia ser classificado como "Acidente de Trabalho", se fosse possível correlacioná-lo efetivamente com a atividade exercida e o empregador emitisse a CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho).

Segundo Leonardo (2008), o nexo causal já está previamente estabelecido pela Previdência, através de análise estatística, na qual foram correlacionadas todas as atividades econômicas e os benefícios de auxílio-doença e acidente do trabalho, pagos por ela nos últimos anos. Como por exemplo, a perda da audição, causada pelo ruído elevado é uma doença comum na atividade de mineração e beneficiamento de rochas. Estatisticamente, há uma correlação entre as duas. Portanto, com a aplicação do NTE, qualquer trabalhador que recorrer à Previdência com a perda de audição, oriundo desta atividade econômica, será classificado como portador de um acidente de trabalho. Com isso, com a nova legislação tornou-se desnecessário a emissão da CAT, para caracterização do acidente de trabalho.

A doença, o acidente e a morte no trabalho podem vir a ocorrer como efeitos indesejados de um sistema que causa riscos sociais, mas que, todavia, os encobre, garantindo meios de subsistência aos indivíduos por eles atingidos, graças à interferência do Estado neste sentido (MARTINS, 2000).

2.2.3 Ministério da Saúde/SUS

a) Vigilância Ambiental

Com a regulamentação sanitária no Brasil em 2000, foi criada “A Saúde Ambiental” pelo Ministério da Saúde, como Vigilância Ambiental em Saúde e, em maio de 2000, estabeleceu-se no extinto Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), da Funasa, a gestão do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (SINVAS). Este, a partir de 2005, passou a ter a sigla SINVSA (Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental). O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de 2005, objetiva a instituição de um sistema global de vigilância, que é definida como “coleta, compilação e análise contínua e sistemática de dados, para fins de saúde pública, e a disseminação oportuna de informações, para fins de avaliação e resposta” (OMS, 2005).

No artigo 1º da Portaria nº 1172/2004, o SINVSA foi redefinido como: o conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e entidades públicos e privados, relativos à vigilância em saúde ambiental, visando o conhecimento e a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção da saúde ambiental, prevenção e controle dos fatores de riscos relacionados às doenças e outros agravos à saúde, em especial: I. água para consumo humano; II. ar; III. solo; IV. contaminantes ambientais e substâncias químicas; V. desastres naturais; VI. acidentes com produtos perigosos; VII. fatores físicos; e VIII. ambiente de trabalho [...] (BRASIL, 2005).

Atualmente, o Subsistema Nacional de Saúde Ambiental abriga as práticas relacionadas ao ambiente e a saúde do trabalhador. Na nova estrutura regimental da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, a Coordenação Geral de Vigilância Ambiental (CGVAM) transformou-se em Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST) (BRASIL, 2009b).

Esse novo Departamento ocupa-se dos fatores de risco ambientais não biológicos e da saúde do trabalhador.

No âmbito federal, a instância responsável por esse subsistema é a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), por meio do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST), criado em 2009, a partir da Coordenação Geral de Vigilância Ambiental (CGVAM). Foram e ainda são

utilizadas as expressões Vigilância em Saúde Ambiental ou Vigilância Ambiental em Saúde para designar o sistema nacional em construção (SINVSA, SINVAS) e as práticas que ele abriga.

Nas questões legais, as normas da Saúde do Trabalhador envolvem a Previdência Social e o Ministério do Trabalho, principalmente. A inclusão das ações de saúde do trabalhador como responsabilidade do SUS constituiu uma das maiores vitórias da classe trabalhadora no processo constituinte, e foi referendada nos relatórios finais da Segunda Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em 1994 (BRASIL, II CNST – Relatório Final). Dessa forma, consolidou-se como conceito dentro dos textos legais da Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080 de 1990 – que incorpora a saúde do trabalhador no âmbito do SUS de forma descentralizada, preconizando a passagem progressiva de responsabilidade aos estados e aos municípios da federação, e que universalizada, inclui os trabalhadores formais, informais e servidores públicos (MENDES & DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ & THEDIM-COSTA, 1997; NARDI, 1997; CORDONI JÚNIOR, 2006).

b) Vigilância em Saúde do Trabalhador - VISAT

A Vigilância em Saúde do Trabalhador - VISAT é um dos componentes dos "Subsistemas" Nacionais de Vigilância Epidemiológica e em Saúde Ambiental; tende organizar a promoção da saúde e a redução da doença e da morte da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e em suas atividades laborais e processos produtivos (Portaria GM/MS nº 3.252/09).

A vigilância em saúde do trabalhador é uma prática social que requer “uma compreensão transdisciplinar e uma ação transversal inter e intra-setorial”, ou seja, que deve ser exercida a muitas mãos, pelos diferentes atores que tenham envolvimento com a questão, extrapolando o setor saúde. Também teve influência direta pela medicina social latino – americana e pela experiência italiana de reforma sanitária (MACHADO, 1997; VILELA, 2003; MACHADO, 2005).

A vigilância em saúde do trabalhador congrega diferentes componentes estruturais para a abordagem interdisciplinar da relação entre o processo de trabalho e saúde, que são os componentes tecnológicos utilizados em determinado processo de produção; epidemiológicos para a avaliação de risco; e sociais, como as condições econômicas e de organização dos trabalhadores, incorporando o

processo de trabalho como categoria e objeto fundamentais para sua análise e intervenção. Busca o conhecimento para a ação e, com isso, também gera novos conhecimentos (MACHADO, 1997; MACHADO, 2005).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador se diferencia e outras vigilâncias e de outras disciplinas do campo da relação trabalho-saúde, segundo Sato (1996) pela delimitação de seu objeto específico na “investigação, interdição e intervenção na relação entre o processo de trabalho e a saúde”.

O processo de investigação se dá através da disponibilidade de “rede sentinela e/ou fontes notificadoras”, entendida como uma rede de unidades de saúde estruturada, que vão notificar o acidente e doença relacionada ao trabalho. Neste processo de investigação a oportunidade da preparação técnico-operativa dos serviços de saúde em diagnosticar, prevenir, tratar e notificar os agravos à saúde do trabalhador. Esta notificação estaria alimentando o sistema de informação que tem o propósito de criar um banco de dados local, regional e nacional, na construção e planejamento de ações de uma política de saúde do trabalhador no SUS (BRASIL, 2004).

Como um componente da vigilância em saúde e visando à integralidade do cuidado, a VISAT deve fazer parte do processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2005).

c) A Saúde do Trabalhador no SUS de Curitiba

Fazendo parte de uma rede de atenção a saúde do trabalhador, o CEREST Curitiba foi habilitado na RENAST com gestão municipal no ano de 2009, visando promover ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio de prevenção e vigilância. Realiza pesquisa e estudos na área de saúde do trabalhador; busca e sistematiza as informações em saúde, realizando inspeções em conjunto nos ambientes de trabalho; promovendo capacitação de profissionais para execução de ações de saúde do trabalhador no SUS.

Para a atenção à saúde do trabalhador criou-se, pela Portaria MS/GM nº 1.679/2002 (BRASIL, 2002), a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Constituindo um modelo de atenção integrado, essa rede deve considerar todo o processo saúde-doença do trabalho, no âmbito da promoção, da assistência e da vigilância. E articular todos os dispositivos, equipamentos e serviços do SUS, numa rede de abrangência nacional, com conexões organizadas

nos diferentes níveis de gestão, com produção de informação e a implantação de Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores (CREST) (SILVEIRA, RIBEIRO & LINO, 2005). Essa rede foi ampliada posteriormente, mediante outras normas, e o CREST passou a se chamar CEREST.

De acordo com Dias e Hoefel (2005) os princípios e diretrizes que norteiam a RENAST e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) podem ser resumidos em: (1) atenção integral à saúde do trabalhador; (2) articulações intra e intersetoriais; (3) informações em saúde do trabalhador; (4) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas; (5) capacitação permanente; (6) participação da comunidade na gestão das ações em saúde do trabalhador.

O campo da Saúde do Trabalhador (ST) vem buscando ampliar espaço no interior do SUS. Tal estratégia tem provocado o aumento contínuo das ações, habilitando CERESTs em todo o país (LACAZ, 2010). No Estado do Paraná convergem oito centros de referência de abrangência regional e um municipal de Curitiba dentro da já citada estratégia da Rede Nacional da Saúde do Trabalhador (RENAST).

O CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) é um centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica e no âmbito de um determinado território se tornando pólo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica (MS, 2011).

O Centro detém a responsabilidade de notificar, investigar e dar respostas sensíveis aos agravos relacionados ao trabalho, visando ao controle e melhoria das condições deste (DIAS & HOEFEL, 2005).

Segundo Lacaz (2010) o fato de (re) construir uma rede em saúde do trabalhador pode desarticular outras já existentes, dado que o comportamento vigente dos vários fatores reflete estruturas de poder e práticas culturais que precisam ser superadas, para que outras, mais efetivas, tomem o seu lugar.

Vale lembrar que a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) no SUS: compõe um conjunto de práticas sanitárias, articuladas suprasetorialmente, cuja especificidade está centrada na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho e nesta com a assistência, calcado nos princípios da vigilância em saúde, para a melhoria das condições de vida e saúde da população (BRASIL, 1998).

O CEREST Curitiba foi habilitado na RENAST com gestão municipal no ano de 2009, onde promove ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio de prevenção e vigilância. Busca e sistematiza as informações em saúde, realizando inspeções em conjunto nos ambientes de trabalho; promovendo capacitação de profissionais para execução de ações de saúde do trabalhador no SUS (BRASIL, 2011).

O Centro de Referência de Curitiba desde a sua habilitação vem negociando com a gestão para uma parceria e que aceite sugestão no esforço para estruturar um Sistema de Informação, que retrate o perfil de doença e acidente de trabalho a realidade da população trabalhadora do Município (PARANÁ, 2011).

A habilitação do CEREST exige a formação de um Conselho Gestor, neste, as entidades representativas da classe trabalhadora e patronal, dentre outras, são convidadas a pensar-agir sobre as questões locais referentes à saúde do (a) trabalhador (a) (LACAZ, 2010).

Outro desafio, salientado por Lacaz (2010), é a construção de um olhar epidemiológico que deve ser colocado em prática e o SUS, pela sua capilaridade, pode avançar na questão da saúde do trabalhador.

2.3 A NOTIFICAÇÃO DA PAIR

As ações de Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS são desencadeadas a partir da identificação de um agravo à saúde ou de uma situação de risco pela rede de atenção a saúde e, posteriormente acionado o CEREST, que se faz necessário o estabelecimento da relação entre o agravo ou doença com o trabalho (BRASIL, 2006).

O registro no sistema de informação é possível coletivizar o fato e estabelecer procedimentos de vigilância que modifiquem as condições e os ambientes de trabalho, geradores de acidente ou doenças, assim como, notificar no banco de dados do SINAN que gerará análise planejamento e financiamento para ações em saúde do trabalhador (BRASIL, 2006).

Como o ruído intenso pode causar a PAIR, este agravo deve ser notificado ao SUS já na sua suspeita. Há todo um procedimento legal que estabelece a lista de agravos relacionados ao trabalho do Ministério da Saúde (Portaria GM/MS nº 1.339,

de 18 de novembro de 1999), da Previdência Social (Lei nº 8.213/91 nos arts. 22 e 23; e o Decreto nº 3.048\99).

Nesse decreto a PAIR é considerada como doença profissional ou do trabalho, a data do início da incapacidade laborativa para o exercício da atividade habitual, ou o dia da segregação compulsória, ou o dia em que for realizado o diagnóstico, valendo para este efeito o que ocorrer primeiro.

A PAIR como as doenças relacionadas com o trabalho, quando ocorrem com trabalhadores formais asseguradas pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) devem também ser registrados por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Sendo de responsabilidade do empregador a notificação pela CAT, por ser de controle relevante para a proteção da saúde do trabalhador.

Para o Ministério da Saúde (MS), independentemente do vínculo empregatício do trabalhador, o acidente e doença relacionada ao trabalho, devem ser notificados por meio do Sistema Nacional de Notificação de Agravos à Saúde-SINAN (BRASIL, 2004).

Para tanto, segue-se a Portaria nº 1984 de 2014, uma vez que, a Portaria GM/MS nº104 (BRASIL, 2011) revogada pela Portaria nº1271 de 2014, dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de acidentes relacionados à saúde do trabalhador, através de ficha de notificação padronizada pelo Ministério da Saúde, onde a PAIR foi retirada do anexo, para ser contemplada na portaria supracitada.

De acordo com Portaria MS/GM nº 1984/2014, define a Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória relacionada à Vigilância em Saúde do Trabalhador, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes (BRASIL, 2014), onde a PAIR encontra-se nessa lista.

Essa normativa foi reiterada no Estado do Paraná em Nota Técnica nº 001/2014 da Secretaria de Estado da Saúde através do Centro Estadual da Saúde do Trabalhador, determinando que as doenças relacionadas ao trabalho continuem sendo de notificação compulsória, inclusive a PAIR.

A notificação é importante para reverter o atual quadro de subregistro e dar visibilidade aos problemas, permitindo que as questões de saúde do trabalhador entrem na agenda técnica e política dos gestores e do controle social do SUS (BRASIL, 2004; PAIM, 2009; DIAS, 2010).

Alguns fatores podem levar a um não registro de acidente e doença relacionada ao trabalho, uma destas formas de trabalho seria de terceirizações existentes atualmente, que variam desde o trabalho em domicílio até a subcontratação de pequenas e médias empresas, inclusive com exploração em cadeia, envolvendo as próprias empresas subcontratadas, em que uma subemprega outra em condições cada vez mais precárias (MENDES & CAMPOS, 2004, p. 213).

À medida que o SUS avance ainda mais em termos de cobertura, de qualificação da atenção e de garantia de atendimento, se não houver ampliação da qualificação dos profissionais de saúde para reconhecimento de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, poder-se-á esperar, num primeiro momento, a subnotificação dos números de doenças e acidentes de trabalho.

Notificar os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho ocasionalmente possui uma única causa, “perda para o trabalhador”, por isso, são geralmente de longa duração; o diagnóstico requer exames de laboratório especiais, anamnese e histórico ocupacional detalhado o que dificulta a sua identificação e registro (DIAS, 2010).

O diagnóstico de doenças e acidentes ocupacionais geralmente envolve estigma, medo pelo dono da empresa, profissional médico, das consequências legais como penalidades, indenizações, ações de responsabilização, multas, ou até mesmo o risco de fechamento da firma. Sendo o medo uma das principais consequências da não notificação da PAIR relacionada ao trabalho (DIAS, 2010).

Dados do Instituto Nacional de Saúde e Segurança Ocupacional (NIOSH) sobre o ano de 2008, referentes à notificação da Perda Auditiva Ocupacional nos Estados Unidos, calcula que cerca de 22 milhões de trabalhadores norte-americanos são expostos a níveis perigosos de ruído no trabalho e um adicional de 9 milhões expostos a produtos químicos ototóxicos, estimou que 242 milhões dolares são gastos anualmente com trabalhadores (NIOSH, 2010).

Ainda segundo o NIOSH (2010), estima-se que 16 milhões de pessoas que trabalham no setor Industrial, que responde por cerca de 13% da força de trabalho dos EUA, apresentam perda auditiva ocupacional, sendo a indústria de transformação a que mais registra casos, 72% (59.100 casos), tornando-se responsável por 1 em 9 doenças que podem ser agravadas, de acordo com o *Bureau of Labor Statistics*.

Ainda há desafios a enfrentar, considerando as barreiras comuns que levam à subnotificação dos casos, como trabalhadores com PAIR sem diagnóstico ou sem

o reconhecimento da relação com o trabalho.

Minimizar a notória subnotificação das doenças relacionadas ao trabalho, propiciando, dessa forma, subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para o enfrentamento desse problema.

3 METODOLOGIA

O presente estudo se constituirá em um estudo descritivo quantitativo e qualitativo, na abordagem transversal.

A pesquisa foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (Anexo 1) e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2) de cada participante aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob nº 18942413.2.0000.0103 (Anexo 3).

3.1 PROCEDIMENTOS ADOTADOS

O estudo foi desenvolvido em três etapas:

1) A primeira etapa foi o levantamento dos casos de PAIR notificados de 2007 a junho de 2014 na cidade de Curitiba, no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Casos de perda auditiva induzida pelo ruído são monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas que tem como modelo realizar a partir de estabelecimento de saúde. A unidade sentinela participa desta vigilância de forma facultativa, segundo norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Os casos são de notificação compulsória e realizada em uma ficha específica do SINAN (Anexo 4).

A partir desses dados, foram analisadas as seguintes variáveis: idade, sexo, raça, escolaridade, ocupação, vínculo empregatício, ramo de atividade, abertura da CAT.

2) Nesta segunda etapa foi aplicado um questionário situacional, com oito perguntas autoaplicáveis (Apêndice A), contendo identificação, conhecimento sobre doença profissional, assistência e diagnóstico, facilidades e dificuldades de atender o usuário trabalhador na unidade de saúde e notificação de PAIR. Inicialmente, foi realizado um estudo piloto com dez profissionais de saúde para avaliar a aplicabilidade do questionário. Após esse procedimento, o questionário foi aplicado

durante a programação do II Seminário Municipal de Conscientização sobre o Ruído.

Foram convidados profissionais médicos, enfermeiros assistenciais e fonoaudiólogos da rede municipal de saúde de Curitiba, distribuídas em nove distritos sanitários e serviços conveniados com SUS.

Caracterizando os profissionais de saúde sujeitos da pesquisa, na Secretaria Municipal de Curitiba até último levantamento em 02.05.2013, o número de profissionais contratados eram de 7.359. Desde 871 são enfermeiros, 1.117 são médicos e 13 são fonoaudiólogos. O questionário foi aplicado no II Seminário Municipal do dia Internacional de Conscientização sobre o Ruído, no dia 24 de abril, com os profissionais inscritos da rede de atenção básica de saúde e serviços conveniados ao SUS.

Foram considerados para este estudo 48 questionários referentes aos profissionais da saúde (10 enfermeiros, 14 fonoaudiólogos e 24 médicos) participantes do evento e que respondem pelos registros na APS.

A aplicação do questionário foi acompanhada de um texto explicativo do objeto de pesquisa e do termo de consentimento livre e esclarecido.

A análise dos dados dos 48 questionários respondidos foi realizada de modo a explorar as respostas sobre o nível de percepção e conhecimento sobre PAIR e a sua notificação, de maneira quantitativa para as questões fechadas e em categorias temáticas para as questões semiabertas.

3) Na terceira etapa do estudo foi realizada entrevista coletiva com questões semiestruturadas com aqueles profissionais que responderam "sim" a questão de número oito do questionário aceitando a participar nessa etapa. Num total de vinte e um profissionais aceitaram, porém, apenas nove participaram da entrevista coletiva no dia marcado previamente.

A entrevista coletiva foi semiestruturada, a partir de questionamentos sobre a importância da notificação das doenças relacionadas ao trabalho, enfocando a PAIR. Foram construídos quatro perguntas norteadoras:

1) Você se considera apto para identificar e notificar suas suspeitas de PAIR após sua participação no II Seminário Municipal sobre Ruído?

2) Da data do II Seminário Municipal sobre o Ruído até a data de hoje teria aparecido alguma PAIR que poderia ser notificado pela sua UMS?

3) Quais seriam as dificuldades de notificação que você ainda tem?

4) Em sua opinião porque a notificação de PAIR no seu município ainda continua baixa ou nula?

As perguntas norteadoras captam a essência da entrevista coletiva estruturada que apoiada em teoria e hipótese, que interessa à pesquisa da “notificação” e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do entrevistado (MARTINS & BÓGUS, 2004).

Os profissionais de saúde que aceitaram participar da entrevista coletiva e que expressaram sua vontade através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido receberam através de suas chefias locais o convite nominal para sua liberação. A data e o horário foram combinados com antecedência. O grupo foi subdividido no contra turno, realizado no auditório da Secretaria Municipal da Saúde, com duração de 2 horas cada entrevista.

As respostas foram gravadas e transcritas na íntegra, posteriormente categorizadas para análise e identificados os participantes da seguinte maneira, conforme Quadro 1, descrito a seguir, sujeitos do sexo feminino, com a letra “F” e masculino, a letra “M”.

QUADRO 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS PARTICIPANTES DA ENTREVISTA COLETIVA (N=9)

Sujeito	Profissão	Idade	Cargo	Formação Acadêmica	Lotação
F1	Fonoaudióloga	26	Técnico	Especialização	Distrito Sanitário
F2	Fonoaudióloga	34	Técnico	Especialização	Distrito Sanitário
F3	Fonoaudióloga	34	Técnico	Especialização	Distrito Sanitário
F4	Fonoaudióloga	52	Técnico	Mestrado	SMRH
F5	Fonoaudióloga	45	Gestora	Especialização	SMS
F6	Médica	27	Técnica	Especialização	UBS
F7	Médica	50	Técnico	Especialização	UBS
M1	Médico	38	Técnico	Especialização	UBS
M2	Médico	64	Técnico	Mestrando	UBS

4 RESULTADOS OBTIDOS

4.1 ANÁLISE DOS CASOS NOTIFICADOS DE PAIR EM CURITIBA

A seguir são demonstrados os números analisados dos casos de PAIR por ano de notificação.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DE NÚMEROS DE CASOS NOTIFICADOS DE PAIR POR ANO EM CURITIBA (N=44)

Ano	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2014	Total
Casos PAIR	3	1	9	5	4	20	2	44

Observa-se que no ano de 2012 houve um maior número de casos 20 (45,45%). Nesta série histórica o ano de 2013 foi atípico, no qual não houve notificações de PAIR em Curitiba, razão não explicada.

Na Tabela 2, levantamento dos trabalhadores (as) por sexo, faixa etária, escolaridade e situação do mercado de trabalho em Curitiba, notificados com PAIR pelo banco de dados do SINAN no período de 2007 a 2014.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DE CASOS POR SEXO, FAIXA ETÁRIA, ESCOLARIDADE E SITUAÇÃO DO MERCADO DE TRABALHO EM CURITIBA (N=44) (CONTINUA)

Variável/Ano	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2014	Freq.Abs.	Freq.Rel.
Sexo:									
Masculino	3	1	9	5	2	18	2	40	90,9
Feminino	0	0	0	0	2	2	0	4	9,1
Faixa Etária (anos):									
20-34	0	0	2	1	0	1	0	4	9,1
35-49	1	1	6	4	0	2	0	14	31,8
50-64	2	0	1	0	2	11	2	18	41
65-79	0	0	0	0	2	5	0	7	15,9
80 e +	0	0	0	0	0	1	0	1	2,2

Variável/Ano	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2014	Freq.Abs.	Freq.Rel.
Escolaridade:									
Ign/Branco	3	1	1	0	1	5	0	11	25
1ª a 4ª EF incompl.	0	0	0	0	0	5	0	5	11,4
4ª EF compl	0	0	0	0	1	1	0	2	4,6
5ª a 8ª EF incompl	0	0	0	0	2	4	2	8	18,1
EF completo	0	0	6	5	0	0	0	11	25
EM Incompleto	0	0	0	0	0	2	0	2	4,6
EM completo	0	0	2	0	0	2	0	4	9,1
Superior completo	0	0	0	0	0	1	0	1	2,2
Situação no Mercado de Trabalho:									
Ign/Branco	0	0	0	0	0	1	0	1	2,2
CLT	3	1	9	5	1	4	0	23	52,3
Autônomo	0	0	0	0	0	5	2	7	15,9
Estatutário	0	0	0	0	0	1	0	1	2,2
Aposentado	0	0	0	0	3	8	0	11	25
Outros	0	0	0	0	0	1	0	1	2,2

Observou-se que o sexo masculino representou um total de 40 casos (90,9%), a faixa etária de 50 a 64 anos (41%) dos casos notificados, o ensino fundamental completo representou (25%) dos casos e a situação do mercado de trabalho (52,3%) são trabalhadores regidos pela CLT.

Na Tabela 3, estão os dados sobre a emissão da CAT para os casos de PAIR.

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS CAT ENTRE OS CASOS NOTIFICADOS O SINAN, EM CURITIBA (N=44)

Emitida CAT	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2014	Freq.Abs.	Freq.Rel.
Ign/Branco	0	0	0	0	1	6	0	7	15,9
Sim	3	1	9	5	0	0	1	19	43,2
Não	0	0	0	0	2	14	1	17	38,6
Não se aplica	0	0	0	0	1	0	0	1	2,3
Total	3	1	9	5	4	20	2	44	100

No período estudado a emissão da CAT nos casos de PAIR representou (43,2%) dos casos notificados.

TABELA 4 – LEVANTAMENTO DA ATIVIDADE ECONOMICA E A CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO (CBO) NO PERÍODO DE 2007 A 2014, NOTIFICADOS COM PAIR EM CURITIBA (N=44)

CNAE 2.1	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Indústrias de Transformação	18	40,90
Outras Atividades de Serviços	9	20,44
Indústrias Extrativas	6	13,64
Transporte	4	9,10
Pesca	2	4,54
Comércio	2	4,54
Atividades Imobiliárias	1	2,28
Saúde Humana e Serviços Sociais	1	2,28
Administração Pública	1	2,28
GRANDE GRUPO DO CBO:		
Trab. da prod. de bens e serviços industriais (manuais)	16	36,36
Trab.em serviços de reparação e manutenção	14	31,82
Trab.da produção de bens e serviços industriais	8	18,18
Trab. agropecuários, florestas e da pesca	4	9,10
Trab. de serviços administrativos	2	4,54
TOTAL	44	100

A Indústria de Transformação representou (41%) dos casos de PAIR e a atividade profissional com maior caso notificado foi os trabalhadores de produção industrial manual 16 casos (36,4%).

A Tabela 5 mostra as notificações por Unidade de Saúde no período estudado:

TABELA 5 – LEVANTAMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE NOTIFICADORAS DO AGRAVO PAIR NO PERÍODO DE 2007 A 2014 EM CURITIBA (N=44)

Unidade Saúde Notificadora	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2014	Freq.Abs.	Freq.Rel.
CEREST	3	1	9	5	0	0	0	18	41
Hospital de Clínicas	0	0	0	0	4	20	0	24	54,5
Universidade Tuiuti do PR	0	0	0	0	0	0	2	2	4,5
Total	3	1	9	5	4	20	2	44	100

Observou-se que foi o Serviço de Vigilância Epidemiológica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, com 24 casos (54,5%).

4.2 PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE NOTIFICAÇÃO DA PAIR

A Tabela 6 demonstra os profissionais que participaram da pesquisa, que atuam na rede de Atenção Primária a Saúde de Curitiba, com a sua faixa etária, cargo e função que desempenham no seu local de trabalho e sua qualificação profissional.

TABELA 6 – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS QUE PARTICIPARAM DA SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA SOBRE A NOTIFICAÇÃO DA PAIR (N=48)

Caracterização	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Profissão:		
Enfermeiro	10	20,8
Fonoaudiólogo	14	29,2
Médico	24	50
Faixa etária (anos):		
26 – 35	19	39,6
36 – 45	13	27,1
46 – 55	12	25
56 +	4	8,3
Cargo/função:		
Técnico	42	87,5
Gestor	6	12,5
Local de Trabalho:		
Nível Central SMS	3	6,3
Distrito Sanitário	7	14,5
Unidade de Saúde	25	52,1
Outros Órgãos da PMC	3	6,3
Com Especialização:		
Sim	40	83,3
Não	8	16,7
Com Mestrado:		
Sim	3	6,3
Não	45	93,7

Observou-se que 50% dos sujeitos eram médicos, na faixa etária predominante de 26 a 30 anos, de nível técnico, especialistas em medicina do trabalho e provenientes da assistência básica.

Na Tabela 7 estão demonstrados os resultados sobre a percepção do preparo para identificar os problemas relacionados ao trabalhador:

TABELA 7 – PREPARADO PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS DE SAÚDE RELACIONADOS AO TRABALHADOR (N=48)

Está Preparado	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Sim	33	68,7
Não	15	31,3
Total	48	100,00

Observou-se que 68,7% dos profissionais de saúde, sentem-se preparados para identificar problemas de saúde relacionados ao trabalhador.

A Tabela 8 doenças passíveis de serem identificadas, segundo os sujeitos.

TABELA 8 – DEMONSTRATIVO DE DOENÇA PROFISSIONAL PASSÍVEL DE SER IDENTIFICADA PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO SEU LOCAL DE TRABALHO NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM CURITIBA. (N=48)

Doença Profissional	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Transtorno Mental	35	72,91
LER/DORT	34	70,83
PAIR	16	33,33
Outras	9	18,75

Observa-se que as doenças profissionais LER/DORT (34) e Transtorno Mental (35), foram os casos identificados de maior ocorrência no seu local de trabalho.

Na Tabela 9 estão demonstradas as ações desenvolvidas no local de trabalho em relação à saúde do trabalhador.

TABELA 9 – DEMONSTRATIVO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS NO LOCAL DE TRABALHO PARA GARANTIR O CUIDADO INTEGRAL AOS USUÁRIOS TRABALHADORES DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE CURITIBA. (N=48)

Ações	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Orientação	33	68,75
Consulta inicial	29	60,41
Diagnóstico Complementar	25	52,08
Notificação	18	37,50
Grupo de Reabilitação	4	8,33
Outros	9	18,75

Observou-se que a ação de orientação foi relatada por 33 sujeitos, o que apontou ser a mais desenvolvida no local de atuação do profissional de saúde para garantir o cuidado integral aos usuários trabalhadores da rede de Atenção Primária de Curitiba.

Na questão semiaberta para relatar as facilidades e os fatores que dificultam o desenvolvimento na rotina em seu local de trabalho, as respostas foram categorizadas e estão a seguir:

QUADRO 2 – CATEGORIZAÇÃO DAS FACILIDADES RELATADAS PELOS SUJEITOS NO ATENDIMENTO A TRABALHADORES (N=48)

Categorias	Situação relatada
Acessibilidade ao serviço	- acesso, proximidade com a população, unidade de saúde próxima, Cidade Industrial de Curitiba (CIC).
Disponibilidade de serviços ao trabalhador	- exame periódico, exames audiômetros, consulta inicial, alguns exames complementares, encaminhar para referencia de medicina do trabalho, orientação.
Apoio da gestão\Suporte técnico	- reuniões mensais com o grupo, apoio da Instituição nas ações de prevenção e proteção a saúde do trabalhador, tempo de atendimento, equipe de saúde multiprofissional, proximidade com o gestor do Distrito Sanitário, prontuário eletrônico para notificação disponível.
Formação profissional	- ter na unidade de saúde um médico que também trabalha em outro serviço como médico do trabalho, profissionais habilitados, profissional polivalente, trabalhar em empresa ligada a vários órgãos público, diagnóstico e orientação são realizados por mim (capacitado).

O serviço de saúde próximo à população é relatado como facilitador no acesso do atendimento para o trabalhador, como também a disponibilidade de serviços para exames e encaminhamento para especialidade de medicina do trabalho. Apoio da gestão com reuniões mensais, nas ações de proteção a saúde do trabalhador, equipe multiprofissional e com formação em saúde do trabalhador, prontuário eletrônico disponível para notificação de doença relacionada ao trabalho.

QUADRO 3 – CATEGORIZAÇÃO DAS DIFICULDADES RELATADAS PELOS SUJEITOS NO ATENDIMENTO AO TRABALHADOR (N=48)

Categorias	Situação relatada
Formação profissional Insuficiente	- médico em se preocupar somente com o diagnóstico, não conhecer o ambiente de trabalho, falta capacitação e conhecimento, “deveria ser mais bem difundidas essas ideias”, sem se preocupar com maiores detalhamento do problema apresentado pelo paciente.
Falta de Apoio da Gestão	- número de profissionais e tempo reduzido, burocracia da notificação e de alguns exames, organização do trabalho, fluxo e programas, falta de interesse da diretoria e da própria corporação, espaço físico, pressão da demanda, absenteísmo, licença médica prolongada.
Descontentamento profissional	- a Secretaria Municipal de Saúde não cuida de seu trabalhador, falta de política voltada à saúde do trabalhador.
Receio da notificação	- cumprimento legal

A dificuldade relatada foi na formação do profissional por não ter conhecimento e falta de capacitação específica em saúde do trabalhador, não conhecer a necessidade do trabalhador. Outro fator foi o número de profissional e tempo de atendimento reduzido, burocracia da notificação, solicitação de alguns exames e falta de apoio da gestão, como também um descontentamento do profissional da saúde em relação ao seu cuidado pela falta de política voltada à

saúde do trabalhador. Também apareceu o receio da notificação como cumprimento legal.

Na Tabela 10 está demonstrando a percepção dos profissionais de saúde sobre a PAIR.

TABELA 10 – DEMOSTRATIVO DA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO À PERDA AUDITIVA INDUZIDA PELO RUÍDO NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE DA CIDADE DE CURITIBA. (N=48)

Questões	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Conhece as características da PAIR?		
Sim	27	56,2
Não	9	18,8
Nem Sempre	11	22,9
Ignorado	1	2,1
Sente-se apto para identificar os casos de PAIR?		
Sim	21	43,7
Não	11	22,9
Nem Sempre	15	31,2
Ignorado	1	2,1
Nos casos suspeito de PAIR é realizada a notificação para o SINAN?		
Sim	18	37,5
Não	25	52,1
Ignorado	5	10,4

Observa-se que o profissional de saúde conhece as características, isso representou (56,2%), e sente-se apto a identificar casos de Pair (43,7%). Ainda referente à análise na Tabela 10, onde (52,1%) não encaminham a ficha para ser notificado no SINAN, havia uma justificativa do por que dessa atitude. Os relatos dos profissionais de saúde estão no quadro a seguir, categorizados:

QUADRO 4 – JUSTIFICATIVAS DA NÃO NOTIFICAÇÃO DA PAIR NO SINAN PELOS PROFISSIONAIS (N=48)

Categorias	Situação Relatada
Falta de conhecimento sobre a notificação da PAIR	- desconheço essa notificação, falta de orientação de como fazê-lo, não tenho conhecimento se este é notificado, trabalhadores não são regidos pela CLT, dificuldade de alguns órgãos de realizar notificação quando o medico solicita (fluxo)
Não perceber a saúde do trabalhador como atribuição no serviço	- como a saúde do trabalhador não é focada nas Unidades Municipais de Saúde, tenho que encaminhar para UST\HT, não realiza atendimento ao trabalhador, nunca surgiu um caso, não realizo atendimento do trabalhador diretamente, não é minha atribuição, não se sabe das dificuldades do trabalhador no meu trabalho.
Dificuldade na caracterização da PAIR (diagnóstico)	- sem audiometria é difícil caracterizar PAIR, falta de dados sobre o local do trabalho e medição do ruído,
Dificuldades com o sistema informatizado de notificação	- falta de facilidades do sistema informatizado, não se tem este sistema implantado no trabalho e nem fluxo de notificação, burocracia no preenchimento.
Medo	- dificuldade de aceitação da notificação pelos empregadores, resistência e medo.

Observou-se que o profissional da saúde desconhece e não sabe sobre a notificação da PAIR, por falta de orientação de como fazê-lo, entendimento do fluxo de notificação conforme o vínculo empregatício do trabalhador, não percebe a saúde do trabalhador com atribuição no serviço, dificuldade na caracterização da PAIR sem ter um apoio diagnóstico e informação sobre o local de trabalho. O sistema informatizado apontou como sendo uma dificuldade na notificação da PAIR, burocracia no seu preenchimento e fluxo não estabelecido. Não aceitar a notificação

pelo empregador realizado pelo serviço público. Profissional da saúde comenta sobre resistência e medo em notificar PAIR.

4.3 ENTREVISTA COLETIVA

Em relação a se sentirem aptos para identificar e notificar suspeitas de PAIR encontrou-se as seguintes subcategorias:

1) Não notificação ainda por dificuldades de compreender o processo e por dificuldades no diagnóstico e caracterização da PAIR:

Os profissionais ainda relatam dificuldades em utilizar as ferramentas de maneira correta para realizar a notificação da PAIR. Além de dificuldade em definir se existe alteração auditiva ocupacional. Os quatro médicos que participaram da entrevista tem formação para medicina do trabalho.

M2 “[...] eu não notifiquei porque eu ainda, [...] eu não tenho ainda a maneira correta de notificar, eu tenho um pouco de dificuldade ainda no sistema informatizado”.

F5 “[...] eu trabalho há três anos e meio na Prefeitura, e como eu tinha falado, eu nunca fiz nenhuma notificação de PAIR [...] porque acho que deveria acender uma...uma luz aí pra gente começar a notificar, porque eu acho que é bem importante.”

M2 “[...] a parte técnica é complicada né, tem a parte das informações ... mas também tem a parte técnica de você pegar um audiograma e falar “isso aqui é ocupacional ou não é”.

F7 [...] e a pessoa não chega dizendo né “eu tenho perda auditiva, eu acho que eu tenho uma perda auditiva por exposição a ruído”.

F5 “[...] mas se fosse pra fazer uma notificação, seria uma suspeita bem subjetiva...né [...] nós também dependemos dessa concretização da audiometria pra poder fazer a notificação mais específica...né.”

F6 “[...] Depois do Seminário, também infelizmente acabei não fazendo nenhuma notificação de PAIR [...] Com certeza eu tive gente que atendi... é uma coisa até comum que a gente atende, principalmente de gente mais idade, não tive oportunidade de fazer nenhuma notificação, talvez pela questão prática mesmo, que falta alguns dados pra gente concluir ...”

M3 “[...] eu encaminho pro serviço de...que faz avaliação, que seria o Hospital do Trabalhador, porque eu não faço, não fiz nenhum até hoje, não abri nenhuma CAT pra falar a verdade, de PAIR, e acho que não tem condições de abrir...[...] sem dados nenhum da empresa, do paciente, sem audiometria, nem nada, como é que você vai dizer ? É um chute, e é um documento legal...”

F4 “[...] eu trabalho na saúde ocupacional, eu faço essas audiometria, e eu tenho programa que faz análise das audiometrias segundo canal...mesmo assim não me sinto apta pra preencher esse cadastro.”

F5 “[...] que fluxos, que caminhos utilizariam, por exemplo, pra essa pessoa que vem com essa queixa...mas seria um caso de avaliação e de notificação, mas eu... tenho duvida nesse caminho.”

M3 “[...] foi comentado alguma coisa também sobre as dificuldades do (e-saude) de como acessar o programa.”

M2 “[...] se nós tivéssemos como pedir uma audiometria, isso facilitaria muito.”

M3 “[...] a falta de informações pros médicos, enfermeiros, às vezes um enfermeiro até indica, ela fala “oh, isso aqui é...” divulgação né, eu acho que todo mundo, não só medico...,teria que todo mundo ter treinamento pra saber o que...treinamento também para orientar os profissionais sobre o problema...tinha que ser feito.”

F7 “[...] eu achei uma boa ideia que seja um treinamento para todo mundo, os auxiliares de enfermagem... mande um medico em um dia, outro, outro. [...] ele não falam, ele escondem os e-mails, eles escondem o papel... se não vier um ordem de cima ‘cumpra-se’...vai para gaveta.”

2) A organização do trabalho dificultando a notificação:

A não notificação da PAIR na Rede de Atenção Primária é justificada pelo acesso burocrático ao apoio diagnóstico, tempo de atendimento curto para questões de anamnese ocupacional, falta de apoio do gestor local.

F6 “[...] tempo que a gente tem de atendimento do paciente, porque o paciente não tem só a perda auditiva que a gente tem que avaliar, é a hipertensão, é o diabetes, um monte de coisa...não dá tempo...[...]eu fiz medicina do trabalho, então eu deveria também estar atenta...a gente acaba dando prioridade pra outras coisas.”

F5 “[...] eu acho que uma das dificuldades encontradas na área é a falta do fonoaudiólogo...na triagem, na anamnese...o médico não tem tempo na consulta, mas ele tem uma suspeita, ele sabe que pode contar com alguém que pode aprofundar essa pesquisa...”

F3 “[...] a prioridade ‘Gestor com o Programa Saúde Auditiva’ está sendo realmente nos casos das crianças menores de três anos.”

F7 “[...] minha dificuldade maior seria, a parte de notificação, é do tempo mesmo, que eu não disponho do tempo pra fazer uma anamnese muito bem feita né, infelizmente a nossa saúde é baseada em números...”

M2 “[...] o médico tem um volume grande de atendimento, muitas vezes não dá pra você, você acaba não pegando aquilo como uma coisa importante. [...] pressão do paciente, como é que estão os exames, se está tudo bem [...] teve épocas que nos tínhamos quatro médicos clínicos gerais...demanda estava sempre lotada, hoje tem um de manhã e um a tarde...emendar consulta uma atrás da outra. [...] você vai estendendo o seu tempo e você tem horário, e depois você tem outro turno. [...] outra coisa eu acho que é fazer o que vocês estão fazendo, esses treinamentos...[...] com a mecanização do dia a dia, que você tem que fazer aquela rotina, aquela correria você não...você não para pra “pô, esse aqui é um caso que...eu teria que notificar”.

3) Entendimento dos profissionais sobre a notificação na suspeita da PAIR:

Alguns profissionais entendem a importância da notificação da PAIR mesmo quando há somente a suspeita ou no seu início, mas, mesmo assim com essa compreensão ainda demonstram receios na notificação.

F3 “[...]...eu acho que pra mim mudou bastante a minha ideia... [...] a gente não está notificando uma doença, a gente tá notificando uma suspeita.”

M2 “[...] agora a PAIR, ela começa e casos leves, o ideal já seria notificar desde o início né, então não esperar um, um agravamento do quadro.”

F2 “[...] mas eu acho que o foco não é o diagnóstico, o foco é a suspeita, quem vai fazer o diagnóstico não somos nós na unidade de saúde básica, não é a fono, o que a gente vai fazer é uma suspeita, uma sinalização pra que vá fazer investigação.”

F4 “[...] ...justamente...até pelo audiograma eu posso até suspeitar de uma perda auditiva seja induzida por ruído, essa perda auditiva é muito difícil... [...]

porque eu só...mas fazer o diagnóstico nosológico...fazendo audiometria, eu faço uma anamnese só para adulto, eu levo um tempo danado, e mesmo assim eu ainda tenho duvida de dizer, é ...assertivamente uma perda auditiva induzida pelo ruído.”

F2 “[...] é uma suspeita, eu não estou dizendo que é, eu fiz a notificação [...] você faz a notificação lá na sua unidade que que fica do outro lado da cidade, que bem longe da minha, lá ela fazem uma notificação, mas de repente, quando a notificação chega no CEREST lá, são três pessoas da mesma empresa.”

F3 “[...] vamos pensar no inicio de uma PAIR, um jovem de vinte e cinco anos...depois dos quarente e dois, cinquenta anos, com queixas né, mas também não tem audiometria, não tem então nenhum histórico que dê subsídio.”

F5 “[...] se a gente não notificar pra que vão investir em políticas disso, porque vão apertar mais em relação a isso no local de trabalho? [...] eu acho que até o SINAN é mais um registro na Secretaria... no sentido de melhorar as políticas pra fazer prevenção.”

4) Explicação dos profissionais sobre a baixa notificação de PAIR no município por problemas de falta de formação na área e por medo.

As respostas apontam para a falta de informação para população e dos profissionais sobre o agravo, o prejuízo que pode causar a notificação ao trabalhador em relação ao seu emprego e a falta de Política Pública para Saúde do Trabalhador:

F6 “[...] falta um pouco de conhecimento do próprio profissional medico nessa questão, ...tenho um pouco mais conhecimento porque eu fiz a especialização em Medicina do Trabalho [...] acredito que eu não daria tanta importância para essa situação, eu que fiz, as vezes acaba passando batido pra quem não fez e não tem conhecimento no assunto é pior [...] capacitação pra orientar os profissionais que estão ali na atenção primaria, pra eles terem um pouco mais de...chamar mais atenção pra essa situação que é importante [...] a demanda, isso impossibilita a gente de notificar, por mais que, logico, não é uma coisa tão demorada assim, mas já é uns dois, três minutos a mais em uma consulta...[...] mil coisas pra gente resolver e isso acaba atrapalhando bastante.”

F5 “[...] tem uma parcela do próprio usuário...[...] ‘ah, eu vou falar que eu tenho uma perda auditiva, eles vão me tirar da onde eu estou, vão me por em outro canto, eu não quero fazer’. [...] então isso acaba ficando silencioso até que a coisa

se agrava [...] eu acho que esses casos mais silenciosos acho que acontece muito [...] ‘eles vão me tirar de uma função que eu gosto de fazer, que eu exerço’...[...] ‘então eu fico quieto, fico na minha, e o dia que a coisa agravar a gente vê o que acontece’. [...] eu acho que tem um pouco, assim, as coisas elas meio que se articulam assim, sabe, acho que tem a questão do médico, mas também tem a questão do usuário.”

F6 “[...] uma pessoa que tem esse problema, pra que ele sentisse confortável com essa notificação de que não lhe causaria dano nenhum né, é...como é que você poderia convencê-lo a fazer isso né? [...] ‘puxa, eu vou notificar, e que risco que essa pessoa tem?’ né, eu vou ser, por exemplo, culpado, digamos que eu sou um médico lá, eu vou ser culpado dele ser remanejado dessa função pra essa por causa de uma coisa que fui eu que fiz? [...] eu me sentiria insegura com essa questão, vou notificar uma situação que eu posso colocar a profissão dele em risco, e acabando causando um desconforto.”

M2 “[...] eu tive um paciente... era piloto de avião...nos exames periódicos foi detectado uma perda auditiva mas ele escutava bem, e daí ... o pessoal tirou ele dessa função...aposentaram...ele achou que foi um complô...‘porque nunca aconteceu nenhum acidente, nunca teve nada’”.

M3 “[...] eu acho que as empresas também ficam com medo né...de doença ocupacional, que é considerada como acidente de trabalho...e o aumento da contribuição...penalizar sim...e o médico da empresa também e funcionário...”

F7 “[...] não vejo resultado no meu trabalho ... nas doenças ocupacionais, eu não vejo resultado porque não interessa, não interessa, pelo nosso sistema de saúde.”

Os profissionais ainda relatam dificuldades pelo acesso burocrático e na correta maneira de realizar o diagnóstico e a notificação da PAIR por limitações em utilizar a ferramenta para esse fim. A falta do tempo curto para realizar anamnese ocupacional, falta de apoio do gestor local. Alguns profissionais entendem a importância da notificação da PAIR mesmo quando há somente a suspeita, mesmo assim demonstram receios na notificação. Falta informação para população e para os profissionais sobre PAIR.

5 DISCUSSÃO

Na análise o banco de dados do SINAN, primeira etapa do estudo, os casos notificados por PAIR no período de 2007 a junho de 2014 em Curitiba, (Tabela 1), vinham aumentando até 2009, uma das evidências seriam as capacitações que o CEREST vinha realizando com os médicos da Rede de Atenção Primária à Saúde. Em 2012 houve um aumento de (50%) nos casos, sabe-se que um importante fator, determinante do aumento nesse ano foi o interesse do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital de Clínicas da UFPR que elevou a motivação dos docentes, residentes e alunos do Departamento de Otorrinolaringologia, para o reconhecimento e registro dos casos da perda auditiva relacionada ao trabalho. No ano seguinte de 2013 foi um ano atípico por não haver casos notificados de PAIR, razão esta não identificada.

Dos casos notificados de PAIR no Brasil entre 2007 e 2012, a região Sul concentrou 67 casos, ficando na posição de 4º lugar em relação às outras regiões. Entre os três Estados da região Sul o Paraná que mais notificou com 46 casos e ficando em 8º lugar de números de notificações por UF, no período estudado.

No ano 2014, até o mês de junho, foram notificados dois casos, pelo serviço da saúde de Fonoaudiologia da Universidade Tuiuti do Paraná, como uma unidade sentinela. Entre os casos notificados o sexo masculino representou um total de (90,9%), a faixa etária predominante de 50 a 64 anos (41%), o ensino fundamental completo representou (25%) dos casos e a situação do mercado de trabalho (52,3%) são trabalhadores regidos pela CLT. A CAT foi emitida para (43,2%), sendo trabalhadores da produção de bens e serviços Industriais manuais (36,36%), a Indústria de Transformação teve (40,90%) dos casos.

Resultados semelhantes encontraram no Boletim de Informações do Centro Colaborador PISAT/ISC/UFBA – MS/DSAST/CGSAT de novembro de 2013, sobre notificação da PAIR no Brasil. O sexo masculino foi de (90,7%), a faixa etária de 40 anos ou mais representou (79,3%), ensino fundamental incompleto (48,3%) e o contrato de trabalho formal (66,2%). A CAT foi emitida para (58,3%), trabalhadores da produção de bens e serviços da Industrial manual (58,8%) e a Indústria de Transformação (47,2%).

Observou-se que houve uma diferença no grau de escolaridade entre

Curitiba e o Brasil. Isto talvez por Curitiba ser conhecida historicamente como cidade universitária (LERNER, 2004), o que facilitaria os trabalhadores (as) a conclusão do ensino fundamental. A CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) foi emitida para 19 casos (43,2%) como mostra a Tabela 3. Quando analisados os dados Nacionais, foram (58,3%). Sugere que o direito trabalhista e previdenciário dos trabalhadores (as) está sendo respeitado, pois todos os CLT deveriam ter a CAT aberta. Quando analisada a Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE 2.1) a Indústria de Transformação representou 41% dos casos de PAIR, resultado semelhante apresentado em todo o País e publicado no boletim de informação do Centro Colaborador em (2013) com 47,2% dos casos no Brasil. Isso talvez porque a atividade profissional de maior risco para surdez, correspondendo ao grande grupo 7 da Classificação Brasileira de Ocupação-CBO. No que se refere fonte notificadora, o serviço de saúde que mais notificou no período, foi o Serviço de Vigilância Epidemiológica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, com 24 casos (54,5%), que fazem parte da lista de fontes notificadoras da Secretária Municipal de Saúde de Curitiba. O HC como é conhecido, é referência regional de alta complexidade que atende todas as especialidades, fator facilitador de busca de casos de PAIR. A segunda fonte que mais notificou foi o CEREST pela especificidade de concluir os processos administrativos e a UTP por ser referência terciária na RAS.

Em relação à percepção e informação sobre a PAIR e sua notificação entre os profissionais de saúde, observou-se (Tabela 6) que o profissional médico foi à categoria mais representativa com 50% de participação na pesquisa, e a faixa etária foi entre 26 a 35 anos representando 19 participantes (39,6%), a função\cargo técnica com 42 participantes (87,5%) e o local de trabalho foi a Unidade Básica de Saúde com 25 participantes (52,1%), dos que informaram ter curso de especialização, 40 participantes (83,3%) falaram que sim e 6,3% com mestrado. São servidores concursados que atuam na unidade básica de saúde ou na Estratégia Saúde da Família. Os serviços são porta de entrada para questões básica de saúde da população, onde são acolhidos pelos profissionais de saúde antes de passar por consultas, porém, pouca atenção na coleta de queixas, essencial para auxiliar no diagnóstico e estabelecer a relação à doença e o trabalho (DIAS *et al*, 2013). De acordo com Chiavegatto (2010) esta lacuna na formação dificulta que os profissionais realizem-na em suas práticas cotidianas de trabalho.

Observou-se na Tabela 7 que 68,7% dos profissionais de saúde, dizem sentir-se preparado para identificar problemas de saúde relacionados ao trabalhador. Entre os anos de 2009 e 2010 o CEREST promoveu capacitações com os médicos e enfermeiros da rede para apresentar ao Plano de Ação Nacional em Saúde do Trabalhador. Os temas foram abordados de maneira transdisciplinar sobre Saúde do Trabalhador na Atenção Básica. Segundo Corrêa *et al* (2013), o apoio institucional e a qualificação dos trabalhadores da saúde são componentes decisivos na qualidade das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Na Tabela 8 demonstra que as doenças profissionais LER/DORT (70,83%) e Transtorno Mental (72,91%), foram os casos identificados no seu local de trabalho. Estudo da série histórica com o SINAN de Minas Gerais no período de 2007 a 2011 constatou que a LER/DORT teve 11% do total de 41.162 casos notificados. Estes dados têm um reflexo dos direitos trabalhistas e previdenciário historicamente conquistado pelos trabalhadores, que também refletem essas mudanças com o agravante de promover a convivência de “novas” formas de adoecimento como a LER/DORT e depressão (CORRÊA *et al.*, 2013).

Observou-se na Tabela 9 que a ação de orientação foi a mais desenvolvida no local de atuação do profissional de saúde para garantir o cuidado integral aos usuários trabalhadores da rede de Atenção Primária de Curitiba. Em nível local de saúde, as ações de orientações são direcionadas para a solução dos problemas encontrados, para a resolução de casos clínicos e/ou para ações de vigilância. Este sinergismo entre o serviço de saúde e a comunidade, facilita a orientação em saúde (MACHADO, 2003).

A notificação de PAIR foi à ação relatada na penúltima posição no cuidado integral aos usuários trabalhadores. Este fato pode ter sido um ato de despreparo na formação de profissionais da saúde ainda com uma visão clara sobre a centralidade do trabalho, esquecendo-se das necessidades do adoecimento do trabalhador como determinante e da importância de sua função social quanto servidor público nesse contexto (LACAZ, 2007).

Segundo Peres (2013), nenhuma orientação é efetiva se o público a que se destina não quiser escutá-la. Para orientação servir ao fim proposto deve ser recebida, processada e, então, se tornar parte da ação integral a saúde do trabalhador.

A contribuição dos profissionais de saúde da equipe da APS para a atenção

integral à saúde do usuário trabalhador pressupõe o conhecimento sobre as atividades produtivas, o perfil epidemiológico e as situações de vulnerabilidade da população frente ao ruído, e a sua incorporação no planejamento das ações, em especial as notificações das doenças relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2012). Ainda há trabalho a ser realizado no amadurecimento técnico-profissional para os profissionais da APS de Curitiba.

No que se referem às facilidades relatadas pelos profissionais de saúde no desenvolvimento das rotinas em ST (Quadro 2), encontrou-se as seguintes categorias: 1) Acessibilidade ao serviço, 2) Disponibilidade de serviços ao trabalhador, 3) Apoio da gestão e suporte técnico, 4) Formação profissional.

A acessibilidade ao serviço pela população foi o mais relatado. Segundo Dias (2013), a oferta de serviços de saúde nos territórios, facilita o acesso dos usuários trabalhadores, a identificação de demandas e problemas de saúde relacionadas às atividades produtivas desenvolvidas no território, estabelecendo vínculos e fortalecendo as relações de confiança com a equipe de saúde e a população, o que pode-se observar na fala dos profissionais.

Tanto a OMS (1978) quanto a OPS (2005) consideram que a APS tem a função de aproximar a atenção de saúde, tanto quanto seja possível, do lugar onde as pessoas vivem e trabalham. Isso também é relatado pelos profissionais sobre a disponibilidade de serviços ao trabalhador (a) encaminhando para o serviço de referência de medicina do trabalho do Hospital do Trabalhador, que atende a referência e contrarreferência da rede de saúde da capital e região Metropolitana de Curitiba.

Assim a organização das Redes de Atenção à Saúde - RAS deveria ser a principal estratégia proposta para superar a fragmentação do cuidado e da gestão (BRASIL, 2010) se bem estruturada.

Em relação à questão sobre o Apoio da gestão e suporte técnico, as respostas demonstradas no Quadro 2 mostram a sua importância, por ser a maneira de garantir acesso e criar espaços de acolhimento e vínculo entre profissionais e usuários, assegurando ações e serviços com efetividade e eficiência.

Esse apoio da gestão é definido como “arranjos organizativos” de ações e serviços de saúde. A facilidade em ter na unidade de saúde um médico que também trabalha em outro serviço como médico do trabalho vem a somar com as práticas de cuidado básico a saúde do trabalhador e com a equipe multiprofissional (DIAS,

2013).

No que se referem às dificuldades pelos profissionais de saúde (quadro 3), as categorias encontradas foram: 1) Formação profissional insuficiente, 2) Falta de apoio da gestão, 3) descontentamento profissional, 4) Receio da notificação.

Segundo Chiavegatto (2013) existe uma lacuna na formação dos profissionais em suas práticas cotidianas de trabalho. Muitas vezes, a formação tem uma visão restrita quanto à Saúde do Trabalhador. Para muitos profissionais de saúde envolvidos com o diagnóstico, registro ou notificação, isso não é importante e, portanto, não precisa ser registrado ou lhes falta à formação adequada para realizar a tarefa (CORRÊA *et al*, 2013).

Para os trabalhadores da saúde da atenção primária é um novo campo de ação com capilaridade da VISAT, que tem como desafios para unidades básicas de saúde fazer intervenções no território por meio de trabalho em conjunto (DIAS, 2009).

Outro fator relatado na pesquisa pelos profissionais de saúde foi à falta de apoio da Gestão, expressa na sobre carga de trabalho, como o número de profissionais e tempo reduzido, burocracia da notificação e de alguns exames, organização do trabalho, fluxo e programas, falta de interesse da diretoria (gestão) e da própria corporação, pouco espaço físico, pressão da demanda, absenteísmo, licença médica prolongada.

Considerando que os problemas de saúde relacionados ao trabalho são complexos e não podem ser resolvidos apenas na APS, para que esta possa de fato coordenar o cuidado integral à saúde do usuário trabalhador, é essencial contar com o apoio de outros pontos de atenção da rede do SUS. Como o CEREST, passa a ser um lócus privilegiado de articulação intra e intersetorialmente com os gestores e o controle social na visibilidade da saúde do trabalhador.

Para Dias (2013), o CEREST tem um papel importante e essencial com o profissional de saúde que desempenha estas tarefas, capacitar a rede para que possa investigar a queixa ou problema de saúde explicitado pelo usuário e verificar se possuem relação com o trabalho atual ou pregresso destes, por meio de coleta da história ocupacional.

Outra observação é a saúde do trabalhador da saúde que é vivida no ato de trabalhar e cumprir metas, gerando adoecimento e sofrimento. Segundo Faria (2007) no contexto econômico e social, com o advento das racionalidades parciais, há

utilização dos argumentos que, embora bem elaborados, pouco justificam as ações de exploração, dominação e coerção no trabalho, que não deixa de institucionalizar a violência social.

O SUS prevê condições de trabalho aos profissionais, como por exemplo, a Portaria nº 2.554/2011 onde, o local de trabalho deve oferecer condições de segurança, conforto e bem-estar para usuários e trabalhadores, estabelecendo mecanismos de repasse de recursos financeiros para a reforma\ampliação de UBS municipais, como forma de prover infraestrutura às equipes de AB para desempenho de suas ações (BRASIL, 2011).

Outra categoria analisada foi o descontentamento do profissional com o gestor da SMS por falta de política voltada para saúde do trabalhador. Há uma preocupação dos profissionais da saúde em ter uma política com avanço da integralidade da atenção no SUS e no Serviço Público. Isso dependeria da incorporação pelos profissionais da Atenção Básica, principalmente da categoria “trabalho” como elemento fundamental na compreensão do processo saúde-doença da população e de seus impactos no ambiente (DIAS, 2013).

Na categoria para não notificação refere-se ao medo.

Para muitos profissionais da saúde a questão de notificar gera punição.

Segundo Minayo-Gomez & Lacaz (2005), a não aceitação pelas empresas de laudos e atestados de afastamento do trabalhador assinados por médicos generalistas da saúde da família, leva a um entendimento que também não há necessidade de fazer a notificação e inibe a mesma.

Da mesma forma que o medo da empresa no estabelecimento da relação do agravo ou doença com o trabalho que desencadeia a notificação no SINAN e as ações de vigilância e intervenções em ambientes de trabalho, o que é desestimulado por pressões dos responsáveis pela empresa sobre os profissionais da saúde e trabalhadores (GONÇALVES, 2003).

O profissional de saúde diz que conhece as características da PAIR, e sente-se apto para identificar casos de PAIR (Tabela 10), porém 52,1% não realizam o registro para serem notificados no SINAN. Essa omissão traz para o serviço público prejuízos nas ações de políticas efetivas a saúde do trabalhador. É um dos desafios é conseguir que o conjunto de profissionais da saúde da APS e gestores do SUS Curitiba, incorporem em sua prática cotidiana a compreensão de que o trabalho é um dos determinantes do processo saúde-doença, o que exige o envolvimento de

todo o sistema de saúde para garantir cuidado integral aos trabalhadores e garantir segurança sem se sentir ameaçado, para notificar.

Quando realizada a entrevista coletiva estas questões foram aprofundadas.

Reforça-se nos relatos das dificuldades na correta maneira de realizar a notificação da PAIR por limitações em registrar no sistema informatizado existente, que é a ferramenta utilizada no município para esse fim.

Esse sistema informatizado da Rede de Atenção a Saúde atual em Curitiba é recente, vem sendo reestruturado dentro da cultura organizacional do serviço público. Entende-se toda mudança gera um tempo para aprendizagem e com isso gera perda de informações, porém a não notificação é anterior ao sistema.

Outra dificuldade reforçada na entrevista coletiva foi à definição de alteração auditiva ocupacional. Segundo Nunes *et al* (2011), aspectos que podem contribuir para o não diagnóstico da PAIR é a sua evolução silenciosa e demorada, que pode ocultar a percepção donexo causal entre o trabalho e a saúde e não ser queixa do trabalhador. Ainda esse autor diz que outras dificuldades na notificação da PAIR seriam devido à capilaridade da rede do SUS e à possibilidade de se incluírem os trabalhadores do mercado informal, ignorados no universo dos registros oficiais de acidente de trabalho. Ou seja, em cada nível de atendimento do usuário trabalhador a notificação dos agravos à saúde deverá acontecer.

Para a vigilância epidemiológica da Saúde do Trabalhador, o desafio reside na identificação precoce da ocorrência de casos de PAIR para a adoção de medidas visando à melhoria do ambiente ruidoso (CORRÊA *et al*, 2013). Para tanto, é necessário que a notificação dos casos seja realizada de forma oportuna pelas unidades de saúde e haja um rápido fluxo de informações entre vigilância do CEREST Curitiba e a rede de APS, “agilizaria” o processo, como por exemplo, inspeção no local de trabalho pela vigilância em saúde.

E, segundo Corrêa *et al* (2013), um problema que ainda precisa ser enfrentado para minimizar a não notificação é a fraca capacidade de identificação ou reconhecimento da relação causal ocupacional por parte dos profissionais de saúde.

Nas entrevistas coletivas ressurgiu a questão do medo das implicações da notificação e o que isso poderia gerar.

Tal receio apontado pelos profissionais, segundo Dias (2010), deve-se ao não engajamento dos profissionais com as bases conceituais de Saúde do Trabalhador, considerando o trabalhador como o sujeito central das práticas, e a

ação fundamental é a intervenção sobre os ambientes de trabalho. Quando o profissional da saúde tem medo dos responsáveis pelas empresas, não está colocando o trabalhador na centralidade de sua ação.

Outro aspecto que foi apontado na entrevista coletiva foi à falta de apoio do gestor local, que pode explicar também o receio/medo na notificação.

Os aspectos acima reforçam a resistência dos profissionais da atenção primária e a necessidade da ampliação do olhar sobre o trabalho, reconhecendo seus reflexos sobre o viver e adoecer dos trabalhadores (CHIAVEGATTO & ALGRANTI, 2013).

Acredita Lacaz (1997) na necessidade da formação de profissionais com uma visão clara sobre a centralidade do trabalho na determinação do adoecimento e da importância de sua função social nesse contexto, tendo-se como eixo norteador as necessidades sociais em saúde e, nesse sentido, preocupando-se com a saúde do público, sejam indivíduos, grupos étnicos, gerações, classes sociais e populações, possibilitando-lhes uma maior e mais efetiva participação da sociedade nas questões da vida, da saúde, do sofrimento e da morte, na dimensão do coletivo e do social.

Os profissionais entendem a importância da notificação da PAIR mesmo quando há somente a suspeita ou no seu início, isto talvez fruto das orientações recebidas através dos Seminários realizados durante 2014. Alguns, mesmo com essa compreensão, ainda demonstram receios na notificação, conforme já mencionado.

Afirma Gonçalves (2009) que não basta somente informar o trabalhador, no caso os profissionais da saúde, pois o processo de construção do conhecimento e de transformação de comportamento não é imediato, passa pela conscientização, que é um processo envolvendo o ético e o moral.

Da mesma forma, a conscientização é empoderamento do trabalhador portador de PAIR, permitindo que tenha capacidade e autoridade para questionar as repercussões em sua saúde e propor medidas para eliminação dos riscos, inclusive riscos ruidosos, diminuindo o medo do trabalhador em ter seu problema de notificação (CARVALHO, 2012).

Essa é uma das características que norteia os pressupostos da Saúde do Trabalhador, que diz respeito à valorização do trabalhador que é construído nas experiências diárias, executando os processos de trabalho e se relacionando no

cotidiano do universo laborativo (CARVALHO & MENDES, 2012).

Diante desses resultados, a saúde do trabalhador na Rede de Atenção a Saúde de Curitiba não é tarefa simples, tanto no ponto de vista político-administrativo, quanto metodológico. As respostas não são únicas e padronizadas, requerendo, sobretudo, criatividade dos gestores e do CEREST Curitiba na elaboração de estratégias de empoderar os profissionais da saúde e trabalhadores para melhorar a notificação da PAIR.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das pesquisas efetuadas pode-se concluir que os casos notificados de PAIR no banco do SINAN entre o período estudo de 2007 a junho de 2014 em Curitiba concentram-se em trabalhadores do sexo masculino, de idade entre 50 a 64 anos, o ensino fundamental completo e o contrato de trabalho formal. A CAT foi emitida para os casos notificados no SINAN. Os trabalhadores da produção de Indústria Manual são os mais expostos ao ruído, e a Indústria de Transformação representou o maior número de casos notificados.

Constatou-se que os profissionais de saúde conhecem as características da PAIR, e sentem-se apto para identificar os casos de perda auditiva ocupacional. A percepção e conhecimento do profissional ainda não são de notificação de casos suspeitos de PAIR, não percebem a Saúde do Trabalhador como um programa institucionalizado fazendo parte do serviço.

Os profissionais entendem a importância da notificação da PAIR, porém sente dificuldade no apoio diagnóstico e no fluxo da notificação, ou por pouca informação sobre agravo, ou o sistema informatizado existente na UBS não dá resposta rápida, muita demanda de atendimento e pouco tempo de consulta.

É um dos desafios é conseguir que o conjunto de profissionais da saúde da APS e gestores do SUS Curitiba, incorporem em sua prática cotidiana a compreensão de que o trabalho é um dos determinantes do processo saúde-doença, e que exige o envolvimento de todo o sistema de saúde para garantir cuidado integral aos trabalhadores e garantir segurança sem se sentir ameaçado, para notificar.

REFERÊNCIAS

- ALONSO, L.H. *La mirada cualitativa em Sociologia*. Madrid: Fundamentos, 1998.
- BERGSTRÖM, B. & NYSTRÖM, B. Development of hearing loss during long term exposure to occupational noise. *Scand. Audiol.*, [S. l.], v. 15, p. 227-234, 1986.
- BERLINGUER, G. *A saúde nas fabricas*. São Paulo: Hucitec, 1978.
- BRASIL. *Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho 2007*. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2007. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=634>> Acesso em: 01 jul. 2013.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. *Decreto nº 7602, de 07 de novembro de 2011*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 8 nov. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_-03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm>. Acesso em: 03 nov. 2013.
- BRASIL. *Direito da Seguridade Social*. 15. ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- BRASIL. *Direito do Trabalho*. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- BRASIL. *Distribuição das Notificações Compulsórias em Saúde do Trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/notificacoes_agrivos_br_0411_st_2009.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2013.
- BRASIL. DSAST/CGSAT – PISAT/ISC/UFBA. *Boletim da Vigilância dos Agravos à Saúde Relacionados ao Trabalho*. Nov. 2013, ed. nº 7, ano III. Brasília-DF, 2013. Disponível em: <<http://www.renastonline.org/temas/vigilancia-saude-trabalhador>>. Acesso em: 24 abr. 2014.
- BRASIL. *Instrução Normativa nº 01, de 7 de março de 2005*. Regulamenta a Portaria nº 1.172/2004/GM, no que se refere às competências da União, estados, municípios e distrito federal na área de vigilância em saúde ambiental. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. *Manual de Procedimentos para os serviços de saúde*. Doenças relacionadas ao trabalho. Representação no Brasil da OPAS/OMS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde – LOS (1990). In: COSTA, L. C. (org.). *Cadernos de Saúde do Trabalhador*. Legislação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. *Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR)*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. *Portaria GM nº 777, de 28 de abril de 2004*. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. Diário oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, nº 81, 29 de abr. 2004. Seção 1.

BRASIL. *Portaria GM/MS nº 1679/2002*. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. *Portaria GM/MS nº 1.271, de 06 de junho de 2014*. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde público ou privados em todo território Nacional, nos termos do anexo. Brasília-DF, 2014.

BRASIL. *Portaria GM/MS nº 1.984, de 12 de setembro de 2014*. Define a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, na forma do Anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília-DF, 2014.

BRASIL. *Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2004*. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à Saúde do Trabalhador em rede de serviços sentinelas específica, Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. *Portaria GM/MS nº 1823, de 23 de agosto de 2012*. Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Sessão I p. 46-51. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 13 ago. 2014.

BRASIL. *Portaria GM/MS nº 4279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretriz para a Organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único da Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. *Portaria MS/GM nº 3120, de 1º de julho de 1998*. Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. *Portaria nº 2437, de 7 de dezembro de 2005*. Dispõe sobre ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 de dez. de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. *Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: Manual de Gestão e Gerenciamento*. São Paulo: Ministério da Saúde, 2006.

CAFIERO, C. *Compendio de O Capital*. São Paulo: Centauro, 2008.

CARNICELLI, M. V. F. *Audiologia preventivo voltado à saúde do trabalhador: organização e desenvolvimento de um programa audiológico numa indústria têxtil da cidade de São Paulo*. 1988. Dissertação (Mestrado), Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1988.

CARVALHO, M. C. J. & MENDES, E. A. Saúde e Trabalho: implicações das novas formas de gestão na Saúde do Trabalhador. *VIII Seminário de Saúde do Trabalhador*. UNESP/USP/STICF/CNTI/UFSC, 25 A 27 de setembro de 2012 – UNESP-Franca/SP, 2012.

CAVALCANTE, C. A. A.; NOBREGA, J.A.B.; ENDERS, B.; MEDEIROS, S. M. *Promoção da Saúde e Trabalho: um ensaio analítico*. Rev. eletr. enf., 2008; 10 (1): 241- 248. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a23.htm>>. Acesso em: 15 mai. 2013.

CHIAVEGATTO, C. V. & ALGRANTI, E. Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador no Brasil: oportunidade e desafios. *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, São Paulo, p. 11-30, 2013.

CORRÊA, M.J.M.; PINHEIRO, T. M. M.; MERLO, A. R. C. *Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: Teorias e Práticas*. Belo Horizonte, 2013.

DIAS E.C. & HOEFEL, M.G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência da Saúde Coletiva*, 10:8, p.17-27. 2005.

DIAS, A.; CORDEIRO, R.; CORRENTE, J. E.; GONÇALVES, C. G. O. Associação entre perda auditiva induzida pelo ruído e zumbidos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (1): 63-68, jan, 2006.

DIAS, E. C. *Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária na Saúde: aspectos históricos, conceituais, normativas e diretrizes*. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

DIAS, E. C. *Saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas*. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

DIAS, E.C. A Atenção dos Trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia? Tese (Doutorado) Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas. SP.,Campinas, 1994.

FARIA, L. *Saúde e Política: Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo/Health and politics: The Rockefeller Foundtion and its partners in São Paulo*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

GONÇALVES, C. G. O. *O ruído, as alterações auditivas e trabalho: estudo de caso em Indústrias Metalúrgicas de Piracicaba*. Tese (Doutorado) Saúde Coletiva. Campinas. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2003.

GONÇALVES, C. G. O; MELARÁ, A.; QUEIROZ, D.; ROSSINIM, J. H. Conscientização para saúde em trabalhadores expostos a ruído: relato de estratégias em uma marcenaria, *Saúde em Revista*. [S.l. s.n], p. 70-11, 1999.

GONÇALVES, C.G.O. *Saúde do Trabalhador: da estruturação à avaliação de programas preservação auditiva*. São Paulo: Roca, 2009.

KOMNISKI, T. M.; WATZLAWICK, L. F. *Problemas Causados pelo Ruído no Ambiente de Trabalho*, 2006. 16p. Artigo (Especialização), Gestão Ambiental, Guarapuava, Unicentro, 2006.

LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23(4), n. 2, p. 757-766, abr, 2007.

LACAZ, F. A. C. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: desafios e dificuldades. *In: LOURENÇO, E. et al. (org.). O avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador*. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 199-230.

LEONARDO, B. M. O Fator Acidentário Previdenciário (FAP) e o Nexso Técnico Epidemiológico (NTE). *Revista Previdência de Social*, São Paulo, Ano XXXII, nº 328, Março, 2008.

LERNER, J. Curitiba planeja seus avanços. *In: IPPUC. Plano Diretor 2004: o planejamento urbano de Curitiba*. Curitiba: IPPUC, 2004, p.7.

LOURENÇO, E. & BERTANI, I. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, n. 32, São Paulo, p. 121-134, 2007.

MACHADO, J, M, H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cad. Saúde Públ.* Rio de Janeiro, 13(Supl. 2): 33-45, 1997.

MACHADO, J. M. H.; PORTO, M, F, S. Promoção da saúde intersectorialidade: experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 12(3): 121 - 130. Rio de Janeiro, 2003.

MACHADO, J.M. H. A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Ciênc. Saúde Coletiva*, vol.10 nº 4, Rio de Janeiro. Oct/Dec. 2005.

MAENO, M. & CARMO, J. C. *Saúde do Trabalhador no SUS: Aprender como o passado, trabalhar o presente, construir o futuro*. São Paulo: Hucitec , 2005.

MARTINS, M. C. F. N. & BÓGUS, C. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, v.13, n.3, p. 44-57, set-dez 2004.

MARTINS, S.P. *Comentários à CLT*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MENDES, R. & CAMPOS, A.C.C. Saúde e Segurança no Trabalho Informal: Desafios e Oportunidades para a Indústria Brasileira. *Rev. Bras. Med. Trab.*, Belo Horizonte, vol.2, n. 3, p .209-223. Jul-set., 2004.

MENDES, R. & DIAS, E. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, 25:341-9, 1991.

MINAYO-GOMEZ, C. & LACAZ, F.A.C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência Saúde Colet.*, 2005; 10 (4): 797-807.

MINAYO-GOMEZ, C. & THEDIM-COSTA, A. Construção do campo da Saúde do Trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, 1997; (supl. 2): 95 – 109.

MORATA, T. C. *An epidemiological study of the effects of exposure to noise and organic solvents on workers hearing and balance*. 1990. Tese (Doutorado), University of Cincinnati, Cincinnati, 1990.

NARDI, H. C. *Medicina do Trabalho e Saúde do Trabalhador: conflito capital/trabalho e a relação médico-paciente*. Porto Alegre, 1997.

NIOSH-National Institute for Occupational Safety and Health. *Preventing occupational hearing loss*. DHHS Pub: NIOSH, 2010.

NOBRE, L.; PENA, P. & BAPTISTA, R. *Saúde do Trabalhador na Bahia: história, conquista e desafios*. Salvador: EDUFBA, SESAB, CESAT, 2011.

NOGUEIRA, M.C.F. & BÓGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, 13 (3): 44-57, 2004.

NUNES, C. P.; ABREU, T. R. M. de A.; OLIVEIRA, V. C. & ABREU, R. M. de A. Sintomas Auditivos e não Auditivos em trabalhadores expostos ao ruído. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v 35, n.3, p.548-555, jul./set. 2011.

ODDONE, I. *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec, 1986.

OLIVEIRA, A. R. P. *Qualidade de vida no trabalho como um direito fundamental: a percepção dos profissionais da rede básica de assistência social do município de Campina Grande*. PB: Dez, 2003.

OLIVEIRA, B. R. G. de & MUROFUSE, N. T. Acidentes de Trabalho e Doença Ocupacional: Estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à Saúde de seu trabalho. *Rev. Latino Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.9, n.1, p.109-115, janeiro, 2001.

PAIM, J. S. Redefiniciones posibles en La investigación en sistemas y servicios de salud. *Cuadernos para Discusión*, 1: 52-62, 2001.

PARANÁ. *Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador do Paraná*. Curitiba: SESA-PR, 2011.

PAULUS JR, A. & CORDONI JR, L. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espaco/espacoparasaude>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

PERES, F. *Desafios e Estratégias da Comunicação de Riscos na Atenção Primária à Saúde*. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

PRÓSPERO, A. C. *Estudo dos efeitos do ruído em servidores do Centro Técnico Aeroespacial*. 1999. Dissertação (Mestrado)—Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1999.

SATO, L. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. *Cad. Saúde Pública*, 12 (4): 489-95, 1996.

SILVA, E. Saúde do Trabalhador no início do século XXI. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 35 (122):185-186. 2010.

SILVEIRA, A. M.; RIBEIRO, F. S. N.; LINO, A. de F. P. F. O controle social no SUS e na RENAST. In: BRASIL: *Trabalhar, sim! adoecer não!*: 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

VILELA, R. A. G. *Desafios da vigilância e da prevenção de acidentes do trabalho*. São Paulo: LTr, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Occupational and community noise*. Geneva: World Health Organization, 2001.

APÊNDICE

APÊNDICE – QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE



QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Nome: Idade:.....

Profissão:..... Cargo/função atual:.....

Local de trabalho:

Possui especialização? () não () sim: área:

Possui mestrado ou doutorado: () não () sim: área:.....

1- Sente-se preparado para identificar problemas de saúde relacionados ao trabalhador?

() não () sim

Justifique:.....

2- Quais as doenças profissionais abaixo relacionadas são demandantes no seu local de atuação?

() Lesão por esforço repetitivo (LER-DORT)

() Perda auditiva induzida pelo ruído (PAIR)

() Nenhuma delas

() Transtornos Mentais () Outras:.....

3- Que ações são desenvolvidas no seu local de atuação para garantir o cuidado integral aos usuários trabalhadores?

() diagnóstico complementar () consulta inicial () notificação

() grupos de reabilitação () orientações () outros, quais:.....

4- Quais as facilidades e os fatores que dificultam o desenvolvimento dessas na rotina de trabalho no seu local de trabalho?

.....

5- Conhece as características da PAIR? () não () sim () nem sempre

6- Sente-se apto para identificar os casos de PAIR? () não () sim () nem sempre

7- Nos caso suspeito de PAIR é realizada a notificação pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN?

() não Porquê?

() sim

8- Gostaria de participar de um grupo para discutir questões de Perda Auditiva Induzida pelo Ruído-PAIR, no horário de trabalho?

() sim, favor deixar contato, número do celular:

Endereço eletrônico:

ANEXOS

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DA SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE AMBIENTAL
CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Declaração de Parceria

Declaro que a Secretaria Municipal da Saúde e o Centro de Saúde Ambiental/Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Curitiba é parceira no projeto de pesquisa **PAIR: UM ESTUDO DOS FATORES DAS NÃO NOTIFICAÇÕES PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CURITIBA-PR**, sob responsabilidade da Profa. Dra. Claudia Giglio de Oliveira Gonçalves e do pesquisador Hugo Carlos Pedroso, desenvolvido pela Universidade Tuiuti do Paraná – Programa de Mestrado e Doutorado em Distúrbios da Comunicação.

Estou de acordo com sua realização nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Evangélico, até sua conclusão.

Estou ciente, ainda, que os sujeitos de pesquisa serão os servidores do quadro da Secretária Municipal de Saúde, bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução CNS 196\96 e complementares.

Atenciosamente,

Luiz Armando Erthal

Diretor do Centro de Saúde Ambiental

DR. ADRIANO MASSUDA
Secretário Municipal da Saúde
Matrícula PMC - 177820 - SMS

Nilton Pereira Junior

Superintendente Executivo

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
RESOLUÇÃO N° 196/1996 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE)

Título do Projeto: NOTIFICAÇÃO DA PERDA AUDITIVA INDUZIDA POR RUÍDO OCUPACIONAL: CARACTERIZAÇÃO E CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Investigador: Hugo Carlos Pedroso

Local da Pesquisa: Município de Curitiba

Endereço e telefone: Rua Francisco Torres, 830 (41) 3350-9380 – Curitiba (PR)

Você, responsável pelo (a) _____, está sendo convidado(a) a participar de um estudo cujo objetivo é caracterizar a notificação da Perda Auditiva Induzida pelo Ruído-PAIR nos órgãos públicos e analisar o conhecimento dos trabalhadores de saúde dos serviços públicos e conveniados de Curitiba sobre a notificação.

Esta pesquisa se justifica devido à necessidade de se estruturar os serviços de saúde para que produzam informação sobre acidentes e doenças do trabalho, gerando dados mais objetivos que permitam dar suporte para que o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST de Curitiba e que possa promover ações de melhorias das condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador gerando políticas e melhorias das condições de saúde nos ambientes de trabalho.

O pesquisador Hugo Carlos Pedroso, RG 3.067.886-9, poderá ser contatado pelo e-mail hpedroso@sms.curitiba.pr.gov.br e pelos telefones (41) 3350-9380 (tarde) e 9164-4329, de segundas a quintas-feiras, das 13:00 às 17:00 horas, para os esclarecimentos de dúvidas ou solicitações de orientações.

Em fazendo parte dessa pesquisa, o profissional médico clínico/generalista e o enfermeiro assistencial das unidades de saúde que responderá um instrumento de avaliação autoaplicável, semi-aberto, sobre as prováveis causas da não notificação da PAIR em Curitiba (PR). Também será aplicado aos fonoaudiólogos das clínicas conveniadas com o SUS que fazem parte da rede municipal de saúde de Curitiba, distribuídas em nove Distritos Sanitários. O questionário será acompanhado de um texto explicativo do objeto de pesquisa e do termo de consentimento livre e esclarecido, convidando os profissionais a participarem da pesquisa.

Sua participação é voluntária. Seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa identificá-lo será mantido em sigilo. A qualquer momento do projeto você

poderá se recusar a participar ou retirar o seu consentimento, sem que isso signifique a imputação de penas e/ou prejuízos.

Será necessário que dispense algum tempo, para responder o questionário.

Os resultados da pesquisa podem beneficiar os gestores da saúde pública e contribuir na implementação de ações e estratégias para a promoção da saúde do trabalhador.

Eu _____ portador(a) do RG n.º _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa acima descrita como responsável pelo menor _____, sujeito desse estudo. Fui devidamente informado e esclarecido por Hugo Carlos Pedroso quanto ao teor do estudo e compreendi a natureza e o objetivo da já referida pesquisa, assim como sobre os riscos e benefícios envolvidos. Foi-me garantido o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento sem que isso ocasione qualquer prejuízo ou penalidade.

Curitiba, ____/____/____

Assinatura do participante

Assinatura Mestrando Hugo Carlos Pedroso

ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

SOCIEDADE EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE CURITIBA -
PR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NOTIFICAÇÃO DA PERDA AUDITIVA INDUZIDA POR RUÍDO OCUPACIONAL: CARACTERIZAÇÃO E CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Pesquisador: Cláudia Giglio de Oliveira Gonçalves

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18942413.2.0000.0103

Instituição Proponente: SOCIEDADE CIVIL EDUCACIONAL TUIUTI LIMITADA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 382.270

Data da Relatoria: 03/09/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional, de natureza quali-quantitativo; que possuirá três etapas:

- 1-Levantamento da PAIR notificada nos órgãos públicos,
- 2-Questionário sobre prováveis causas da não notificação da PAIR em Curitiba-PR para profissionais da saúde participantes de atividade de formação pela Secretaria de Saúde de Curitiba, e
- 3-Grupos focais com enfermeiros e fonoaudiólogos para avaliar a percepção dos mesmos sobre a importância da notificação das doenças relacionadas ao trabalho, enfatizando a PAIR.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Caracterizar a notificação da PAIR nos órgãos públicos e analisar o conhecimento dos trabalhadores de saúde dos serviços públicos e conveniados de Curitiba-PR sobre a notificação.

Objetivo Secundário:

- 1 Caracterizar o perfil dos trabalhadores com notificação por PAIR nos órgão públicos em Curitiba;
- 2 Investigar a estrutura de atendimento e a capacidade diagnóstica específica do sistema de saúde em relação à PAIR.
- 3 Avaliar a percepção e o conhecimento dos profissionais de saúde que atuam na rede de saúde

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770

Bairro: Bigorriho

CEP: 80.730-000

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3240-5570

Fax: (41)3240-5584

E-mail: comite.etica@fepar.edu.br

**SOCIEDADE EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE CURITIBA -
PR**



Continuação do Parecer: 382.270

sobre ruído e saúde auditiva.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não haverá riscos físicos ou morais na participação dos sujeitos na pesquisa, pois trata-se de respostas à questionários e participação em grupo focal.

Benefícios:

Esse estudo se justifica devido à necessidade de se estruturar os serviços de saúde para que produzam informação sobre acidentes e doenças do trabalho, com foco na PAIR, gerando dados mais objetivos que permitam dar suporte para que o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador(CEREST) de Curitiba possa promover ações de melhorias das condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador, gerando políticas e melhorias das condições de saúde nos ambientes de trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo observacional, de natureza quali-quantitativo que possuirá três etapas:

1) Levantamento das notificações da PAIR a partir dos dados disponíveis, ano a ano, nos bancos de dados da Previdência Social (dataprev) e Sistema Único de Saúde (datasus), caracterizando a situação no Brasil, e dados registrados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação SINAN/PR, identificando Curitiba e Região Metropolitana;

2) Coleta de informações, através da estruturação de um instrumento de avaliação autoaplicável, semi-aberto, respondido pelo profissional da saúde, sobre as prováveis causas da não notificação da PAIR em Curitiba-PR, participante de curso de formação no CEREST de Curitiba -PR. O questionário será acompanhado de um texto explicativo do objeto de pesquisa e do termo de consentimento livre e esclarecido, convidando os profissionais à participarem da pesquisa;

3) Selecionar, entre os profissionais da saúde da atenção básica do SUS da cidade de Curitiba-PR que participaram do curso de formação no CEREST, entre eles, enfermeiros assistenciais, médicos clínicos e/ou generalistas e fonoaudiólogos que atuam na rede de atenção primária de Curitiba, para avaliar a percepção dos mesmos sobre a importância da notificação das doenças relacionadas ao trabalho, enfatizando a PAIR.

Para a coleta de dados utilizará o método do grupo focal, captando formas de opiniões e atitudes na interação entre os participantes e o pesquisador, que objetiva colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos. Pretende-se montar dois grupos focais com 10 profissionais cada.

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770
 Bairro: Bigorilho CEP: 80.730-000
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3240-5570 Fax: (41)3240-5584 E-mail: comite.etica@fepar.edu.br

**SOCIEDADE EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE CURITIBA -
PR**



Continuação do Parecer: 382.270

A composição do grupo será através de convites enviados aos gerentes dos distritos sanitários que enviará a autoridade local que indicará os profissionais para a capacitação.

Todos os profissionais que participaram do curso de formação no CEREST serão convidados a participarem dos grupos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Todas as recomendações do PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP número 365.794 de 20/08/2013 foram atendidos.

1)Esclarecer como será obtido o levantamento das notificações da PAIR a partir dos dados disponíveis, ano a ano, nos bancos de dados da Previdência Social (Dataprev) e Sistema Único de Saúde (Datusus);RESPOSTA: OS BANCOS DATAPREV E DATASUS SÃO DE DOMÍNIO PÚBLICO, ACESSADOS POR INTERNET.

2)Esclarecer como serão convocados os profissionais da saúde, sobre as prováveis causas da não notificação da PAIR em Curitiba-PR, participantes do curso de formação no CEREST de Curitiba-Pr; RESPOSTA: OS PARTICIPANTES SERÃO CONVIDADOS À PARTICIPAR DA PESQUISA NO PRÓPRIO DIA DA REALIZAÇÃO DO CURSO DE FORMAÇÃO DO CEREST. O CEREST ENVIA PARA TODOS OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE CONVITE PARA PARTICIPAREM DO CURSO DE FORMAÇÃO, COM CIÊNCIA DAS CHEFIAS, NO PRÓPRIO HORÁRIO DE TRABALHO.

3)Esclarecer de que forma serão selecionados os profissionais da saúde da atenção básica do SUS da cidade de Curitiba-PR, que participaram do curso de formação CEREST, que atuam na rede de atenção primária de Curitiba, para avaliar a percepção dos mesmos sobre a importância da notificação das doenças relacionadas ao trabalho, enfatizando a PAIR. RESPOSTA: ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ACEITAREM PARTICIPAR DA PESQUISA E RESPONDEREM AO QUESTIONÁRIO, SERÁ REALIZADO CONVITE PARA PARTICIPAREM AINDA DOS GRUPOS FOCAIS, SERÁ REALIZADO SORTEIO PARA FORMAÇÃO DOS GRUPOS.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770

Bairro: Bigorriho

CEP: 80.730-000

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3240-5570

Fax: (41)3240-5584

E-mail: comite.etica@fepar.edu.br

SOCIEDADE EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE CURITIBA -
PR



Continuação do Parecer: 382.270

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS/196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da pesquisa.

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento do projeto, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

CURITIBA, 03 de Setembro de 2013

Assinador por:
Carmen Australia Paredes Marcondes Ribas
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770
Bairro: Bigorilho CEP: 80.730-000
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3240-5570 Fax: (41)3240-5584 E-mail: comite.etica@fepar.edu.br

ANEXO 4 – FICHA INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO DA PAIR – SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO PAIR

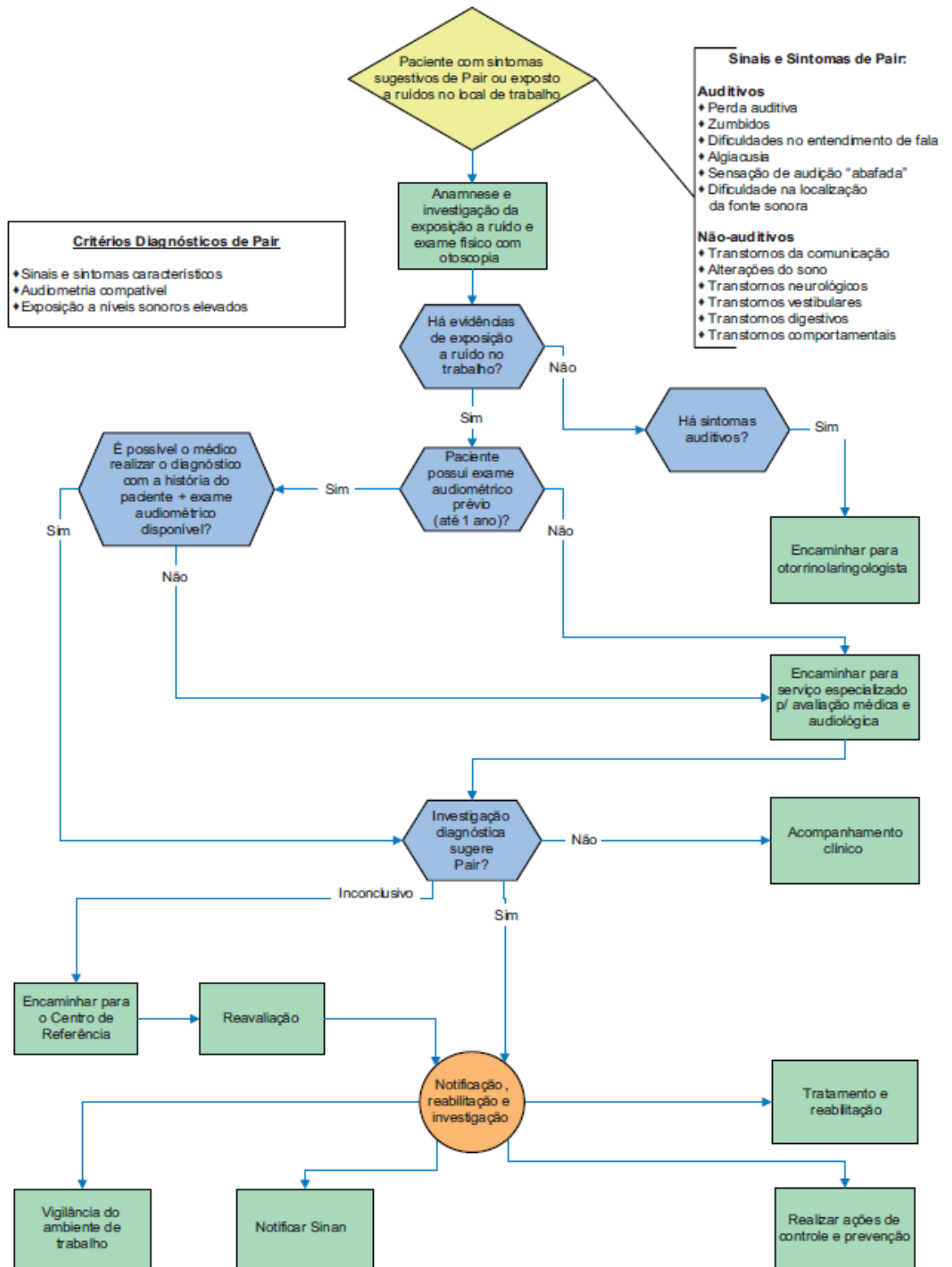
Nº

Definição de caso: É a diminuição gradual da acuidade auditiva, decorrente da exposição continuada a níveis elevados de ruído no ambiente de trabalho.
É sempre neurossensorial, irreversível e passível de não progressão uma vez cessada a exposição ao ruído.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação		
	DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/ PAIR		H83.3				
Notificação Individual	4	UF	5	Município de Notificação			
					Código (IBGE)		
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico		
Dados de Residência	8	Nome do Paciente			9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		
	14	Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência			
					Código (IBGE)		
	19	Distrito					
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida, ...)		
					Código		
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)			
	24	Geo campo 1					
Antecedentes Epidemiológicos	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência		
	27	CEP					
	28	(DDD) Telefone		29	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
	30	País (se residente fora do Brasil)					
	Dados Complementares do Caso						
	31	Ocupação					
32	Situação no Mercado de Trabalho			09 - Cooperativado	33	Tempo de Trabalho na Ocupação	
01- Empregado registrado com carteira assinada		05 - Servidor público celetista		10- Trabalhador avulso	1 - Hora		
02- Empregado não registrado		06- Aposentado		11- Empregador	2 - Dia		
03- Autônomo/ conta própria		07- Desempregado		12- Outros	3 - Mês		
04- Servidor público estatutário		08 - Trabalho temporário		99 - Ignorado	4 - Ano		
Dados da Empresa Contratante							
34	Registro/ CNPJ ou CPF		35 Nome da Empresa ou Empregador				
36	Atividade Econômica (CNAE)		37	UF	38	Município	
						Código (IBGE)	
39	Distrito		40	Bairro			
				41 Endereço			
42	Número	43		Ponto de Referência			
				44 (DDD) Telefone			
45	O Empregador é Empresa Terceirizada						
		1- Sim		2 - Não	3 - Não se aplica	9- Ignorado	
46	Agravos Associados		<input type="checkbox"/>	Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/>	Diabetes Mellitus	
1- Sim 2- Não 9-Ignorado		<input type="checkbox"/>	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Hanseníase
						<input type="checkbox"/>	Transtorno Mental
						Outras: _____	
47	Tempo de Exposição ao Agente de Risco			48			Regime de Tratamento
		1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		1- Hospitalar		2 - Ambulatorial	

ANEXO 5 – FLUXOGRAMA DO PAIR DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Perda Auditiva Induzida por Ruído



Crterios Diagnsticos de PAIR

- Sinais e sintomas caractersticos
- Audiometria compatvel
- Exposioo a nveis sonoros elevados

Sinais e Sintomas de PAIR:

Auditivos

- Perda auditiva
- Zumbidos
- Dificuldades no entendimento de fala
- Algiausia
- Sensao de audioo "abafada"
- Dificuldade na localizao da fonte sonora

N-o-auditivos

- Transtornos da comunicao
- Alteraes do sono
- Transtornos neurolgicos
- Transtornos vestibulares
- Transtornos digestivos
- Transtornos comportamentais

Atenoa Bsica ou Local de Atendimento

Mdia e/ou Alta Complexidade