

Prezado(a) colega, atendendo à consulta pública sobre a atualização da **Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho** encaminhamos um tutorial para facilitar o preenchimento sobre PAIR e DVRT. Para tanto, será necessário preencher e enviar 5 formulários breves (um para PAIR e quatro para DVRT): um para cada CID. Todos os passos estão explicados abaixo. Leva apenas 7 minutos para responder. Sua colaboração é muito importante para garantir a inclusão/manutenção dos agravos na LDRT! A consulta finaliza em 02 de fevereiro de 2020.

1) Copiar o link em seu navegador de Internet: _

http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=52027

2) Preencher todos os dados solicitados na seção Informações Gerais



CONSULTA PÚBLICA SOBRE A ATUALIZAÇÃO DA LISTA DE DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO - LDRT

Formulário | Altera Ficha | Imprimir Formulário

CONSULTA PÚBLICA SOBRE A ATUALIZAÇÃO DA LISTA DE DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO (LDRT)

Para participar do processo de atualização da LDRT, considere a estruturação da Lista A - Agentes e/ou Fatores de Risco com respectiva Doença Relacionada ao Trabalho e da Lista B - Doenças Relacionadas ao Trabalho com respectivos Agentes e/ou Fatores de Risco, disponíveis na Chamada desta Consulta Pública.

Nas questões apresentadas a seguir, sua contribuição pode ocorrer por meio de sugestão de manutenção, modificação ou exclusão relativa(s) ao(s) Agente(s) e/ou Fator(es) de Risco (Lista A) e/ou à(s) Doença(s) Relacionada(s) ao Trabalho (Lista B).

Cada acesso ao formulário permitirá uma contribuição na Lista A e uma na Lista B. Caso pretenda fazer mais de uma contribuição em cada lista, acesse novamente o formulário.

A Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador do Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (CGSAT/DSASTE/SVS/MS) agradece sua participação.

*** Preenchimento Obrigatório**
Atenção: nos campos marcados com 'Visível ao público' não devem ser colocados dados de sua intimidade e privacidade.
Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.

Informações Gerais

1) Nome Completo: *

2) Unidade Federativa: *

3) Instituição :

4) E-mail : *

5) Telefone :
Informe ddd e número - apenas números

6) Celular :
DDD - Número do Telefone

PERDA AUDITIVA INDUZIDA POR RUÍDO - PAIR

- 1) No item 7 da Lista A selecionar a opção: “Exposição a níveis de pressão sonora elevados no trabalho”
- 2) No item 8 clicar em “Manutenção”

LISTA A - AGENTES E/OU FATORES DE RISCO COM RESPECTIVA(S) DOENÇA(S) RELACIONADA(S) AO TRABALHO

Elencamos abaixo os agentes e/ou fatores de risco das doenças relacionadas ao trabalho. Escolha sua sugestão: manutenção, modificação ou exclusão. Em seguida, faça a respectiva justificativa. Se possível, informe a(s) referência(s) bibliográfica(s) que respalda(m) sua sugestão.

7) **Selecione o Agente e/ou Fatores de Risco que deseja fazer sugestão:**

Exposição a níveis de pressão sonora elevados no trabalho ▼

8) **Informe o tipo de sugestão para o Agente e/ou Fatores de Risco selecionado: ***

☒ Manutenção: Caso não tenha exclusão ou modificação a sugerir.
☐ Modificação
☐ Exclusão

9) **Informe outra(s) sugestão(ões) referente à "LISTA A - AGENTES E/OU FATORES DE RISCO COM RESPECTIVA(S) DOENÇA(S) RELACIONADA(S) AO TRABALHO", com justificativa. Se possível, indique referência(s) bibliográfica(s). :**

PERDA AUDITIVA INDUZIDA POR RUÍDO - PAIR

- 1) No item 10 da Lista B selecionar a opção: “H83.3 Efeitos do ruído sobre o ouvido interno”
- 2) No item 8 clicar em “Manutenção”

LISTA B - CID-10/DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO COM RESPECTIVOS AGENTES E/OU FATORES DE RISCO

Elencamos abaixo os CID-10/Doenças Relacionadas ao Trabalho. Escolha sua sugestão: manutenção, modificação ou exclusão. Em seguida, faça a respectiva justificativa. Se possível, informe a(s) referência(s) bibliográfica(s) que respalda(m) sua sugestão.

10) **Selecione o CID-10/Doença Relacionada ao Trabalho que deseja fazer sugestão:**

H83.3 Efeitos do ruído sobre o ouvido interno ▼

11) **Informe o tipo de sugestão para o CID-10/Doença Relacionada ao Trabalho selecionada:**

☒ Manutenção: Caso não tenha exclusão ou modificação a sugerir.
☐ Modificação
☐ Exclusão

12) **Informe outra(s) sugestão(ões) referente à "LISTA B - CID-10/DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO COM RESPECTIVOS AGENTES E/OU FATORES DE RISCO", com justificativa. Se possível, indique referência(s) bibliográfica(s).**

- 3) Clicar em GRAVAR para enviar o formulário



Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados.
Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.

NOVA INSERÇÃO:

PERDA AUDITIVA INDUZIDA POR RUÍDO – PAIR – Inclusão de novo agente e/ou Fator de Risco

- 1) No item 7 da Lista A selecionar a opção: “Exposição a níveis de pressão sonora elevados no trabalho”
- 2) No item 8 clicar em “Modificação”
- 3) No item 8.1 inserir o texto: Inclusão do agente "exposição a substâncias químicas" conforme Nota Informativa Nº 90/2019-DSASTE/SVS/MS: Todos os casos de PAIR caracterizados pela diminuição gradual da acuidade auditiva, decorrente da exposição continuada ao ruído, associado ou não a substâncias químicas, no ambiente de trabalho. É sempre neurossensorial, geralmente bilateral, irreversível e passível de não progressão uma vez cessada a exposição ao ruído.
- 4) No item 9 incluir a referência: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. NOTA INFORMATIVA Nº 90/2019-DSASTE/SVS/MS. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

LISTA A - AGENTES E/OU FATORES DE RISCO COM RESPECTIVA(S) DOENÇA(S) RELACIONADA(S) AO TRABALHO

Elencamos abaixo os agentes e/ou fatores de risco das doenças relacionadas ao trabalho. Escolha sua sugestão: manutenção, modificação ou exclusão. Em seguida, faça a respectiva justificativa. Se possível, informe a(s) referência(s) bibliográfica(s) que respalda(m) sua sugestão.

7) **Selecione o Agente e/ou Fatores de Risco que deseja fazer sugestão:**

Exposição a níveis de pressão sonora elevados no trabalho ▼

8) **Informe o tipo de sugestão para o Agente e/ou Fatores de Risco selecionado: ***

☐ Manutenção: Caso não tenha exclusão ou modificação a sugerir.

☒ Modificação

☐ Exclusão

8.1) **Informe a modificação que deseja sugerir referente ao agente e/ou fatores de risco selecionado, com justificativa. Se possível, indique referência(s) bibliográfica(s). : ***

Inclusão do agente "exposição a substâncias químicas" conform

9) **Informe outra(s) sugestão(ões) referente à "LISTA A - AGENTES E/OU FATORES DE RISCO COM RESPECTIVA(S) DOENÇA(S) RELACIONADA(S) AO TRABALHO", com justificativa. Se possível, indique referência(s) bibliográfica(s). :**

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde

- 5) Clicar em Gravar para enviar o formulário



Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados.
Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.

NOVA INSERÇÃO:

DISTÚRBO DE VOZ RELACIONADO AO TRABALHO – DVRT

OBS: Para facilitar, clique em “Formulário” no canto superior direito da sua tela a cada nova inserção.



CONSULTA PÚBLICA SOBRE A ATUALIZAÇÃO DA LISTA DE DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO - LDRT

A Saúde do Trabalhador agradece sua contribuição.

Formulário Altera Ficha | Imprimir Formulário

Anote o protocolo a seguir para alterar futuramente o seu cadastro!

Formulários: CONSULTA PÚBLICA SOBRE A ATUALIZAÇÃO DA LISTA DE DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO - LDRT
Endereço: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=52027&acao=alterar&codigo_alterar=52027.151KZQhFSeCpc
Protocolo: 52027.151KZQhFSeCpc

CONSULTA PÚBLICA SOBRE A ATUALIZAÇÃO DA LISTA DE DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO - LDRT

Imprimir

- 1) Na lista A, item 7, selecione a opção “Trabalho com sobrecarga vocal”
- 2) Na lista A, item 8, selecionar a opção “Modificação”
- 3) Na lista A, item 8.1, inserir o texto: Deve-se considerar, além do “trabalho com sobrecarga vocal”, os demais agentes/fatores de risco determinantes presentes na literatura científica e sistematizados no Protocolo DVRT, publicado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2018), conforme referência ao final deste item. O desenvolvimento do DVRT é multicausal e está associado a diversos fatores que, de forma isolada ou em conjunto, direta ou indiretamente, podem desencadear ou agravar o quadro de alteração vocal do trabalhador. Pressupor que somente a sobrecarga vocal desencadeia um DVRT é restringir a gama de fatores de natureza ocupacional que podem desencadear um DVRT. Os agentes ou fatores de risco ocupacional agravantes e desencadeantes do DVRT podem ser agrupados em: **a) Fatores relacionados à característica e à organização do trabalho:** jornada de trabalho prolongada, sobrecarga, acúmulo de atividades ou de funções, demanda vocal excessiva (sobrecarga vocal), ausência de pausas e de locais de descanso durante a jornada, falta de autonomia, ritmo de trabalho acelerado para o cumprimento de metas, trabalho sob forte pressão, insatisfação com o trabalho ou com a remuneração, postura e equipamentos inadequados, dificuldade de acesso à hidratação e aos sanitários, dentre outros não especificados. **b) Fatores relacionados ao ambiente de trabalho:** pressão sonora acima dos níveis de conforto, acústica desfavorável, mobiliário e recursos materiais inadequados ou insuficientes, desconforto e choque térmico, má qualidade do ar, ventilação inadequada do ambiente, baixa umidade, exposição a produtos químicos irritativos de vias aéreas superiores (solventes, vapores metálicos, gases asfixiantes) e presença de poeira ou fumaça no local de trabalho, dentre outros não especificados. Deste forma, sugere-se a **inclusão** dos “fatores relacionados à característica e à organização do trabalho” e dos “fatores relacionados ao ambiente de trabalho” especificados acima. Referência: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho – DVRT / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

- 4) Na lista A, item 9, inserir o texto: Ressalta-se que fatores de natureza individual como idade, sexo feminino, alergias respiratórias, doenças de vias aéreas superiores, influências hormonais, medicações, etilismo, tabagismo, dentre outros, podem coexistir, sem comprometer o nexos causal com o trabalho (concausa). Referência o documento: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho – DVRT / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

LISTA A - AGENTES E/OU FATORES DE RISCO COM RESPECTIVA(S) DOENÇA(S) RELACIONADA(S) AO TRABALHO

Elencamos abaixo os agentes e/ou fatores de risco das doenças relacionadas ao trabalho. Escolha sua sugestão: manutenção, modificação ou exclusão. Em seguida, faça a respectiva justificativa. Se possível, informe a(s) referência(s) bibliográfica(s) que respalda(m) sua sugestão.

7) **Selecione o Agente e/ou Fatores de Risco que deseja fazer sugestão:**

Trabalho com sobrecarga vocal.

8) **Informe o tipo de sugestão para o Agente e/ou Fatores de Risco selecionado: ***

☐ Manutenção: Caso não tenha exclusão ou modificação a sugerir.

☒ Modificação

☐ Exclusão

8.1) **Informe a modificação que deseja sugerir referente ao agente e/ou fatores de risco selecionado, com justificativa. Se possível, indique referência(s) bibliográfica(s). : ***

Considerar o Documento a seguir: Brasil. Ministério da Saúde.

9) **Informe outra(s) sugestão(ões) referente à "LISTA A - AGENTES E/OU FATORES DE RISCO COM RESPECTIVA(S) DOENÇA(S) RELACIONADA(S) AO TRABALHO", com justificativa. Se possível, indique referência(s) bibliográfica(s). :**

al e Saúde do Trabalhador. – Brasília: Ministério da Saúde, 201



Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados.
[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)
Página 1 de 1

DISTÚRBIO DE VOZ RELACIONADO AO TRABALHO – DVRT

- 1) Na lista B, item 10, selecione a opção “R49 -Distúrbios de Voz”
- 2) Na lista B, item 11, selecione a opção “Manutenção”
- 3) No item 12 inserir o texto: Adicionalmente, sugere-se a **inclusão** dos CIDs: a) 44.7 - Transtorno dissociativo misto (de conversão); b) F44.8 - Outros transtornos dissociativos (de conversão); c) F44.9 - Transtorno dissociativo (de conversão) não especificado, os quais podem estar associados a uma disfonia funcional psicogênica. Referência: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho – DVRT / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

LISTA B - CID-10/DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO COM RESPECTIVOS AGENTES E/OU FATORES DE RISCO

Elencamos abaixo os CID-10/Doenças Relacionadas ao Trabalho. Escolha sua sugestão: manutenção, modificação ou exclusão. Em seguida, faça a respectiva justificativa. Se possível, informe a(s) referência(s) bibliográfica(s) que respalda(m) sua sugestão.

10) **Selecione o CID-10/Doença Relacionada ao Trabalho que deseja fazer sugestão:**

R49 Distúrbios da Voz ▼

11) **Informe o tipo de sugestão para o CID-10/Doença Relacionada ao Trabalho selecionada:**

☒ Manutenção: Caso não tenha exclusão ou modificação a sugerir.
☐ Modificação
☐ Exclusão

12) **Informe outra(s) sugestão(ões) referente à "LISTA B - CID-10/DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO COM RESPECTIVOS AGENTES E/OU FATORES DE RISCO", com justificativa. Se possível, indique referência(s) bibliográfica(s).**

Adicionalmente, sugere-se a inclusão dos CIDs: a) 44.7 - Trans



Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados.
[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)
Página 1 de 1

- 4) Clicar em Gravar para enviar o formulário.
- 5) Repetir a operação para os códigos:
 - a) J38.2 - Nódulos das cordas vocais
 - b) J38 - Doenças das cordas vocais e da laringe não classificadas em outra parte
 - c) J37.1 - Laringotraqueíte Crônica
 - d) J04.2 - Laringotraqueíte Aguda

Agradecemos sua valiosa colaboração!