

## **LER / DORT**

No final de 2003 o INSS editou a Instrução Normativa (IN) nº 98 regulamentando os procedimentos técnicos para a caracterização LER/DORT com o estabelecimento de nexo causal entre a doença e o trabalho e consequentemente a facilitação da concessão de benefício de Auxílio Doença Acidentário em face dessas patologias.



A IN 98 revogou a Ordem de Serviço (OS)606, restabelecendo o direito dos trabalhadores portadores de LER/DORT a terem o reconhecimento de que foram vítimas da negligência de seus patrões que, em vez de investirem na melhoria dos locais de trabalho, como formas de prevenção preferiram esconder o problema, sonegando a notificação dessas moléstias como de origem ocupacional.

As Lesões por Esforços Repetitivos ou como são denominadas pela Previdência Social, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho provocam diferentes reações nas pessoas que, de alguma forma, têm contato com o problema. Os adoecidos geralmente tentam se esconder achando que os sintomas passarão. Protelam ao máximo a procura por auxílio e quando chegam à conclusão de que não conseguem continuar trabalhando, procuram assistência e suas vidas se tornam uma busca de “provas” de seu adoecimento. Tentam a todo custo convencer suas chefias, colegas e familiares que sentem dores e não conseguem mais fazer o que faziam antes, tentando provar que não estão inventando doenças e que não se tornaram preguiçosos.

### **Quais são as Doenças, que podem ser enquadradas como LER ou DORT?**

Depende do ponto de vista. O Ministério da Saúde publicou através da Portaria MS nº 1339/GM, de 18 de Novembro de 1999, uma lista de doenças relacionadas ao trabalho e há várias que podem ser enquadradas como LER/DORT. Entre elas, citamos tendinite de flexores e extensores dos dedos, bursite de ombro, tenossinovite de DeQuervain, tenossinovite do braquio-radial, síndrome do túnel do carpo, tendinite de supraespinhoso, tendinite de bicipital, epicondilite.

### **Quais são os sintomas?**

Os principais sintomas são: dor, formigamento, dormência, sensação de peso, fadiga, fraqueza, queimação, repuxamento, choque.

Esses sintomas geralmente aparecem insidiosamente, isto é, vão se instalando vagarosamente. Podem estar presentes em diferentes graus de intensidade e podem estar presentes ao mesmo tempo.

### **Todas as pessoas podem ter LER?**

Depende de suas atividades de trabalho.

### **Eis algumas atividades de pessoas que podem ter LER:**

- caixas de supermercados e no comércio em geral;
- caixas de bancos e de serviços em geral;
- outras atividades do setor financeiro tais como compensação de cheques, escrituração, abertura de contas;

### **O que essas Atividades de Trabalho podem ter em comum?**

- Exigência de execução de movimentos repetitivos com os braços
- Exigência de manutenção de posição fixa dos ombros e pescoço por tempo prolongado
- O ritmo de trabalho exigido não depende do trabalhador ou trabalhadora e sim de quem planeja o processo de trabalho
- Há uso de máquinas ou equipamentos que exigem posturas ou movimentos forçados e/ou repetitivos
- O mobiliário e o ambiente físico não são adequados
- Há exigência de prolongamento de jornada de trabalho com frequência
- Há pressão para se produzir
- Não há possibilidade de pausas espontâneas para descanso

### **Há formas de prevenir LER ou DORT?**

Se considerarmos os fatores que propiciam a ocorrência de LER/DORT, rapidamente chegaremos à conclusão de que não é fácil eliminá-los ou controlá-los. Como deixar de executar ou diminuir os movimentos repetitivos em um banco?

É fundamental analisar a organização de trabalho, identificando aspectos que se constituem em fatores de risco. No entanto, frequentemente as alterações desses aspectos entram em conflito com as gerências de planejamento e produção. Frequentemente há orientações das gerências de planejamento para que as chefias “apertem” o ritmo com o objetivo de produzir mais com menos gente. Essa filosofia tão disseminada vai frontalmente contra políticas de prevenção.

### **Há Legislação que Auxilie a Prevenção de LER?**

Sim. A Norma Regulamentadora 17, do Ministério do Trabalho.

### **E o diagnóstico dos casos, como é feito?**

Quando estudantes, os futuros médicos aprendem que todas as consultas médicas devem conter várias etapas. São elas:

- História da moléstia atual, etapa na qual o (a) paciente conta ao médico o que vem sentindo e as características dos sintomas detalhadamente.
- Investigação sobre os diversos sistemas, momento no qual o médico toma conhecimento de outros sintomas e doenças que em princípio nada tem a ver com o quadro principal.
- Antecedentes individuais, etapa na qual o médico toma conhecimento de sintomas e doenças de “certa importância” do passado do (a) paciente.
- Exames complementares, se necessário confirmar alguma hipótese diagnóstica ou descartar alguma patologia.

A anamnese ocupacional, geralmente não enfatizada nas faculdades de medicina do país, é de fundamental importância. É a etapa na qual o (a) paciente conta com detalhes como é o seu trabalho desde a jornada real que costuma fazer, existência ou não de pausas para refeições, descanso, fluxo de atividades, características das atividades, movimentos necessários, produtividade exigida, formas de pressão para garantir a produtividade, etc.

Essa sequência simplificada da investigação diagnóstica raramente é cumprida. O que vemos na prática é a interferência de fatores socioeconômicos na relação médico-paciente.

Geralmente a parte de relato (a) do paciente, que deveria ser predominante na avaliação médica, é substituída por receitas e exames complementares (radiografias,

exames de sangue, ultrassonografias, ressonâncias magnéticas e tomografias computadorizadas), em poucos minutos de permanência do(a) paciente no consultório médico.

E assim, frequentemente o diagnóstico só é feito na existência de alterações de exames complementares, quando deveria ser clínico, isto é, fruto da análise dos diversos dados coletados pelo médico conjugados ao exame físico e descrição ou visita ao local de trabalho.

### **E o retorno ao trabalho, nos casos de afastamento?**

Frequentemente os afastamentos do trabalho são prolongados e o retorno ao trabalho quase sempre é difícil, permeado pela pouca receptividade das empresas, que tendem a marginalizar o(a) paciente e pela dificuldade deste(a) em retomar o cotidiano profissional. Além disso, os próprios colegas muitas vezes rejeitam o reabilitando (a), pelas suas limitações. Assim, é fundamental um trabalho de apoio aos trabalhadores(as) que tentam retornar ao trabalho para que eles(as) tenham sucesso.

### **Todo caso de LER/DORT deve ter CAT Emitida?**

Diz a lei que sim.

### **O que é CAT?**

CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho, é o documento que deve ser utilizado para notificar a Previdência Social de um acidente de trabalho ou doença ocupacional, independente de afastamento do trabalho ou não.

Qualquer serviço médico que atenda um acidentado do trabalho ou com suspeita de doença ocupacional deve emitir uma solicitação de CAT e/ou atestado explicitando a ocorrência de LER.

### **Quem mais pode emitir a CAT?**

Na falta de emissão da CAT pela empresa, legalmente podem fazê-lo qualquer autoridade pública, o médico, o Sindicato que representa o(a) trabalhador(a) e em último caso, ele(a) próprio(a) ou seus dependentes. A emissão da CAT atualmente é eletrônica através de programa próprio disponibilizado no site do INSS.

### **O que é Auxílio Doença - Acidentário?**

É o benefício previdenciário que consiste numa renda mensal paga ao (a) paciente incapacitado (a) para o trabalho por mais de 15 dias consecutivos, a partir do 16º dia de afastamento, por motivo de acidente ou doença ocupacional. O FGTS continua sendo depositado no período de afastamento e após o retorno ao trabalho, o trabalhador (a) tem estabilidade de 1 ano, o que não ocorre quando o(a) trabalhador(a) recebe o auxílio-doença comum.

### **O que é Auxílio Acidente?**

É o benefício previdenciário que consiste numa renda mensal paga ao (a) paciente que, após a alta médica com a consolidação das lesões, apresentar incapacidade para o trabalho parcial e permanente, em decorrência de acidente ou de doença, que implique redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exercia. É previsto que o paciente receba esse benefício até a véspera de início de qualquer aposentadoria ou até a data do óbito.

## **DIFERENÇAS ENTRE O AUXÍLIO DOENÇA PREVIDENCIÁRIO E O AUXÍLIO DOENÇA ACIDENTÁRIO**

	Auxílio- Doença Previdenciário (sem CAT)	Auxílio- Doença Acidentário (com CAT)
<b>Estabilidade de 1 ano após o retorno ao trabalho</b>	Não	Sim
<b>Possibilidade de receber o Auxílio-Accidente após o Retorno ao trabalho</b>	Não	Sim
<b>Depósito do FGTS pela empresa</b>	Não	Sim
<b>Desconto do INSS</b>	Sim	Não
<b>Desconto do imposto de renda</b>	Sim	Não

### **O que fazer nos casos de:**

- Recusa do médico do(a) paciente em emitir relatório médico para a perícia: esclarecer o que segundo o Código de Ética Médica e a resolução 148 do Conselho Federal de Medicina, todos os médicos devem fornecer laudos, pareceres e relatórios de exame médico.
- Médico da empresa ou que execute exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho ou demissionais exercer a função de perito do INSS: segundo o Código de Ética Médica e a resolução 148 do Conselho Federal de Medicina, ele não pode exercer a função de perito judicial, securitário ou previdenciário, ou de assistente técnico da empresa, em casos que envolvam a firma contratante e/ou seus assistentes (atuais ou passados).
- Dados do prontuário médico de pacientes chegam ao conhecimento de terceiros: segundo Código de Ética Médica os dados contidos no prontuário pertencem ao paciente. Mesmo em ações judiciais, o prontuário médico, exames complementares ou outros documentos só podem ser liberados por autorização expressa do paciente. Esclareça o médico responsável pelo prontuário.
- Avaliação profissiográfica não corresponder à realidade vivida pelo(a) trabalhador(a): oriente o(a) trabalhador(a) a fazer uma declaração corrigindo as informações incorretas e protocolar no INSS. Outra alternativa, não excludente, é conversar com a empresa e o profissional que tenha realizado a avaliação profissiográfica para realizá-la novamente ou corrigi-la, argumentando que o(a) trabalhador(a) não estava presente. No caso do profissional envolvido ser um médico, novamente a resolução 148 do Conselho Federal de Medicina, diz que uma perícia do ambiente e de função deve ser acompanhada pelo trabalhador(a) em questão.
- O perito do INSS não explicar os fundamentos de sua conclusão pericial, quando solicitado: todos os médicos devem responder às perguntas dos(as) pacientes. A prática de vários peritos de orientarem os(as) pacientes a tomar conhecimento da conclusão pericial no balcão de atendimento, através dos atendentes, deve ser condenada. Assim, é importante orientar tanto pacientes como médicos de que essa prática deve ser abolida.
- O perito do INSS não carimbar seu nome e número do CRM na sua conclusão pericial: esclareça-o de que antes de ser funcionário do INSS ele é médico e deve se identificar como tal.
- A despeito de opiniões de médicos do(a) paciente, o perito do INSS não caracterizar a doença como ocupacional ou der alta: ele tem que ter bons motivos para tal. Os pacientes devem solicitar explicações para esclarecer os motivos. O Pedido de Reconsideração de Acidente de Trabalho foi extinto, assim o(a) paciente só poderá entrar com recurso administrativo para a Junta de Recursos do INSS.

- O médico da empresa só orientar a empresa a emitir CAT se ele considerar o caso ocupacional: esclareça-o de que ele está fazendo o papel do perito do INSS sem sê-lo. Se houver pedido de algum médico para emitir CAT, ele deve orientar a empresa a fazê-lo e deixar o ônus da decisão para fins previdenciários ao perito do INSS.
- O auxílio-acidente não for concedido pela perícia do INSS na ocasião da alta do(a) paciente, mesmo que ele(a) tenha capacidade de trabalho parcial e permanentemente comprometida: negociações devem ser estabelecidas entre os sindicatos e o INSS, e deve ser dada a orientação para que o(a) paciente entre com processo judicial para obter o auxílio-acidente.
- O(a) paciente for encaminhado(a) ao INSS sem CAT e estiver recebendo auxílio-doença comum: oriente o(a) paciente a dar entrada no INSS para transformar o benefício de auxílio-doença comum (B31) para auxílio-doença acidentário (B91), com o auxílio de relatório médico. Se não houver resposta positiva, entrar com processo judicial.
- O(a) trabalhador(a) ser realocado(a) para atividade de trabalho “mais corrida”, incompatível com sua capacidade de trabalho, mesmo tendo recomendação do INSS de que deve ter restrições de atividades: tente negociar com a empresa e com o médico responsável pelo Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), e se não houver acordo, oriente o(a) paciente a entrar com processo judicial. Se houver piora clínica, tente viabilizar um novo afastamento do trabalho para recuperação.
- A empresa não cumprir dispositivos legais no que se refere à prevenção, notadamente NR-17: negociar e denunciar aos órgãos de vigilância e fiscalização das pastas do Trabalho e Saúde (DRT, Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde), e denunciar ao Ministério Público Estadual e Ministério Público Federal (ou do Trabalho).

**Observação:**

Todas as situações envolvendo médicos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e outros profissionais, se não solucionadas através de negociações, devem ser denunciadas ao Conselho Regional de Medicina, Conselho Regional de Psicologia e Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, respectivamente.

## **REABILITAÇÃO PROFISSIONAL**



A Reabilitação Profissional é um procedimento visando aproveitar a capacidade laborativa do trabalhador, orientando a empresa quanto às possíveis funções que poderá realizar. A alta médica sem reabilitação profissional, nos casos de LER/DORT, significa expor o trabalhador a risco de agravamento de sua saúde. A reabilitação deve ser iniciada, no entanto, quando o trabalhador não mais estiver em crise. A última etapa da reabilitação é um estágio de 30 dias no trabalho para o qual estiver sendo reabilitado. Se durante a reabilitação ou o estágio houver crise ou agravamento das patologias, deverá ser suspensa e o trabalhador deverá retornar à perícia do INSS.

Esse serviço está à disposição dos segurados do INSS, inclusive aposentados e dependentes e tem como objetivo proporcionar aos segurados e dependentes incapacitados (parcial ou totalmente), os meios indicados para a redução e readaptação profissional e social, de modo que possam voltar a participar do mercado de

trabalho. O atendimento é feito por uma equipe multidisciplinar, que envolve médicos, assistentes sociais, psicólogos, sociólogos, fisioterapeutas, entre outros.

Os serviços de reabilitação profissional são extensivos aos dependentes de acordo com as disponibilidades técnico-financeiras do INSS. Dar alta sem reabilitação é colocar o trabalhador em risco. Primeiro, deve ser feito o “Pedido de Reconsideração”. Se não tiver êxito, deve ser buscado o caminho judicial. Nesse caso, o problema pode ser enfrentado através de Ação Cautelar e Ação Acidentária contra o INSS.

## **TRANSTORNO DO PÂNICO**

O Distúrbio do Pânico habitualmente se inicia depois dos 20 anos, portanto, em sua maioria, as pessoas que tem o Pânico são jovens ou adultos jovens na faixa etária dos 20 aos 40 anos e se encontram na plenitude da vida profissional.

Os portadores de Pânico costumam ter tendência à preocupação excessiva com problemas do cotidiano. Frequentemente esses pacientes têm tendência a subestimar suas necessidades físicas e psicologicamente eles costumam reprimir alguns ou todos os

sentimentos negativos, sendo os mais comuns o orgulho, a irritação e, principalmente, seus conflitos íntimos.

Essa maneira da pessoa ser acaba por predispor a situações de stress acentuado e isso pode levar ao aumento intenso da atividade de determinadas regiões do cérebro, desencadeando assim um desequilíbrio bioquímico e consequentemente o aparecimento do Pânico.

Depois das primeiras crises de Pânico, durante muito tempo os pacientes se recusam aceitar tratar-se de um transtorno psicoemocional. Normalmente são pessoas que não se veem sensíveis aos problemas da emoção, julgam-se perfeitamente controladas, dizem que já passaram por momentos de vida mais difíceis sem que nada lhes acontecesse, enfim, são pessoas que até então subestimavam aqueles que sofriam problemas psíquicos.

Os ataques de pânico são recorrentes (voltam) e caracterizam essencialmente este distúrbio. Essas crises se manifestam por ansiedade aguda e intensa, extremo desconforto, sintomas vegetativos (veja a lista) associados e medo de algo ruim acontecer de repente, como por exemplo, da morte iminente, de passar mal, desmaiar, perder o controle, etc. As crises de ansiedade no Pânico duram minutos e costumam ser inesperadas, ou seja, não seguem situações especiais, podendo surpreender o paciente em ocasiões variadas. Não obstante, existem alguns pacientes que desenvolvem o episódio de pânico diante de determinadas situações, como por exemplo, dirigindo automóveis, diante de grande multidão, dentro de bancos, etc. Neste caso dizemos que o Distúrbio do Pânico é acompanhado de Agorafobia.

Uma vez que os Ataques de Pânico ocorrem em diversos quadros de Ansiedade, o texto e o conjunto de critérios para um Ataque de Pânico são oferecidos separadamente nesta seção.

A característica essencial de um Ataque de Pânico é um período distinto de intenso medo ou desconforto acompanhado por pelo menos 4 de 13 sintomas físicos citados abaixo. O ataque tem um início súbito e aumenta rapidamente, atingindo um pico em geral em 10 minutos acompanhado por um sentimento de perigo ou catástrofe iminente e um anseio por escapar.

Os 13 sintomas físicos são os seguintes:

- 1 - palpitações
- 2 - sudorese
- 3 - tremores ou abalos
- 4 - sensações de falta de ar ou sufocamento
- 5 - sensação de asfixia
- 6 - dor ou desconforto torácico
- 7 - náusea ou desconforto abdominal
- 8 - tontura ou vertigem
- 9 - sensação de não ser ela(e) mesma(o)
- 10 - medo de perder o controle ou de "enlouquecer"
- 11 - medo de morrer
- 12 - formigamentos
- 13 - calafrios ou ondas de calor

Os ataques que satisfazem todos os demais critérios, mas têm menos de 4 sintomas físicos são chamados de ataques com sintomas limitados.

Os indivíduos que buscam os cuidados médicos para Ataques de Pânico inesperados geralmente descrevem o medo como intenso e relatam que achavam que estavam prestes a morrer, perder o controle, ter um ataque cardíaco ou acidente vascular encefálico ou "enlouquecer". Eles também citam, geralmente, um desejo urgente de fugir de onde quer que o ataque esteja ocorrendo.

A falta de ar é um sintoma comum nos Ataques de Pânico. O rubor facial é comum em Ataques de Pânico ligados a situações relacionadas à ansiedade social e de desempenho. A ansiedade característica de um Ataque de Pânico pode ser diferenciada da ansiedade generalizada por sua natureza intermitente (em crises). Os Ataques de Pânico podem ocorrer em uma variedade de Transtornos de Ansiedade, tais como:

- 1 - Transtorno de Ansiedade
- 2 - Fobia Social
- 3 - Fobia Específica
- 4 - Transtorno de Estresse Pós-Traumático
- 5 - Transtorno de Estresse Agudo

Na determinação da importância diagnóstica diferencial de um Ataque de Pânico, é crucial considerar o contexto no qual ocorre o Ataque de Pânico. Existem três tipos característicos de Ataques de Pânico, com diferentes relacionamentos entre o início do ataque e a presença ou ausência de ativadores situacionais:

- 1 - Ataques de Pânico Inesperados (não evocados), nos quais o início do Ataque de Pânico não está associado com um ativador situacional (isto é, ocorre espontaneamente, "vindo do nada");
- 2 - Ataques de Pânico Ligados a Situações (evocados), nos quais o Ataque de Pânico ocorre, quase que invariavelmente, logo após a exposição ou antecipação a um evocador ou ativador situacional (por ex., ver uma cobra ou um cão sempre ativa um Ataque de Pânico imediato);
- 3 - Ataques de Pânico Predispostos pela Situação, que tendem mais a ocorrer na exposição ao evocador ou ativador situacional, mas não estão invariavelmente associados ao evocador e não ocorrem necessariamente após a exposição (por ex., os ataques tendem mais a ocorrer quando o indivíduo está dirigindo, mas existem momentos em que a pessoa dirige e não tem um Ataque de Pânico ou momentos em que o Ataque de Pânico ocorre após dirigir por meia hora).

A ansiedade é tanta que os pacientes ficam ansiosos diante da possibilidade de virem a ficar ansiosos. Por causa disso, esses pacientes passam a evitar situações possivelmente facilitadoras da crise, prejudicando-se socialmente e/ou ocupacionalmente em graus variados. São pessoas que deixam de dirigir, não entram em supermercados cheios, evitam aventurar-se pelas ruas desacompanhadas, não conseguem dormir, não entram em avião, não frequentam shows, evitam edifícios altos, não utilizam elevadores e assim por diante. De qualquer forma a mobilidade social e profissional de tais pacientes encontra-se prejudicada de alguma maneira.

Os pacientes com Transtorno do Pânico podem necessitar sempre de companhia quando saem de casa e, posteriormente, podem até se recusar a sair de casa devido ao medo de passar mal na rua, de morrer subitamente ou enlouquecer ou perder o controle de repente. Eles também citam, geralmente, um desejo de fugir urgente de onde quer que o ataque possa ocorrer. Algumas vezes podem apresentar ansiedade antecipada diante da possibilidade de ter que sair de casa. Normalmente esses pacientes têm muita dificuldade em dormir desacompanhados, procuram insistente o cardiologista e recorrem ao auxílio religioso com entusiasmo.

Depois de uma crise de Pânico - por exemplo, enquanto dirige, fazendo compras em uma loja lotada, dentro de um elevador ou na fila do banco - a pessoa pode desenvolver medos irracionais chamados de fobias a estas situações e, daí em diante, começa a evitar as circunstâncias supostamente capazes de desencadear novas crises. O nível de ansiedade e o medo de uma nova crise vão gradativamente aumentando até atingir proporções onde a pessoa pode se tornar incapaz de dirigir ou mesmo sair de casa. Desta forma, o distúrbio do Pânico pode ter um impacto tão grande na vida cotidiana da pessoa como qualquer outra doença grave.

## **INCIDÊNCIA E CAUSAS DE PÂNICO**

No mundo inteiro, existem pessoas que sofrem de Síndrome do Pânico. De acordo com as pesquisas, de 2 a 4% da população mundial é acometida por este mal, o qual já é considerado um sério problema de saúde. O Pânico ou as diversas formas de Fobias é, certamente, uma das causas mais frequentes de procura a psiquiatras e podemos considerá-lo o segundo lugar de todas as queixas emocionais, precedido apenas pela Depressão. Mesmo assim, é demasiadamente frequente a associação do Pânico com a Depressão.

Qual seria a causa desse grande aumento do número de casos? Possivelmente deve-se ao aumento da ansiedade patológica na vida moderna. A cronificação dessa ansiedade patológica irá desencadear estados de stress continuado. Tanto eventos desagradáveis, profissionais ou extra profissionais, quanto eventos agradáveis, também em ambos os campos, podem se constituir em agentes estressores: morte de ente querido, nascimento de filho, despedida ou promoção no emprego, casamento ou separação, todos são potencialmente estressores.

Sabemos hoje que a síndrome do Pânico está biologicamente associada a uma disfunção dos neurotransmissores a qual criaria um fator agravante na sensação de medo. De acordo com uma das teorias, o sistema de alerta normal do organismo - um conjunto de mecanismos físicos e mentais que permite que uma pessoa reaja a alguma ameaça - é desencadeado desnecessariamente na crise de Pânico, sem que haja um perigo iminente a desencadeá-lo de fato, como naturalmente se espera da fisiologia normal do ser humano.

O cérebro produz substâncias chamadas neurotransmissores, responsáveis pela comunicação entre os neurônios (células do sistema nervoso). Estas comunicações formam mensagens que irão determinar a execução de todas as atividades físicas e mentais de nosso organismo (andar, pensar, memorizar, etc.). Um desequilíbrio na produção destes neurotransmissores pode levar algumas partes do cérebro a transmitir informações e comandos incorretos. Daí o organismo desencadearia uma reação de alerta indevidamente, como se houvesse realmente uma ameaça concreta.

Seria isto, exatamente, o que ocorreria numa crise de Pânico: uma informação incorreta, decorrente de uma disfunção dos neurotransmissores, alertando e preparando o organismo para uma ameaça ou perigo que na realidade e concretamente não existe. No caso do Distúrbio do Pânico os neurotransmissores que se encontram em desequilíbrio são os mesmos envolvidos na Depressão: a Serotonina e a Noradrenalina. Vem daí a ideia de aplicar-se ao transtorno do Pânico o mesmo tratamento medicamentoso da Depressão.

Constata-se também que o Pânico ocorre com maior frequência em algumas famílias, significando haver uma participação importante de fatores hereditários na determinação de quem está sujeito ao distúrbio. Apesar dessa concordância, muitas pessoas desenvolvem este distúrbio sem nenhum antecedente familiar.

Vale ressaltar ainda que alguns medicamentos como anfetaminas (usados em dietas de emagrecimento) ou drogas (cocaína, maconha, crack, ecstasy, etc.), podem aumentar a atividade e o medo promovendo alterações químicas que podem levar ao Pânico.

## **DEPRESSÃO RELACIONADA AO TRABALHO BANCÁRIO**



A depressão ou episódios depressivos tem relação sutil com o trabalho bancário. De acordo com o Ministério da Saúde (2001), as decepções sucessivas em situações de trabalho frustrantes, as perdas acumuladas durante os anos de trabalho, as exigências excessivas de desempenho geradas pelo excesso de competição implicando ameaça permanente de perda de função, perda do posto de trabalho e demissão podem determinar quadros depressivos.

Sintomas:

- marcante perda de interesse ou prazer em atividades que normalmente são agradáveis;
- diminuição ou aumento do apetite com perda ou ganho de peso (5% ou mais do peso corporal);
- insônia ou hipersonia (sono excessivo);
- agitação ou retardo psicomotor;
- fadiga ou perda de energia;
- sentimentos de desesperança, culpa excessiva ou inadequada;
- diminuição da capacidade de pensar e de se concentrar ou indecisão;
- pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida ou tentativa de suicídio.

Os episódios depressivos variam em graus leve, moderado, grave sem sintomas psicóticos, grave com sintomas psicóticos. Portanto, o tratamento depende da especificidade de cada caso e pode envolver psicoterapia, tratamento farmacológico e intervenções psicossociais.

## **COMO PREVENIR AGRAVOS À SAÚDE MENTAL EM DECORRÊNCIA DO TRABALHO?**

Para intervir sobre o processo de adoecimento mental é preciso modificar a organização do trabalho nos bancos e também buscar medidas de prevenção e promoção à saúde dos bancários. Para tanto, a prevenção consiste em medidas coletivas de melhoria e intervenção nos locais de trabalho que reduzam ou amenizem situações potencialmente causadoras de mal-estar. Assim, algumas medidas são importantes como:

- Aumento do controle real dos bancários sobre as tarefas e seu trabalho.
- Aumento da participação dos bancários nos processos decisórios do banco.
- Enriquecimento das tarefas.
- Eliminação de horas extras.
- Desenvolvimento de atividades de trabalho que recuperem a potencialidade intelectual do bancário e garantam espaço de criatividade.

Assim, se conseguimos reduzir o que nos causa desgaste à saúde mental, os sintomas podem desaparecer. Por isso é importantíssimo a vigilância do ambiente, das condições de trabalho e dos efeitos sobre a saúde. Nesse sentido os maiores vigilantes à saúde nos locais de trabalho são os próprios trabalhadores. Também é de fundamental importância o reconhecimento dos nossos limites, buscar o apoio de amigos e companheiros e poder participar do processo de humanização do processo de trabalho. Recuperar o aspecto lúdico e criativo do trabalho, reduzir a distância entre os que planejam o trabalho e os que executam, assim como construir laços de solidariedade são questões fundamentais para a saúde mental no trabalho. Além disso, é importante se alimentar corretamente, exercitar-se frequentemente e equilibrar momentos de descanso e de lazer, buscando a melhoria da qualidade de vida.

## **AIDS**

A AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é transmissível e ainda sem cura. Provocada pelo vírus HIV, abala a resistência do organismo contra diversas doenças.

### **A Quem Atinge**

A AIDS pode atingir quaisquer pessoas, independente de idade, sexo, raça ou classe social. Acreditava-se que a epidemia ameaçava apenas determinados grupos da população, mas hoje sabe-se que ela ameaça homens, mulheres e crianças, indistintamente.

## **AIDS e o Trabalho**

O convívio no trabalho com pessoas infectadas não traz risco de contaminação. O portador, homem ou mulher, pode levar anos para apresentar algum problema de saúde, podendo realizar suas atividades profissionais normalmente e continuar as tarefas cotidianas que sua saúde permitir, apesar de que a grande incidência da doença na faixa etária produtiva dos 20 aos 49 anos tem causado discriminação e exclusão dessas pessoas do mundo do trabalho.

## **O Preconceito**

Sujeito a preconceitos e discriminação, o portador do HIV sofre também as consequências das relações capital/trabalho.

Exames de AIDS são usados para impedir o ingresso de portadores em empresas e inúmeros são demitidos pela presença do vírus.

Devemos fazer com que cipeiros incorporem, em suas atividades, campanhas e práticas de prevenção a AIDS.

## **Direitos Previdenciários regulamentados pela lei nº 7670/88**

### ***1 - Fundo de Garantia***

O portador do vírus HIV tem o direito de sacar seu FGTS mesmo sem rescisão do contrato de trabalho e sem necessidade de comunicar o fato à empresa. Pode também levantar os depósitos de FGTS de todas as contas inativas. Basta dirigir-se a uma agência da CEF munido de atestado médico que apresente o diagnóstico, Carteira de Trabalho e preencher requerimento disponível no próprio banco.

### ***2 - PIS/PASEP***

Todo portador do HIV pode sacar seus depósitos de PIS/PASEP. Para fazê-lo, deve dirigir-se a uma agência da CEF, apresentar laudo médico que ateste sua condição através do Código Internacional de Doenças (CID 279.1) e comprovar o saldo de sua conta vinculada inativa. A liberação deve sair em torno de 30 dias.

### ***3 - Auxílio-Doença***

O segurado portador do vírus HIV tem direito ao Auxílio-Doença mesmo que não tenha completado 12 meses de contribuição para o INSS. O valor corresponderá a 91% do salário-de-benefício. (O salário-de-benefício é a média aritmética simples dos últimos 36 salários imediatamente anteriores ao afastamento do trabalho). Se o paciente estiver empregado, a empresa deverá fornecer-lhe as guias de Relação de Contribuição de Salários e pagar-lhe os primeiros 15 dias de afastamento.

**Desempregados** - O portador do vírus HIV comprovadamente desempregado a menos de 24 meses (ou 36 meses, se tiver tido mais de 120 contribuições consecutivas ao INSS) também terá direito ao Auxílio-Doença, independente do período de filiação à Previdência Social.

Como o portador do HIV desempregado pode encaminhar o pedido de Auxílio-Doença: Deve ir pessoalmente ou através de procurador nomeado à agência do INSS mais próxima com Carteira de Trabalho, comprovante de residência e atestado médico que

contenha o código da doença para requerer o benefício. O encaminhamento ao INSS do soropositivo desempregado deverá ser feito pelo médico que acompanha seu tratamento.

#### **4- Aposentadoria por Invalidez**

O paciente de AIDS ou o portador do HIV que tenha desenvolvido alguma doença incapacitante poderá se aposentar por invalidez. O benefício será concedido após perícia médica realizada pelo INSS que constate essa condição. O portador do vírus que esteja assintomático não tem esse direito. Ele deverá ser encaminhado a um Centro de Tratamento através de Ordem de Serviço da Previdência Social.

#### **5- Valor da Aposentadoria por Invalidez**

Corresponderá a 100% do salário-de-benefício e perdurará até o final da vida ou até que finde a incapacidade.

#### **6- Como Receber a Aposentadoria por Invalidez**

O trabalhador deve dirigir-se ao Setor de Benefícios da agência do INSS com os seguintes documentos: a) Relação de Salários e Contribuições preenchida pela empresa; b) Laudo da perícia médica indicando a invalidez; c) Carteira de Trabalho; d) Comprovante de residência. Se estiver desempregado, deverá apresentar documentos que comprovem o último emprego.

#### **7- Doentes não Previdenciários**

O portador do HIV que não seja segurado do INSS, mas esteja desenvolvendo a doença, terá direito a receber um salário mínimo ao mês, garantido pelos artigos 203 e 204 da Constituição Federal. A pensão será vitalícia e para consegui-la o interessado terá de comprovar estado de carência por via administrativa ou através de declaração (atestado de pobreza) dada pelo Poder Judiciário.

#### **8- Pensão por Morte do Paciente de AIDS**

Corresponde a 100% do salário-de-benefício.

**8.a** - Têm direito a recebê-la: I - O cônjuge; o companheiro ou companheira; e o filho não emancipado menor de 21 anos, ou inválido; II - Os pais; III - O irmão não emancipado, menor de 21 anos ou inválido.

## **DIREITOS TRABALHISTAS**

### **HIV - Trabalho e Demissão**

1 - A Constituição Federal proíbe a dispensa arbitrária ou discriminatória de qualquer trabalhador, inclusive o portador do HIV (Artigo 7, Inciso I). Se ocorrer demissão por discriminação, o trabalhador soropositivo deverá mover ação trabalhista para reintegração. Se a demissão tiver sido vexatória (que cause vergonha ou constrangimento), ele também terá direito a indenização por danos morais. Se ocorrer demissão por discriminação, o trabalhador soropositivo deverá mover ação trabalhista para reintegração. Se a demissão tiver sido vexatória (que cause vergonha ou constrangimento), ele também terá direito a indenização por danos morais.

2 - Responsabilidade do empregador - O empregador deve SEMPRE prover meios de informar e educar seus funcionários, mostrando que não há riscos de contágio pelo HIV

no contato social e assim evitar discriminações nos locais de trabalho. Se por acaso vazarem informações sobre a situação sorológico de algum funcionário, o empregador é obrigado a garantir condições para que ele continue ativo na sua função e protegido contra discriminações.

3 - Contratação de trabalho e o HIV - O empregador não poderá em momento algum exigir a realização de testes anti HIV para candidatos a emprego ou funcionários, qualquer que seja o regime de contratação. Essa imposição representa violação grave ao direito à intimidade dos trabalhadores, além de discriminação. Os candidatos a emprego ou trabalhadores que receberem essa solicitação devem recusar-se a acatá-la e denunciar imediatamente o fato ao Sindicato. No serviço público federal (incluídos os bancos) a exigência de testes anti HIV é proibida em exames admissionais, periódicos e demissionais pela portaria nº 869/92.

4 - Comunicação espontânea à empresa - O portador do vírus HIV ou o paciente de AIDS são livres para decidir se comunicam, ou não, essa sua condição ao Serviço Médico da empresa para evitarem ser demitidos por discriminação e também para que suas atividades no trabalho sejam adequadas ao seu estado de saúde. Caso decidam fazê-lo, devem dirigir-se única e exclusivamente ao médico, que é ética e legalmente obrigado a manter sigilo sobre o fato. Se após isso, o trabalhador for demitido, deve procurar o Sindicato imediatamente para as providências necessárias.

5 - Riscos de contágio no emprego, decorrentes de condições ou acidentes no trabalho - Em caso de acidentes em locais de trabalho que deixem funcionários expostos a sangue contaminado, a empresa é obrigada a emitir Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) e imediatamente após o acidente, encaminhar os trabalhadores atingidos para a realização de testes anti HIV, para identificação do seu estado sorológico. Isso poderá mostrar que na hora do acidente o funcionário não era soropositivo. Essa providência protegerá o empregado, caso daí venha a ocorrer contaminação, servindo para provar, na Justiça, que a infecção se deu no local de trabalho. Se isso acontecer, o trabalhador terá direito a pleitear indenizações. Os testes deverão ser repetidos a cada três meses, também para proteção à saúde desses trabalhadores, e não apenas para dar respaldo a eventuais ações judiciais. Cabe aos empregados exigirem a realização dos testes. Entre as duas partes, aquela que se recusar a cumprir essa recomendação (empregados ou empregador) terá prejudicada sua defesa em eventuais processos jurídicos.

## **Direito Imobiliário**

1- O HIV e a locação de imóvel residencial - O portador do vírus HIV não poderá ser impedido de utilizar qualquer área comum do imóvel onde resida. Ele tem direito de uso e gozo sobre a coisa alugada, desde que observe o regulamento do prédio e/ou contrato de locação.

## **EMISSÃO DE CAT EM CASO DE ASSALTO**

Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou a redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho. A perda ou redução da capacidade para o trabalho pode advir tanto de problema físico quanto mental.

Assalto em agência bancária caracteriza-se como acidente do trabalho em relação a todos os bancários presentes durante o evento.

Assim, sempre que uma agência bancária for assaltada, a empresa deve emitir a CAT para todos os trabalhadores envolvidos no infortúnio, encaminhando-a ao INSS, não cabendo a ela, empresa, dizer se houve ou não redução ou perda da capacidade, já que isso é de responsabilidade do Instituto. O funcionário da agência assaltada tem o direito de retirar-se do trabalho após o incidente para passar pelo médico, solicitando o laudo e exigir a emissão da CAT. O banco é obrigado a registrar uma CAT para cada assalto, independente de qual seja o intervalo entre eles.

Ao contrário dos casos de acidente ou doença profissional, essa CAT/Assalto não requer afastamento das funções: ela é o registro da exposição a que o bancário foi submetido. É indispensável que o trabalhador guarde suas vias de cada uma delas. Se futuramente a pessoa vier a desenvolver quadros de doenças, (hipertensão e problemas psicológicos, por exemplo) as CATs serão documento que comprovará o nexo entre o distúrbio e as condições de trabalho. Os funcionários que eventualmente sofram ferimentos durante o assalto têm direitos a se afastar para tratamento.

No caso de recusa da empresa, podem emitir a CAT, o próprio trabalhador, o médico que o assistiu, qualquer autoridade pública ou o sindicato. Faz-se, no entanto, necessário lembrar que a obrigação pela emissão da CAT é da empresa, pelo que devemos desenvolver todos os esforços para que ela cumpra sua obrigação.

**IMPORTANTE** - Embora seja direito dos trabalhadores, muitas chefias recusam-se a emitir CAT/Assalto. Se isso ocorrer em sua agência, procure imediatamente o Sindicato para fazer valer seu direito. Pelo acordo que temos com o banco, a agência assaltada pode permanecer aberta, mas com funcionários alocados de outras agências.

## Bibliografia

- Normas Técnicas de INSS
- Cartilha da Associação Nacional dos Funcionários do Banco do Brasil
- Cadernos de Orientação Elaborados pela Seção de Vigilância e Referência em Saúde do Trabalho – SEVREST
- Assédio Moral a Tirania nas Relações do Trabalho CNRQ–INST-CUT
- Caderno de Saúde do Trabalhador – LER - Lesões por Esforços Repetitivos