

Organização do trabalho disfuncional e *mobbing* (assédio moral no trabalho)*

Work organization and mobbing under an occupational health perspective

Elisa Albini**

Laura Benedetti**

S.Giordano***

Silvia Punzi***

Maria Grazia Cassitto***

RESUMO

Os dados das agências internacionais (Comunidade Européia, NIOSH) e de vários autores indicam que o estresse e as violências morais no ambiente de trabalho estão em constante aumento no mundo, e concordam em ressaltar a responsabilidade destes elementos como causa dos danos à saúde psicofísica dos indivíduos, com pesadas conseqüências sobre os mesmos, sobre as empresas e sobre a sociedade. Frequentemente as situações ocupacionais caracterizadas por elevados níveis de estresse são incorporadas àquelas em que se verificam episódios de *mobbing*. Os quatro exemplos a seguir analisados têm como objetivo evidenciar aspectos de disfuncionalidade organizacional que produzem estresse e doença, situações de *mobbing* originados de grandes disfuncionalidades organizacionais e situações de *mobbing* em que a organização parece não ter desempenhado nenhum papel. Foram examinados os traços comuns na tentativa de delinear quadros facilmente reconhecíveis, em benefício do diagnóstico precoce e da terapia e reabilitação adequadas.

Palavras-chave: *Mobbing*; Casos clínicos; Stress; Desordens de ajustamento; Disfuncionalidades Organizacionais.

Os dados das agências internacionais¹³, da Comunidade Européia¹, do NIOSH¹⁰ e de diversos autores^{3,4,6,9} mostram como o fenômeno do estresse e das violências morais nos ambientes de trabalho estão constantemente aumentando em todo o mundo. Também concordam em frisar como estes fenômenos são responsáveis por danos à saúde psicofísica dos indivíduos, têm pesadas conseqüências sociais e efeito negativo sobre a vida e a produção das empresas. São apresentadas elevadas porcentagens de trabalhadores que denunciam ter que tolerar diariamente comportamentos não civilizados por parte de colegas e superiores. A média européia é de 9% com um excursus de 4% a 16%¹³, porcentagens estas, que mais parecem representar um índice de conhecimento do que, para os valores mais baixos,

um indicador da realidade. Também muito elevada é a porcentagem daqueles que declaram que têm que trabalhar sob pressões temporais e quantitativas insuportáveis. As porcentagens européias médias são de 28%¹³. Paralelamente parecem aumentar os níveis de ausentismo devido seja aos elevados níveis de estresse seja à idéia de ter que enfrentar colegas ou superiores geradores de *mobbing*. Os distúrbios psicossomáticos, assim como os estados de grande desadaptação psicofísica, acompanham estes fenômenos.

Com freqüência os dados, especialmente os das agências internacionais, indicam a coexistência de situações ocupacionais caracterizadas por elevados níveis de estresse com aquelas em que se verificam episódios de *mobbing*, sendo às vezes considerado

*Artigo traduzido com exclusividade e publicado pela Revista Proteção com o título de "Sem Saída".

**Instituto de Medicina do Trabalho de Brescia (Itália)

***Centro de Distúrbios da Adaptação Ocupacional, Clínica do Trabalho L.Devoto, Milão

apenas uma das possíveis conseqüências de situações estressantes e, por vezes, conflitantes.

Por outro lado deve ser ressaltado que um ambiente caracterizado por fortes pressões e conflitos representa um terreno favorável ao desenvolvimento de comportamentos inadequados.

É também verificável como às vezes é problemático diferenciar comportamentos e/ou reações que parecem se relacionar a ambos os fenômenos. Estudando os sujeitos "vítimas" em algumas situações lesivas ao bem-estar dos indivíduos, se observa a falta daquele aspecto de intencionalidade considerado necessário para que se reconheça que um determinado comportamento é gerador de *mobbing*, ao passo que aparecem outros aspectos que remetem a disfuncionalidades organizacionais que são a causa de elevado estresse nos trabalhadores e, portanto, de comportamentos disfuncionais.

É oportuno chamar a atenção sobre a definição de *mobbing* dada no Documento de Consenso publicado na revista "Medicina del Lavoro"⁸ "o *mobbing* é comumente definido como forma de assédio ou violência psicológica exercida quase sempre com intencionalidade lesiva, repetida de forma iterativa, com modalidades polimorfas" onde são evidenciados os aspectos intencionais, contínuos e multiformes.

As organizações de trabalho "não sadias" são caracterizadas por disfuncionalidades não somente da organização como tal, com rigidez, incoerência entre finalidade e funcionamento, conflitos generalizados, representação ilusória da realidade, mas, como conseqüência, por uma gestão dos funcionários no mesmo nível de instrumentos e meios e não como recursos preciosos¹¹.

É, portanto, muito fácil que organizações deste tipo facilitem ou permitam a ocorrência de situações geradoras de *mobbing*.

Os quatro exemplos a seguir apresentados têm como objetivo evidenciar seja aspecto de disfuncionalidades organizacionais que produzem estresse e doença, seja situações de *mobbing* em que a organização parece não ter desempenhado nenhum papel.

Dois destes casos foram examinados pelo Serviço de Medicina do Trabalho da Universidade de Brescia (Itália) com a consultoria dos Centros Psicossociais (CPS) de referência e dois junto ao Centro de Distúrbios da Adaptação Ocupacional da Clínica del Lavoro de Milão e submetidos a exames de medicina do trabalho e a aprofundamentos psicodiagnósticos. As baterias de testes utilizadas para esta finalidade não são idênticas ainda que sobreponíveis e finalizadas para uma caracterização de personalidades, recursos, limites e eventuais patologias psicofísicas dos indivíduos.

CASO Nº 1

Um exemplo de má organização do trabalho

Este caso diz respeito a um homem de 55 anos, enviado pelo médico responsável por suspeita de psicopatologia relacionada ao *mobbing*. Obtido o diploma em contabilidade, trabalhou desde 1970 numa empresa pública, desempenhando no início funções operacionais, recebendo em seguida várias promoções até se tornar o responsável único de sua sede de trabalho.

A partir de 1999, em conseqüência de várias modificações na estrutura organizacional da empresa, houve um forte incremento na carga de trabalho, em particular para o paciente, que foi obrigado a exercer simultaneamente funções diretivas e funções executivas, trabalhando mais de 12 horas por dia. Neste período começou a apresentar uma constante sensação de agitação e de distúrbios do sono devido ao temor de não conseguir dar conta dos compromissos de trabalho. Suportou este ritmo de trabalho por cerca de um ano e meio, e solicitou então explicações aos seus superiores, convidando-os a indicar quais eram as normas que o vinculavam a esta dupla função. Não tendo nunca recebido resposta, voltou a exercer exclusivamente funções diretivas. Alguns de seus colaboradores solicitavam com freqüência facilidades que ele, como responsável, era obrigado a recusar, criando tensões e atritos. Foi em seguida convocado pela direção da sede central que o convidou a ser menos rígido e a aceitar algum compromisso.

Ao final de 2000 foi convidado pela empresa a participar a um curso de formação, junto com outros colegas com funções diretivas vindos de outras províncias. Os objetivos deste curso foram "a ativação de protocolos de análise das competências e de formação teórico-prática visando reforçar ou reposicionar, em base às atitudes individuais e às exigências estruturais, a bagagem profissional das pessoas cujos requisitos parecem, totalmente ou parcialmente, não coerentes hoje com as expectativas empresariais". O curso foi ministrado em outra cidade, em novembro-dezembro de 2000; em janeiro de 2001 uma sentença do juiz do trabalho dispôs "a imediata cessação dos programas/cursos em andamento (...) e a imediata cessação das aplicações dispostas aos funcionários chamados a participar, os quais deverão, portanto, retornar ao trabalho em seu cargo de origem". A anulação parece ter sido causada por vícios de procedimento, já que não havia sido comunicado preventivamente o conteúdo aos órgãos de representação dos trabalhadores. O conteúdo destes cursos, conforme o trabalhador, era desprovido dos conteúdos necessários para

contribuir à formação e requalificação dos participantes; no fim houve reuniões com consultores que informaram a todos os participantes a transferência para outra sede ou, para quem tivesse o tempo de trabalho necessário, a pré-aposentadoria. O trabalhador recebeu a seguir a comunicação relativa à sua transferência temporária, de janeiro a março de 2001, para outra sede da empresa, como continuação do curso de formação. Nesta nova sede havia já um funcionário do seu mesmo nível e um superior, e o trabalhador não teve a possibilidade de exercer as funções peculiares de seu cargo diretivo, sendo que a única função efetivamente desenvolvida foi de tipo unicamente executivo. O relacionamento com os colegas e os superiores eram, no entanto, bons e nunca se verificaram agressões verbais ou de outra natureza com os outros trabalhadores.

Neste período se manifestou um estado de apatia, que continua até hoje (passa o dia inteiro em casa, em frente ao televisor, sem fazer nada) e um profundo sentimento de vergonha: mora na cidade sede do escritório onde foi diretor, onde todos o conhecem e, na sua opinião, se perguntam o motivo pelo qual foi transferido, sai de casa somente à noite para dirigir-se a lugares pouco freqüentados, e a quem o encontra diz que está aguardando a pré-aposentadoria.

Em abril de 2001 dirigiu-se a um Centro Psicossocial (CPS) onde foi diagnosticado um quadro ansioso-depressivo e foi prescrita uma terapia ansiolítica e antidepressiva.

Transcorrido o período de transferência temporária não recebeu nenhuma comunicação relativa ao seu trabalho até maio de 2001, quando a sua transferência foi considerada definitiva, sem ter sido fornecida qualquer explicação, permanecendo assim três meses sem nenhuma orientação relativa ao seu trabalho. A partir de maio de 2001, se afastou do trabalho por doença, não tolerando a idéia de retornar ao trabalho numa função que não respeitasse a profissionalidade e a competência adquiridas em mais de 30 anos de serviço. O afastamento do trabalho continuou até agosto de 2002, interrompido apenas por dois dias de trabalho no mês de março.

O caso chegou à nossa observação durante o verão de 2002. Durante a consulta foi levantada a anamnese ocupacional e patológica, foi avaliada a documentação fornecida pelo trabalhador, foi realizado o exame objetivo que resultou estar dentro dos padrões de normalidade, foram preenchidos alguns questionários para o levantamento dos distúrbios subjetivos, foi efetuado o levantamento dos níveis de ansiedade e dos comportamentos adversos por parte do ambiente que evidenciaram um quadro ansioso-depressivo. A avaliação psicodiagnóstica, efetuada no mesmo CPS

que havia acompanhado o seu caso, excluiu distúrbios psiquiátricos anteriores ou familiaridade por eles, mostrou uma moderada deflexão no nível do humor com um componente discreto de ansiedade somática e tensão psíquica. A ideação resultou formalmente correta, porém polarizada, no plano do conteúdo, em situações de vergonha pelo acontecido sem, no entanto, alcançar uma intensidade delirante ou uma intencionalidade auto ou heterolesiva. Não apareceram distúrbios da percepção sensorial, deficiências mnemônicas ou graves anomalias comportamentais. A avaliação dos testes evidenciou uma leve depressão, dificuldade nos relacionamentos interpessoais e tendência à interpretação do que aconteceu desempenhando o papel de vítima. Da avaliação emergiu, portanto, uma rígida estrutura de personalidade, meticulosa, obstinada, propensa à ira e à suscetibilidade, que reage com ansiedade e maior rigidez perante situações novas e desconhecidas, que pode ter sido fortemente influenciada pelo ferimento no seu narcisismo ocorrido no ambiente de trabalho. Portanto, o diagnóstico formulado pelo CPS (em outubro de 2002) foi de "Distúrbio de adaptação com ansiedade e humor depressivo mistos" conforme os critérios do DSM IV¹ no âmbito de uma estrutura narcisística da personalidade.

O quadro de alterações psíquicas apresentado pelo trabalhador não pode ser, portanto, atribuível a uma patologia psicótica com alteração da ideação. Parece, no entanto, ter desenvolvido um papel causal a desqualificação da função ocupacional, sentida pelo trabalhador como injustiça e fonte de profunda vergonha. Neste sentido, corroboram a concomitância entre o surgimento dos sintomas e a desqualificação da função de trabalho do paciente.

Não se observa, na base desta patologia, uma situação de *mobbing* porque não se encontram elementos de violência moral exercida intencionalmente, mas uma má organização do trabalho e uma má utilização dos recursos disponíveis.

Foi, portanto, formulado a seguinte hipótese diagnóstica: "Distúrbio de adaptação com ansiedade e humor depressivo mistos em cuja origem a desqualificação da função no trabalho, com a conseqüente perda do papel e status social, representou o fator causal".

CASO Nº 2

Um exemplo de *mobbing* horizontal de tipo emocional

Este caso diz respeito a uma mulher de 33 anos que nos foi encaminhada pelo médico responsável com suspeita de estresse ocupacional; a senhora se

apresentou ao nosso serviço por sugestão de um movimento feminista. Nascida no exterior de pais italianos, se transferiu para a Itália aos 15 anos de idade após o falecimento da mãe. Obteve o diploma de primeiro grau e frequentou em seguida um curso profissionalizante de três anos de duração. É separada e tem uma filha em idade escolar.

Dos 16 aos 26 anos trabalhou com satisfação em vários lugares como balconista em bares e como camareira em diversos lugares, com exceção de um período de três anos em que trabalhou numa alfaiataria.

Aos 27 anos de idade foi admitida como operária numa empresa de grande porte. Desde o começo foi objeto das atenções de um colega mais velho que trabalhava ao seu lado. De início estas atenções consistiam em intimidades, julgadas ofensivas, a respeito de sua vida matrimonial e de suas aventuras extraconjugais, que logo se transformaram em galanteios cada vez mais desrespeitosos, até chegar a propostas sexuais e a um episódio de assédio físico. Nesta ocasião, a jovem mulher que, mesmo tendo-se mostrado deste o começo incomodada por este comportamento, só tinha conseguido, até então, apenas uma intensificação dos assédios, teve uma reação de raiva que chegou ao conhecimento de seus superiores. Graças à intervenção destes, a partir daquele dia não foi mais obrigada a trabalhar sozinha com o referido colega. Neste período, no entanto, o comportamento ultrajante foi adotado também por outros três colegas, ainda que com menor frequência e de forma menos explícita. O relacionamento com as colegas de trabalho, alguns anos mais jovens, não foram, de resto, melhores. Por ocasião de um evento noturno organizado para dar as boas-vindas aos novos admitidos, declarou abertamente de não compartilhar certas idéias deles a respeito de traição e do uso de drogas e recebeu, em resposta, olhares e silêncios embaraçosos. Houve discussões também com os representantes sindicais porque não quis inscrever-se em nenhum sindicato e, após ter-se recusado a aderir a uma greve, o supervisor deixou de cumprimentá-la. Estes episódios foram o ponto de partida para um isolamento progressivo que aumentou juntamente com os primeiros sintomas referidos de desadaptação psicofísica, como coceira nas articulações (cotovelos, joelhos, tornozelos), nos braços e na região inguinal, acompanhado por um aumento no consumo de cigarros (até quatro maços por dia). Perante esta situação solicitou e obteve transferência para um outro setor. Também aqui o trabalho foi satisfatório, mas as colegas mais antigas, incomodadas com as atenções que a mulher recebia dos "homens delas", por sua dedicação ao trabalho e por sua pouca disponibili-

dade a se juntar às suas fofocas, a isolaram cada vez mais e a tornaram vítima de brincadeiras e alusões e remexiam o seu lugar de trabalho.

Decorridos três anos da data de admissão foi repreendida por um superior devido a um excessivo número de trocas nos descansos compensados, comportamento que ela justificou pelo fato de ter conseguido um segundo trabalho como balconista num bar, necessário para satisfazer às exigências econômicas familiares. A reação compreensiva e paternalística do superior provocou nela um profundo senso de humilhação. É deste período o aparecimento de cólicas abdominais com episódios de vômitos e emagrecimento, irregularidade no ciclo menstrual, insônia e bruxismo noturno, freqüentes crises de choro; este estado obrigou-a a ausentar-se do trabalho por dois meses por síndrome ansioso-depressiva e ficou aos cuidados da ASL (Azienda Sanitaria Locale) com medicação específica. Ao voltar ao trabalho foi transferida para um novo setor, mas também aqui os problemas não demoraram a surgir. Os olhares das colegas e dos colegas, que julgava hostis, porque a consideravam uma intrusa, provocaram, de fato, uma tal ansiedade nela que tornavam penosa a sua saída de casa para dirigir-se ao lugar de trabalho. O chefe do setor lhe dava tarefas que ela cumpria, mas a sub-chefe e duas subalternas usaram todos os meios disponíveis para hostilizar o seu trabalho acusando-a de ter-se aproveitado da doença para ingressar em seu setor. Durante seis meses alternou longas ausências com algumas jornadas de trabalho, até chegar a trabalhar com mais regularidade, embora durante o intervalo para o almoço voltasse para casa para poder chorar e continuassem os desaforos, os furtos, as violações de seu posto de trabalho causando prejuízos no serviço. Apesar de suas repetidas queixas, os superiores tomaram uma atitude somente após vários meses, permitindo que mudasse de setor. Ali chegou disposta a dar o máximo de si, apresentou propostas inovadoras e expressou o desejo de ter mais responsabilidade, mas não foi atendida. Os problemas surgiram entre ela e a vice-responsável que contou mentiras a seu respeito, acusando-a de um furto nunca ocorrido e insultando-a. A funcionária ficou incrédula e chocada diante da repetição destas situações. Teve uma conversa com o superior em que disse abertamente que se sentia mortificada e humilhada; foi convidada a ser paciente e foi deslocada para um outro setor. Foi submetida a uma consulta médica ocupacional onde foi considerada apta para voltar a trabalhar nos turnos, dos quais havia sido dispensada após o período de doença por episódio depressivo. A mulher aceitou, solicitando alguns dias para poder

organizar-se nos cuidados com a filha, mas o pedido não foi aceito. Decidiu assinar a carta de demissão, mas por sugestão do representante sindical voltou atrás e afastou-se por doença.

A senhora chegou aos nossos cuidados em outubro de 2002, seis anos após o início de seus problemas no trabalho. Foi submetida a uma consulta por parte do médico do trabalho e do neuropsiquiatra, a uma entrevista psicológica e a uma bateria de testes psicológicos e neuropsicológicos desenvolvidos de forma específica para esta patologia. Durante a consulta com o médico do trabalho foi levantada a anamnese ocupacional e patológica. Não foram detectadas patologias pregressas relevantes ou familiaridade com os distúrbios psiquiátricos. A paciente referiu um episódio depressivo ocorrido em 1999 e, a partir do início de 2002, o aparecimento e a progressiva piora na ansiedade, no humor depressivo, na insônia, na irritabilidade, na dificuldade de memorização e concentração, nas crises de choro, astenia, senso de frustração e insegurança, cólicas abdominais com náuseas, lombalgia, tremores, sudorese, cefaléia. Desde maio de 2002, início do afastamento por doença, relatou uma melhora no que diz respeito aos sintomas de náusea e vômito, uma sensível diminuição no consumo de cigarros, porém uma persistência na insônia com pesadelos. Está em tratamento com um psiquiatra desde o começo de 2002, mas não toma os ansiolíticos e antidepressivos prescritos, e também com um psicoterapeuta. Da entrevista psicológica e dos testes aplicados revelou-se um dinamismo mental superior à média e um estado emotivo fortemente orientado num sentido depressivo com componente ansioso e comprometimento somático. Não apareceram graves anomalias ao nível comportamental. Observa-se uma personalidade rígida com traços obsessivos, tendência à ordem e à meticulosidade, atitude anticonformista com traços de contestação e de suscetibilidade e incapacidade de autoironizar-se. Constatou-se também uma tendência ao isolamento com dificuldade nos relacionamentos interpessoais.

Julga-se que o deságio psicofísico denunciado possa ser atribuído ao contexto ocupacional caracterizado por uma escassa aceitação das diversidades e à relativa rigidez da paciente na manutenção das suas posições, sendo compatível com uma situação de *mobbing* exercido pelos colegas.

A hipótese diagnóstica conclusiva foi: "Distúrbio da adaptação com depressão e comprometimento somático compatível com situação ocupacional adversa na anamnese".

CASO Nº 3

Um exemplo de *mobbing* vertical

O terceiro caso refere-se a uma mulher de 32 anos, encaminhada pelo médico responsável por suspeita de psicopatia relacionada ao *mobbing*. Obteve o diploma numa licenciatura de línguas, começou a trabalhar como funcionária numa empresa comercial. Em 1997 foi contratada por uma empresa fabricante de instalações industriais como funcionária administrativa e intérprete; no entanto desde o começo desenvolveu uma função comercial, em particular como colaboradora do diretor comercial (DC) e do diretor responsável pela área (RAM). Realizava também funções de relações públicas: organizava viagens e estadias na Itália para clientes vindos do exterior e viagens ao exterior para os técnicos da empresa. Durante três anos desenvolveu estas funções com grande satisfação pessoal e gozou de bem-estar psicofísico. A partir de 2000, começaram a aparecer problemas entre a dona da empresa e o DC, o RAM e, por consequência, a funcionária, que começou a ser repreendida por motivos fúteis e de forma desproporcional aos eventuais erros cometidos. Em junho de 2000, foi afastada das funções de relações públicas e da organização de viagens "por incompetência", por alegação de ter adquirido passagens aéreas por um preço muito elevado. Em setembro de 2000, após o deterioramento do relacionamento com a proprietária, o RAM deixou a empresa; em seu lugar entrou um parente da proprietária que tratava a funcionária de forma grosseira e a fazia sentir-se controlada. Neste período começou a apresentar nervosismo, estado de insegurança e tensão, falta de apetite e distúrbios do sono. Em outubro de 2000, durante uma feira da qual participava a empresa, o relacionamento com a proprietária se tornou-se muito tenso. No retorno à sede, foi agredida verbalmente e humilhada em público por vários pretextos, por exemplo, por ter aromatizado o escritório com a concordância dos colegas. Em seguida a estes acontecimentos, o seu sono se tornou cada vez mais perturbado, por acordar freqüente e repentinamente, e começou a apresentar deficiência da capacidade de atenção e de concentração, tremores, cefaléias e crises fugazes de pânico. Em janeiro de 2001, o DC foi demitido por "reestruturação empresarial". O dia seguinte foi negado à funcionária o acesso ao arquivo de papéis e ao arquivo informatizado e foi obrigada a tirar duas semanas de férias; seguiu-se uma semana de doença por distúrbio do sono e agitação psicomotora. Neste período, de fato, teve um agravamento dos distúrbios do sono e dos ataques de pânico e iniciou a terapia com ansiolíticos.