

Na volta ao trabalho, em fevereiro de 2001, foi transferida na sala de arquivo com a tarefa de traduzir manuais em francês durante 8 horas por dia, sem suportes adequados (dicionário e corretor automático no PC para a língua francesa), isolada dos colegas e sem telefone. Sentia-se continuamente controlada e notou que mexiam em suas gavetas. As agressões verbais e as humilhações continuaram com vários pretextos, como, por exemplo, repreensões no sentido de limitar os intervalos para descanso e de estacionar melhor o carro. Foi submetida a uma sobrecarga de trabalho; no entanto, a fim de respeitar sempre os prazos por medo de ser repreendida, levava o trabalho para casa, mesmo com temor de ser flagrada. A cada discussão ou pedido de esclarecimentos, era convidada a ir embora. As sensações de isolamento, humilhação, insatisfação se tornaram cada vez mais importantes; os ataques de pânico mais frequentes e mais graves (até duas ou três crises por dia, tanto no trabalho como fora dele). Aumentava também a preocupação com a própria imagem na cidade em que vivia e trabalhava, e em pouco tempo abandonou completamente qualquer atividade recreativa e social. A situação continuou inalterada até maio de 2001 quando, após a enésima discussão com a proprietária, foi internada num pronto socorro por "distúrbio de ansiedade". À terapia com ansiolítico foram associados os antidepressivos.

Ao final de maio de 2001 chegou para observação ao Serviço de Medicina do Trabalho dos *Ospedali Civili de Brescia*. Não foi evidenciada familiaridade com distúrbios psiquiátricos. Relatou ter sempre gozado, antes do mês de junho de 2000, de um equilíbrio satisfatório no plano afetivo-emotivo, do relacionamento e do desempenho no trabalho; nunca havia tomado psicofármacos antes de janeiro de 2001. Após o levantamento da anamnese ocupacional e patológica, foi submetida a questionários para psicodiagnóstico que evidenciaram sintomas de fadiga, distúrbio do sono, dificuldade de concentração e de atenção, sintomas neurovegetativos, de labilidade emotiva, ansiedade e depressão.

Em colaboração com o III *Centro Psico-Sociale de Brescia*, foi submetida a consultas psiquiátricas, onde foi detectada uma regularidade ideativa; por estar grávida, foi suspenso o tratamento farmacológico e foi aconselhada a psicoterapia. A seguir, no mesmo Centro, foi efetuada uma avaliação psicodiagnóstica que levou à formulação do diagnóstico de distúrbio de adaptação aguda com ansiedade e humor depressivo mistos¹, distúrbio que se instalou sobre uma base de personalidade bem estruturada, adequadamente evoluída e harmônica. Resultou muito evidente a presença de um nexo direto e significativo entre *life*

events (no caso específico as condições ambientais de trabalho que se tornaram hostis e às vezes persecutórias) e o surgimento de uma resposta defensiva de "adaptação" adotada pela funcionária.

O quadro das alterações psíquicas não é, portanto, atribuível a uma patologia psicótica com alteração da ideação; parece, no entanto, ter desempenhado um papel causal a alterada situação de interrelacionamento que se instaurou no ambiente de trabalho, vivida pela funcionária como assédios morais sofridos com repetição. Neste sentido apontam a concomitância entre o surgimento e o agravamento dos sintomas e o progressivo isolamento e desqualificação ocupacional. A hipótese diagnóstica conclusiva foi, portanto, de "distúrbio da adaptação aguda com ansiedade e humor depressivo mistos¹, em cuja origem a experiência de *mobbing* no ambiente de trabalho desenvolveu o papel causal".

Foi redigido o primeiro certificado de doença profissional e foi comunicado o caso ao Órgão de Vigilância.

Em julho de 2001, a funcionária foi obrigada a afastar-se do trabalho por gravidez de risco. Verificou-se a seguir um lento melhoramento da sintomatologia, com a diminuição dos ataques de pânico e a redução dos sintomas depressivos e de ansiedade, mesmo persistindo o comportamento de isolamento. O nascimento da filha desempenhou um papel fortemente positivo. Em novembro de 2002, mês previsto para o retorno ao trabalho, preferiu deixar o emprego e demitiu-se.

CASO Nº 4

Um caso misto de má organização e sucessivamente de *mobbing* vertical

Este caso refere-se a um homem de 51 anos, encaminhado pelo médico responsável por suspeita de estresse ocupacional.

Admitido em 1985 numa empresa de instalações industriais como auxiliar de produção, foi confiada a ele a função de auxiliar de radiologia que incluía o levantamento e o transporte de cargas consideráveis (30-50 kg), constituídas pela aparelhagem utilizada pelo radiologista. A tarefa previa também várias viagens, inclusive ao exterior. O trabalhador estava muito satisfeito com o seu trabalho que, em virtude das viagens, lhe permitia sustentar de forma adequada a família com uma única fonte de rendas e com dois filhos estudantes.

Durante uma viagem ao exterior, o paciente acusou um episódio de lombalgia aguda que o obrigou

a interromper o trabalho e a retornar à Itália (foi diagnosticada uma hérnia de disco L4 – L5 e L5 – S1 causadora de lombociatalgia esquerda).

Após um período de repouso, voltou ao trabalho exercendo a mesma função na Itália, numa unidade perto de sua residência. Foi também promovido ao cargo de radiologista, mas a ausência de um auxiliar para o seu lugar o obrigou, de fato, a continuar a transportar ele próprio a aparelhagem. Em 1993 o exame periódico efetuado pelo médico responsável desaconselhou o levantamento e a deslocação de cargas, porém o trabalhador continuou sendo utilizado na mesma função; em julho de 1995 foi novamente declarado idôneo, porém com as mesmas limitações, mas continuou na mesma função até dezembro de 1995. Nesta data foi convidado a gozar as férias atrasadas, coisa que ele fez com muito prazer. Na volta ao trabalho houve uma reunião em que foi explicitamente convidado a se demitir caso contrário seria vítima de represálias. Transferido à sede central, longe de sua residência, não lhe foi confiada nenhuma tarefa e, durante cerca de cinco meses, mesmo apresentando-se regularmente ao trabalho, passou os dias na sala de espera perto do pátio da firma, sem desempenhar qualquer função.

Em junho de 1996 foi-lhe atribuída a função de contínuo, tendo como lugar de trabalho uma mesa colocada defronte à parede num apertado corredor de passagem, ao lado de dois *containers* para a reciclagem dos toners usados de impressoras e fotocopiadoras; nesta função permaneceu até abril de 1999, quando começou a receber um auxílio securitário continuando empregado. Relatou também ter-se tornado objeto de escárnio por parte de colegas colocados em lugares de trabalho mais adequados.

Em 2001, chamado novamente a trabalhar na sede da empresa, não se apresentou por causa do estado de saúde psicofísico já comprometido. A partir de 1995 apresentava de fato ansiedade e humor depressivo que se agravavam progressivamente, insônia com freqüentes despertares por pensamento intrusivo, cefaléia por hipertensão arterial com freqüentes vertigens, tonturas, cólicas abdominais e episódios de crises de ansiedade possivelmente atribuíveis a distúrbio por ataque de pânico.

Sentia um profundo senso de humilhação e falta de autoestima, devido à perda de um trabalho importante e por não receber o apoio da família que não entendia as razões da desqualificação profissional.

Neste período, a situação econômica familiar havia piorado drasticamente por faltar a parte variável do salário, pela dificuldade de sustentar a família e simultaneamente pelas despesas de estadia longe de casa.

Após 1999 verificaram-se episódios, não total-

mente identificados no tempo e nas formas, de afastamento do lar e de “vagabundagem” pela Itália em várias cidades, em estado de total confusão.

Chegou à atenção do Centro de Incapacidade Ocupacional de Adaptação da *Clinica del Lavoro de Milão* a primeira vez em 2000 e desde então é submetido, uma vez por ano, a exames de controle.

Levantada a anamnese patológica e ocupacional, e avaliada a documentação fornecida (rica em anexos específicos, e com fotografias e fitas cassete), foi feito um exame objetivo que resultou substancialmente negativo, com exceção para o abdomen doloroso à palpação ao longo da localização do cólon, em primeira hipótese atribuído a cólon irritável, e exame neurológico igualmente não significativo. Lombociatalgia esquerda com hipoestesia do lado externo da coxa e perna esquerda.

A avaliação psicodiagnóstica, baseada nos testes aplicados, evidenciou dinamismo mental dentro dos padrões normais para a idade e escolaridade, significativa desadaptação psicofísica com alterações emocionais (distúrbios do sono com pesadelos, dificuldade de concentração por intrusividade do pensamento polarizado na problemática do trabalho, humor deprimido com apatia, ansiedade, disfuncionalidade neurovegetativa (distúrbios gastrointestinais) e distúrbios do comportamento social com ativação de mecanismos de isolamento e distúrbios do desejo sexual. Não se manifestaram elementos que indicassem distúrbios na área psicótica. Ausente a dimensão social.

Com base nestes resultados, foi formulado para o paciente o diagnóstico conclusivo de “Distúrbio pós-traumático por estresse ocupacional”. Foi também redigida denúncia de doença ocupacional e enviada aos órgãos competentes. Hoje estão em andamento os controles territoriais por parte dos órgãos de vigilância.

Foi sugerida ao paciente a terapia farmacológica antidepressiva e a psicoterapia.

Quando dos controles sucessivos, o paciente demonstrou uma lenta, mas gradativa capacidade de recuperação, mesmo permanecendo um grave comprometimento da área sócio-afetiva e do humor.

O caso foi também levado à justiça e teve êxito favorável com ressarcimento de danos, faltando apenas conhecer os motivos alegados.

COMENTÁRIO

Os quatro casos apresentados constituem exemplos de patologias relacionadas a estresse nas quais o ambiente de trabalho desempenhou um papel pelo

menos concausal.

Em quase todos os casos, a má organização do trabalho foi determinante, influenciando às vezes de forma decisiva, como no primeiro caso, e constituindo nos outros um terreno fértil no qual se desenvolveram ações lesivas intencionais geradoras de *mobbing*. No caso de *mobbing* horizontal, no entanto, a organização do trabalho, aceitável no todo, não pode ser considerada como sendo uma das causas da violência psicológica.

No primeiro caso, a gestão não adequada do pessoal, num período de modificações importantes na organização da empresa, causou, ainda que não intencionalmente, uma alteração no estado de saúde do trabalhador, que viveu de forma muito negativa a desqualificação de sua função e conseqüentemente do seu status social.

Nos três casos classificados como *mobbing*, são evidenciáveis traços comuns, como a intencionalidade lesiva para com o trabalhador, um progressivo isolamento do indivíduo por parte de todo o ambiente de trabalho e um dano psicofísico à sua saúde.

A ação lesiva foi exercida num caso pelos colegas (*mobbing* horizontal), e nos outros casos pelos superiores (*mobbing* vertical). Também nestes últimos casos, os colegas de trabalho foram coniventes com os sujeitos geradores de *mobbing*, mais ou menos intencionalmente, contribuindo ao isolamento do trabalhador e, portanto à sua desadaptação ocupacional.

O dano à saúde psicofísica dos indivíduos examinados, quando causado pelas ações de *mobbing*, apresenta sempre distúrbios emocionais (humor deprimido, irritabilidade, crise de choro, dificuldades mnemônicas e de concentração, astenia, distúrbios do sono com pesadelos e pensamento polarizado nos eventos cotidianos, passividade), somáticos (cefaléia, taquicardia, gastralgia, lombalgia, etc) e comportamentais (modificações nos hábitos alimentares, voluptuários, da sexualidade, isolamento social).

Este quadro sintomatológico influencia naturalmente a eficiência no trabalho que resulta significativamente reduzida ou até mesmo anulada, também em termos de perda de dias de trabalho devido a longos períodos de doença.

Ao nível de personalidade é detectada a ausência, nos quatro casos, de quadros patológicos estruturais e a impossibilidade de delinear uma base comum entre os quatro indivíduos; somente em dois casos (1 e 2) os trabalhadores apresentavam uma personalidade com traços de rigidez à adaptação que não representou, no entanto, um fator essencial no desenvolvimento da ação lesiva sofrida. Isto é particularmente evidente no caso de *mobbing* horizontal, onde a trabalhadora,

procedente de um contexto cultural diferente e não disposta a compartilhar atitudes alheias às próprias convicções morais, entrou em choque com um ambiente pouco propenso a aceitar a diversidade de valores e modalidades reativas.

O aparecimento de sintomas emotivos e comportamentais clinicamente significativos com comprometimento do funcionamento social e ocupacional, em resposta a uma situação ocupacional adversa, levou, nos três casos a um diagnóstico de "Distúrbio de Adaptação". Lembremo-nos que o CID10¹² define o distúrbio de adaptação como um mal-estar subjetivo e distúrbio emocional que interferem no funcionamento e nas atividades sociais e que surgem no período de adaptação a uma mudança de vida significativa ou a um evento de vida estressante.

Nos ambientes em que a violência psicológica foi exercida de forma particularmente grave, induzindo no indivíduo medo e sentimentos de impotência, com o aparecimento de pensamentos intrusivos, às vezes suicidas e pesadelos inerentes aos problemas relacionados ao trabalho, comportamento para evitar relações interpessoais, afetividade reduzida e sentimentos de diminuição das perspectivas futuras, foi utilizado o diagnóstico de "Distúrbio Pós-Traumático por Estresse".

Os quatro casos demonstram, além disso, como um ambiente de trabalho doentio, por má organização genérica no primeiro caso, negligência no clima organizacional e nas relações interpessoais no segundo, instrumentalização do tipo "usa e descarta" dos recursos humanos no terceiro e de forma ainda mais grave no quarto, represente um verdadeiro fator de risco para a saúde dos trabalhadores.

Principalmente no segundo e quarto caso, se evidencia também a responsabilidade do médico especialista presente, mas substancialmente ausente que deveria ter constituído a figura de referência para o trabalhador, que certificou a aptidão ou inaptidão, sem verificar posteriormente a sua correta aplicação. O médico responsável deveria primeiramente, em âmbito preventivo, intervir nas disfuncionalidades organizacionais e trabalhar, dentro de suas possibilidades, para proteger os trabalhadores. Perante os casos que chegam ao seu conhecimento, deve esforçar-se para compreender a situação que lhe é apresentada em todos os seus aspectos e os eventuais efeitos prejudiciais à saúde de seu paciente; deve ajudar o paciente a ter consciência do que está ocorrendo e aconselhá-lo sobre a melhor forma de resguardar-se; finalmente, quando necessário, deve encaminhar o sujeito a centros especializados para uma correta caracterização do caso.

Tanto a Organização Mundial da Saúde na conclusão de 3º Encontro Europeu dos Centros de Colaboração (Nancy, 2002), quanto a Agência Europeia para a Segurança e Saúde nos Ambientes de Trabalho⁷ recomendam a promoção, o desenvolvimento e a manutenção de “boas práticas” para prevenir tais situações de risco de doença.

No âmbito da Comunidade Europeia, em 2001, foi apresentada uma resolução¹⁴ relativa ao *mobbing* nos ambientes de trabalho, na qual se exorta os países membros a “rever e, se for o caso, a com-

pletar a própria legislação em vigor levando em conta a luta contra o *mobbing* e os assédios morais no trabalho, assim como verificar e uniformizar a definição dos diferentes tipos de *mobbing*”. Entre os países membros, Portugal e Suécia adotaram uma norma estatal, a França dispõe, desde 17 de Janeiro de 2002, de uma Lei específica que prevê sanções, inclusive penais, para o causador de *mobbing*; na Itália, até agora, nenhuma das várias propostas de lei apresentadas na anterior e na atual legislatura foi discutida no Parlamento.

ABSTRACT

Background: Stress and psychological harassment at work are increasing worldwide, according to International Agencies (European Community, NIOSH, and to most authors). **Objectives:** To describe typical working situations responsible for distress and mobbing, with the aim of early diagnosis and effectiveness of therapy and rehabilitation. **Methods:** Four cases are reported as representative of dysfunctional organization producing distress and pathology or inducing mobbing behavior or mobbing without clear organization responsibilities. **Conclusions:** In all cases dysfunctional organization appeared a have played a significant role even though not always a direct one. Also, common characteristics were highlighted if the three cases where mobbing was recognized.

Key Words: Mobbing; Clinical cases; Stress pathology; Adjustment disorder; Dysfunctional work organization

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association: DSM-IV, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Ed. Italiana a cura di Andreoli V, Cassano GB, Rossi R. Milano: Masson, 1996
2. Commissione Europea Occupazione e Affari Sociali: Guida Sullo stress legato all'attività lavorativa. Lussemburgo: Commissioni Europee, 2000
3. Cooper cL, Payne R (eds): Causes, coping and consequences of stress at work. New York: J. Wiley & Sons, 1995
4. Dejours e souffrance en france. Seuil, paris, 1998
5. Di Martino V, Gold D, Schapp A: Managing emerging health related problems at work. Geneva: International Labour Office, 2002
6. Einarsen S, Hoel H, Fapí D, Cooper CL: Bullying and emotional abuse in the workplace. International perspectives in research and practice. London/New York: Taylor and Francis, 2003
7. European Agency for Safety and Health at Work: Il mobbing sul posto di lavoro Facts 23. Bilbao: 2002
8. Gilioli R, Adinolfi M, Bagaglio A, e coll: Un nuovo rischio all'attenzione della medicina del lavoro: le molestie morali (mobbing). Documento di Consenso. Méd Lav 2001; 92:61-69
9. Levi L: The welfare of the future – a Swedish case study. In European Macro-Trends and Implications for Investing for Health. Report from the First Verona Meeting 14 -17 October 1998. Copenhagen: Who/Euro, 1998a
10. Niosh: Stress at work, Cincinnati, OH. Author, DHHS (NIOSH) Publication no 99-101, 1999
11. Novara F, Sarchielli G: Fondamenti di Psicologia del Lavoro. Bologna: Il Mulino, 1996
12. Organizzazione Mondiale della Sanità: ICD-10, classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali. A cura di Kemoli D, May M. Milano: Masson, 1992
13. Pauli P, Merllie D: Third european survey on working condition, 2000. Dublin: European Foundation for the improvement of living and working conditions, 2001
14. Risoluzione del Parlamento Europeo sul mobbing sul posto di lavoro (2001/2339 (INI))