

# Aspectos psicossociais e desafios do retorno ao trabalho das vítimas de assédio moral

Psychosocial aspects and challenges of mobbing victims' return to work

Débora Miriam Raab Glina<sup>1</sup>, Liliane Reis Teixeira<sup>2</sup>, Lys Esther Rocha<sup>3</sup>

## RESUMO

**Contexto:** Retornar ao trabalho após o assédio moral é um problema de saúde ocupacional. **Objetivo:** Analisar a trajetória e percepções das vítimas de assédio moral no trabalho. **Métodos:** Pesquisa qualitativa com 13 casos atendidos no Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Dados coletados em 2007 e 2008, por meio de 26 entrevistas semiestruturadas. Foi realizada uma análise do conteúdo das entrevistas. **Resultados:** Características sociodemográficas: 67% do sexo feminino, idades entre 29 e 55 anos, 94% caucasianos, 50% casados, 61% com filhos, 61,2% abaixo do nível universitário, 67% de São Paulo, 67% de organizações privadas, diferentes ramos de atividades econômicas e de postos de trabalho. Após 1 ano, 47% retornaram ao trabalho, 38% ainda estavam afastados e 15% foram demitidos. O retorno ao trabalho foi: na mesma empresa e durante a estabilidade (100%), no mesmo setor e cargo (50%), com tarefas diferentes (83%). O assédio moral diminuiu para 50%; 80% avaliaram o retorno ao trabalho negativamente; 50% enfrentaram obstáculos para continuar seus tratamentos de saúde; 100% tiveram consequências para a saúde, com afastamentos entre 6 meses e 5 anos e 50% com auxílio-doença acidentário. As principais atividades durante a doença foram: tratamentos de saúde, tarefas domésticas e permanência em casa (85%). **Conclusões:** As três situações – retorno ao trabalho, licença médica e demissão – foram avaliadas como negativas. As empresas parecem não possuir políticas e práticas antiassédio moral no trabalho. O período de licença médica foi envenenado pelo *coping* antecipatório. Os trabalhadores demitidos, ainda doentes, estavam enfrentando dificuldades econômicas.

**Palavras-chave:** Comportamento social, fatores de risco, reabilitação, saúde mental, saúde do trabalhador.

Recebido: 30/7/2010 – Aceito: 13/8/2010

Trabalho realizado no Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

<sup>1</sup>Doutora em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP); Psicóloga do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Lapa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; Professora colaboradora da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

<sup>2</sup>Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP; Estatística do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

<sup>3</sup>Doutora em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da USP – Laboratório de Investigações Médicas (LIM-40); Professora da Faculdade de Medicina da USP e da Fundação do ABC.

Endereço para correspondência: Débora Miriam Raab Glina – Alameda Ribeirão Preto, 438, apto. 1.501 – Bela Vista – CEP 01331-000 – São Paulo, SP – E-mail: deboraglina@uol.com.br

## ABSTRACT

**Background:** Return to work after mobbing is an occupational health problem. **Objective:** To analyze mobbing victim's trajectory and perceptions. **Methods:** Qualitative research with 13 cases treated in the Occupational Health Service of Hospital das Clínicas of Faculdade de Medicina of Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil. Data were collected in 2007 and 2008, via 26 semi-structured interviews. Content analysis of interviews was performed. **Results:** Sociodemographic characteristics: 67% females, ages between 29 and 55 years, 94% Caucasian, 50% married, 61% with children, 61,2% below college level, 67% São Paulo natives, 67% from private organizations, different economic activities branches and jobs. After 1 year, 47% returned to work, 38% were still on sick leave and 15% were dismissed. Return to work was: in the same company and during stability (100%), in the same sector and job (50%), with different tasks (83%). Mobbing diminished 50%; 80% evaluated return to work negatively; 50% had their health treatments obstructed; 100% had health outcomes, resulting on sick leaves from 6 months to 5 years and 50% had work-relatedness recognized. The main activities during sick leave were: health treatment, domestic chores and permanency at home (85%). **Conclusions:** The three situations – return to work, sick leave and dismissal – were evaluated as negative. The companies seem to lack mobbing policies and practices. Sick leave period was poisoned by anticipatory coping. Dismissed workers, still ill, were facing economic hardship.

**Keywords:** Social behavior, risk factor, rehabilitation, mental health, occupational health.

## INTRODUÇÃO

O termo assédio moral no trabalho é uma expressão unificadora que inclui várias formas de mau tratamento e comportamentos hostis no local de trabalho<sup>1,2</sup>. Quatro critérios são utilizados para caracterizar o assédio moral no trabalho nas definições científicas do termo<sup>3</sup>: a exposição direta ou indireta a atos negativos; a repetição regular de comportamentos agressivos que podem ter a intenção de serem hostis e/ou são percebidos como hostis pelo receptor; um desequilíbrio percebido de poder entre o assediador e o alvo do assédio.

Leymann<sup>4</sup> argumentou que os comportamentos envolvidos no assédio moral podem ser, na realidade, muito comuns na vida cotidiana. No entanto, eles podem causar muito mal e humilhação quando ocorrem em uma base regular. Assim, pode não ser a natureza do comportamento em si que faz a vítima sofrer. A frequência dos atos, fatores situacionais relacionados a diferenças de poder ou interações inevitáveis, ou as percepções da vítima sobre as intenções do perpetrador, podem causar tanta ansiedade, miséria e sofrimento quanto a conduta real envolvida<sup>5</sup>.

O assédio moral no trabalho é um problema de saúde do trabalhador. De acordo com Nielsen *et al.*<sup>1</sup>, estudos sobre a prevalência de assédio demonstraram

ampla variação nas taxas de prevalência entre países e dentro de um mesmo país. Enquanto uma prevalência de 2 a 5% foi encontrada nos países escandinavos<sup>6-8</sup>, uma frequência de 55% foi encontrada na Turquia<sup>9</sup>.

O retorno ao trabalho depois do assédio moral tem sido motivo de preocupação para os profissionais de saúde ocupacional. Em primeiro lugar, porque o assédio moral é considerado um problema mais incapacitante e devastador para os empregados do que todos os outros fatores psicossociais de estresse relacionados ao trabalho juntos e pode ser visto como uma forma bastante grave de estresse social no trabalho<sup>10-13</sup>. Muitas vítimas parecem sofrer de sintomas da síndrome do estresse pós-traumático<sup>10,14</sup>.

Em segundo lugar, quando as vítimas retornam ao trabalho, quais são as garantias de que deixará de ocorrer o assédio moral? Pode acontecer que esses funcionários sofram ainda mais retaliações, e parece não haver nenhuma forma de intervir ou protegê-los. O objetivo deste estudo foi analisar a trajetória da vítima de assédio moral e suas percepções sobre a sua situação. A questão central que se colocou neste artigo foi: o que aconteceu às vítimas de assédio moral após um ano de sua primeira avaliação de saúde mental em termos da sua situação de trabalho, condição de saúde e assédio moral (caso eles tenham voltado a trabalhar)?

## MÉTODOS

O Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) é um serviço de atenção terciária em saúde ocupacional, localizado em São Paulo, Brasil, cujo objetivo é diagnosticar e tratar doenças ocupacionais. Os pacientes são encaminhados a essa unidade por sindicatos, médicos, unidades de Saúde Pública e advogados. Eles passam por uma triagem inicial para avaliar se eles se qualificam e, em seguida, são encaminhados aos médicos do trabalho, que podem pedir pareceres de outros especialistas (incluindo psiquiatras e psicólogos) e/ou solicitar exames complementares.

Após o diagnóstico de uma doença ocupacional, os médicos do trabalho preparam relatórios e preenchem a parte médica do documento denominado comunicação de acidentes de trabalho (CAT), que os pacientes devem levar ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) a fim de receber o pagamento de benefícios.

Dada a demanda crescente de pacientes com suspeita de terem sofrido assédio moral no trabalho no SSO, em 2006 concebeu-se uma pesquisa-ação, com objetivos práticos e de conhecimento, que passou pela aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da USP (Capepesq). A população estudada foi composta por todos os pacientes que tinham sintomas mentais e eram suspeitos de serem vítimas de assédio moral no local de trabalho. Todos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados coletados pelo psicólogo, que também era o pesquisador principal, foram utilizados para preparar relatórios psicológicos cuja finalidade era tanto subsidiar os médicos do trabalho no diagnóstico e estabelecimento da relação causal com o trabalho e servir de base para ações na justiça, quanto para as finalidades desta pesquisa<sup>15,16</sup>.

### A pesquisa qualitativa

Esta pesquisa qualitativa foi um estudo exploratório com 13 casos. Os dados foram coletados em dois momentos: 2007 (primeira avaliação psicológica) e 2008 (acompanhamento), por meio de 26 entrevistas semiestruturadas individuais. O primeiro roteiro de entrevistas incluiu:

- características sociodemográficas (nome, data, sexo, idade, religião, raça, estado civil, local de nascimento, nível educacional etc.);
- local de trabalho (atual ou último): nome da organização, ramo de atividade econômica e cargo;
- estado de saúde: queixa livre, avaliação sistemática dos sinais e sintomas psíquicos (sensação, percepção, representação, conceitos, raciocínio, memória, atenção, orientação espacial e temporal, consciência, afetividade, atividade voluntária, tendências vitais, linguagem falada e escrita, doenças agudas, doenças relacionadas com o estresse, diminuição no desempenho e produtividade), história de doenças passadas e atuais, hábitos (consumo de álcool, fumo e drogas), consumo de drogas prescritas, diagnósticos;
- informação profissional: história ocupacional, emprego atual (título do cargo, descrição pormenorizada das atividades, condições de trabalho, organização do trabalho, exigências do trabalho, relações interpessoais no trabalho, política e práticas de recursos humanos), percepções do funcionário sobre a relação entre seu trabalho e seus sintomas, percepções do trabalhador sobre o assédio moral (conceito de assédio moral, existência ou não, exemplos de situações de assédio moral, consequências do assédio, prova quando possível);
- condições de vida (família, relacionamentos, residência etc.)<sup>15</sup>.

O segundo roteiro de entrevista incluiu perguntas sobre:

- características sociodemográficas (nome, data, sexo, idade, religião, raça, estado civil, local de nascimento, nível educacional etc.);
- situação de trabalho atual (retornou ao trabalho, está afastado, aposentou-se, foi demitido);
- retorno ao trabalho (RT): organização, seção, trabalho, tarefas, alterações nas relações interpessoais, situação do assédio moral no trabalho, dificultaram os tratamentos de saúde, avaliação do RT;
- afastamento do trabalho: afastado por auxílio doença comum, afastado por auxílio doença acidentário, tempo de afastamento, atividades durante o período de afastamento, avaliação do período de licença;

- aposentadoria após afastamento;
- demissão no retorno ao trabalho;
- ações na justiça contra a empresa, contra o INSS, entre outros;
- estado de saúde: evolução dos sinais e sintomas, avaliação sistemática dos sinais e sintomas psíquicos (sensação, percepção, representação, conceitos, raciocínio, memória, atenção, orientação espacial e temporal, consciência, afetividade, atividade voluntária, tendências vitais, linguagem falada e escrita, doenças agudas, doenças relacionadas com o estresse, diminuição da produtividade e o desempenho), hábitos (fumo, álcool, drogas – houve alteração em relação a um ano atrás), consumo de drogas prescritas (alterações em relação a um ano atrás), diagnósticos.

Foi realizada uma análise de conteúdo por meio de uma análise temática de todas as entrevistas. O foco deste artigo foram as percepções dos trabalhadores sobre sua situação de trabalho atual, situação de assédio moral e de saúde.

## RESULTADOS

Sessenta e sete por cento das vítimas de assédio eram do sexo feminino, com idades variando de 29 a 55 anos, 94% eram caucasianos, 50% casados, 61% com filhos, 61,2% abaixo do nível universitário, 67% nativos do Estado de São Paulo; 67% trabalhavam organizações privadas de diferentes ramos de atividades econômicas, incluindo metalurgia, informática, saúde e serviços sociais, transporte terrestre, intermediação financeira, produção de mercadorias de couro, telecomunicações, administração pública, atividades associativas, indústria farmacêutica, mineração, indústria plástica e indústria de vestuário – com uma grande variabilidade de postos de trabalho, incluindo os trabalhadores de “colarinho azul”, como: auxiliar de enfermagem, cobrador de transporte terrestre, auxiliar de embalagem, analista químico, controlador de qualidade, técnico de laboratório, impressor de *silkscreen* e modelista de roupas e trabalhadores de “colarinho branco”, como analista de sistemas, médico, supervisor, diretor, professor universitário e assistente de gerência.

O tempo de trabalho variou entre 3 e 35 anos; 89% trabalhavam mais de 40 horas por semana, 80% eram pressionados a fazer horas extras; 73% trabalharam mais de 10 horas extras por semana; 94% referiram ritmo de trabalho de moderado a rápido e 83% referiram não possuir nenhum controle sobre o ritmo de trabalho.

Após 1 ano, 47% retornaram ao trabalho, 38% ainda estavam afastados em licença médica e 15% haviam sido demitidos. Apenas funcionários com estabilidade ou aqueles que tinham ações na justiça retornaram ao trabalho.

As situações de estabilidade foram: ser funcionário público estável, ser membro da Comissão Interna para a Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA), ter recebido auxílio-doença acidentário, ou seja, ter o nexo com o trabalho reconhecido pelo INSS.

As ações na justiça foram contra a Previdência Social (para reconhecimento do nexo da doença com o trabalho, conversão de benefício) em 28% dos casos, ou contra a empresa por responsabilidade civil (dano moral por ter sido vítima de assédio moral no trabalho) em 17% dos casos.

O retorno ao trabalho foi na mesma empresa para todos os funcionários (100%), no mesmo setor e no mesmo cargo para 50%. A 83% dos trabalhadores foram atribuídas tarefas diferentes, e estes consideraram que as tarefas foram em menor quantidade, desnecessárias ou sem importância.

O assédio moral diminuiu para 50% dos trabalhadores. Verificou-se, ainda, que a natureza do assédio moral mudou. Aumentaram comportamentos de assédio relativos ao local de trabalho (de 33 para 50%), isolamento do trabalhador (de 41 para 67%) e retirada de infraestrutura (de 22 para 33%).

Os funcionários eram completamente ignorados, transferidos de uma seção para outra o tempo todo e isolados de colegas e de todos os contatos humanos. Exemplo:

“É como se eu não estivesse lá (...) eu não tenho uma mesa, um lugar no armário para guardar a minha bolsa ou tarefas para fazer. Eu trabalho lentamente para não acabar sem nada para fazer” (ACI).

“Ajudo todo mundo porque não tenho uma função específica. Tem dias que não tem nada para fazer. Proibiram os meus colegas de me ensinar o serviço. Me

mudaram de sala 8 vezes. Se tiver algo meu em alguma mesa, jogam tudo fora” (JLO).

“Fiquei 10 dias sem ter nenhuma atribuição” (CCAC).

Alguns trabalhadores foram colocados em turnos nos quais não poderiam conseguir transporte para o retorno à moradia; 50% referiram que encontram obstáculos para comparecer às consultas médicas, realizar exames ou seguir os tratamentos de saúde.

Por outro lado, diminuíram as ameaças de demissão (de 72 para 33%), a pressão no trabalho (de 72 para 33%), mudanças na organização do trabalho (de 33 para 0%), discriminação e falta de equidade (de 65 para 33%), horário de trabalho (de 53 para 33%), salários/benefícios/direitos trabalhistas (de 67 para 33%), pedido de serviços urgentes desnecessariamente (de 17 para 0%) e as humilhações (de 94 para 50%). Exemplo:

“Hoje em dia a empresa não me maltrata, mas também não me trata” (AAS).

Os relacionamentos interpessoais com supervisores ou gerentes melhoraram para a metade dos entrevistados, mas, ao mesmo tempo, eles passaram a ser evitados pelos colegas e transformados em objeto de piadas.

Oitenta por cento avaliaram o RT negativamente, por causa do clima organizacional, sentimentos de não-pertença e de inutilidade e devido à discriminação pelos colegas. Exemplos:

“Eu quero fugir daqui, mas tenho que esperar o fim da estabilidade”.

“Eu quero me demitir, eu não estava preparado para retornar ao trabalho na mesma seção”.

“Horível, eu sinto como se eu não pertencesse mais à empresa. Eu não tenho lugar para ficar, escrivãzinha e nada para fazer”.

“Terrível, eu continuo a ser assediada”.

“Ruim, eu não consigo mais desempenhar o meu trabalho”.

“Eu preferia não ter retornado. As mesmas situações estão acontecendo de novo. Os novos empregados estão sendo informados sobre o meu caso e eles começaram a me tratar mal. Minha depressão está voltando”.

Apenas um empregado referiu que se sentia mais forte e com melhores condições de lidar com a situação. Outro trabalhador foi transferido para outra unidade básica de saúde e nesse local havia muitos médicos que

foram vítimas de assédio moral no trabalho e agora retornavam ao trabalho. Entre eles desenvolveram-se laços de solidariedade e um estava apoiando o outro.

Cem por cento dos trabalhadores apresentaram repercussões na saúde, resultando em afastamentos de 6 meses a 5 anos, com 8 deles (62%) com afastamento de 1 a 3 anos e 8 meses; 38% estão atualmente afastados. Apenas 50% tiveram o nexos com o trabalho reconhecido, ou seja, o assédio moral no trabalho contribuindo para o problema de saúde. Durante o período de afastamento, as principais atividades dos trabalhadores foram: tratamentos de saúde (85%), permanência em casa (85%) e tarefas domésticas (85%). Com menor frequência apareceram cursos (15%), viagens (31%), trabalho voluntário (15%) e frequência à igreja (15%).

O afastamento foi considerado um período difícil por 9 trabalhadores (70%). Os trabalhadores sentiam-se ansiosos e tinham medo de serem demitidos ao fim da licença ou do período de estabilidade. Um trabalhador estava sendo pressionado a retornar ao trabalho antes de terminar o afastamento. Outro estava angustiado, pois ao tentar realizar tarefas similares às que desenvolvia no trabalho, percebeu que não conseguia mais. Dois afirmaram que a vida havia perdido o sentido e que sentiam falta do trabalho; ao mesmo tempo, estavam apavorados de passarem pelo assédio moral novamente.

A maior parte do tempo era gasta com tratamentos de saúde. Um trabalhador referiu o preconceito dos vizinhos e pessoas em geral quando dizia que estava afastado devido à depressão. Apenas um dos trabalhadores considerava maravilhoso poder estar longe da empresa.

Não houve casos de aposentadoria após afastamento.

Dois trabalhadores (15%) foram demitidos ao final do afastamento. Um deles, do sexo feminino, estava numa espécie de “limbo”, oficialmente empregada, mas rejeitada pela empresa. Como consequência, ela não estava sendo remunerada nem pela empresa e nem pelo INSS e teve de parar seus tratamentos de saúde. O outro trabalhador foi demitido após 15 dias do retorno ao trabalho. A empresa havia aberto três processos contra ele, alegando negligência, incompetência e imprudência. Esse trabalhador descobriu e denunciou fraudes na empresa e estava sendo vítima de pesadas retaliações.

Oito trabalhadores (62%) referiram que os sintomas não melhoraram. Os sintomas de estresse e depressão persistiram nas três situações descritas, principalmente alterações de raciocínio, memória, atenção, afetividade, tendências vitais (para 92%), aumento de infecções (50%), distúrbios coronarianos – hipertensão arterial sistêmica, taquicardia (78%), dor muscular (92%), distúrbios do sistema vestibular (78%) e cefaleia (92%). Dois trabalhadores voltaram a fumar.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Foi encontrada uma predominância de mulheres entre as vítimas de assédio moral no trabalho nesta pesquisa, assim como ocorreu em outros estudos (ver, por exemplo, Kelly<sup>17</sup>; Zapf e Einarsen<sup>18</sup>). Ao contrário de Hirigoyen<sup>19</sup>, que aponta para uma predominância de vítimas de assédio moral acima de 50 anos de idade, nesta pesquisa 89% das vítimas tinham entre 29 e 48 anos. Este estudo também mostrou a predominância de caucasianos (94%) entre as vítimas de assédio moral no trabalho, o que contradiz a discriminação étnica ou racial como uma regra. Neste estudo, assim como em outros (por exemplo, Einarsen<sup>20</sup>), ocorreu uma predominância de vítimas em organizações privadas (67%). Os trabalhadores assediados moralmente neste estudo mostraram diferentes *backgrounds*, cargos, *status* ocupacional e trabalhavam em empresas de vários ramos de atividade econômica, sendo que os assediadores não eram apenas superiores hierárquicos e tampouco pertenciam apenas ao sexo masculino (o que contraria a afirmação de Einarsen<sup>20</sup> de que o assédio moral era mais comum em grandes organizações, em organizações “dominadas por homens” e em organizações industriais). Na verdade, em dadas circunstâncias, qualquer pessoa, em qualquer organização, pode sofrer assédio moral no trabalho. Da mesma forma, ainda que existam assediadores que são psicopatas, perversos ou sádicos, em determinadas organizações, qualquer pessoa pode tornar-se um assediador.

De acordo com Franche *et al.*<sup>21</sup>, existem sete princípios para o retorno bem sucedido ao trabalho:

1. o local de trabalho tem um forte comprometimento com a saúde e segurança no trabalho que é demonstrado pelo comportamento de todos os envolvidos;

2. o empregador faz uma oferta de trabalho modificado (também conhecido como acomodação ao trabalho, segundo os princípios da ergonomia) e retorno gradual ao trabalho aos trabalhadores doentes ou acidentados para que eles possam retornar precocemente e com segurança às atividades adequadas a suas habilidades;
3. os planejadores do RT certificam-se que o plano apoia o trabalhador que retorna sem prejudicar seus colegas e supervisores;
4. os supervisores são treinados em prevenção à incapacidade para o trabalho e são incluídos no planejamento do RT;
5. o empregador faz um contato precoce com os trabalhadores doentes/acidentados;
6. existe um responsável pela coordenação do RT;
7. empregadores e prestadores de cuidados de saúde comunicam-se sobre as demandas do local de trabalho quando necessário e com o consentimento do trabalhador.

A aderência a esses princípios não parece ter ocorrido nas organizações em que os trabalhadores que fizeram parte deste estudo trabalhavam. Em relação ao princípio 1, a ausência de uma política e práticas antiassédio moral no trabalho mostra o pouco compromisso com a saúde dos trabalhadores. Não há informações sobre ações tomadas em relação aos assediadores (supervisor ou colegas), nem de medidas tomadas para prevenir ou inibir novos atos de assédio. Os trabalhadores negam ter recebido apoio em qualquer forma.

Parte dos trabalhadores retornou ao mesmo setor e cargo, exposta aos mesmos assediadores e situações, e em uma culpabilização da vítima foram “encostados”, sendo mostrado a eles que eram desnecessários e dispensáveis. O assédio continuou, assumindo novas formas. Ora, se a causa de incapacidade para o trabalho está associada com o local de trabalho, então um retorno para um local que não mudou (com ou sem um tratamento apropriado para a doença) pode estar condenado ao fracasso e pode, então, levar a recorrências longas<sup>22,23</sup>. Seria de surpreender, portanto, que os sintomas persistissem?

As atribuições foram diferentes, mas não porque tivesse sido proposto um trabalho modificado. Como só retornaram ao trabalho trabalhadores com estabele-

dade ou que estivessem movendo processos judiciais, a intenção parece ter sido deixá-los “encostados”, sem quase nada para fazer, como uma forma de neutralizá-los ou de quebrar a sua autoestima.

Com relação ao princípio 3, não há uma preocupação em garantir que colegas e supervisores não sejam prejudicados. A intenção parece ser a de isolar o trabalhador, “ameaçando” de forma direta ou sutil qualquer um que se aproximasse dele, seja para apoiá-lo ou para lhe passar algum serviço.

Não há informações sobre treinamentos para supervisores sobre prevenção da incapacidade para o trabalho.

Os contatos feitos com o trabalhador afastado foram no sentido de pressioná-lo a voltar ao trabalho antes do fim do afastamento.

Não houve contatos com os prestadores de cuidados de saúde para discutir a situação do trabalhador. Na verdade, o trabalho da equipe de saúde do SSO limitou-se a fornecer relatórios, fazer encaminhamentos junto ao INSS e fornecer aconselhamento. Não houve possibilidade de, por exemplo, propor uma transferência de setor ou fazer uma vigilância de saúde do trabalhador, contribuindo para mudanças ou prevenção.

O INSS retornou os trabalhadores às atividades sem readaptação; na prática, para a mesma situação que os adoeceu. Uma situação com grande potencial de adoecimento. Apenas metade dos trabalhadores tiveram o nexos com o trabalho reconhecido e puderam gozar de estabilidade. Os demais precisaram entrar com ações para reversão do benefício, o que, dada a morosidade da justiça, pode levar tempo. Este estudo mostra a necessidade de rever as políticas e práticas do INSS em relação aos trabalhadores com transtornos mentais decorrentes do assédio moral no trabalho.

Além de não haver uma proposta de retorno ao trabalho para os trabalhadores assediados nas empresas, foram criados obstáculos para que eles continuassem seus tratamentos.

O fato de só retornarem ao trabalho os trabalhadores com estabilidade ou que tivessem movido ações na justiça mostra que os mesmos dispositivos que foram criados para proteger os trabalhadores (por exemplo, a estabilidade) podem funcionar para agravar o assédio moral no trabalho, já que o trabalhador não pode ser demitido e deve ser “estimulado” a demitir-se. Da perspectiva da organização, o assédio moral tem sido

repetidamente chamado de “gerenciamento de recursos humanos por outros meios”<sup>8</sup>. Em países com um sistema legal e social forte, é quase impossível demitir-se alguém sem o consentimento da pessoa. Se não há meios legais (ou existem altos custos econômicos), pode haver a tentação de se utilizar outros meios, como, por exemplo, assediar moralmente a pessoa até que ela deixe a organização “voluntariamente”<sup>8</sup>.

Por todas essas razões, a experiência de RT foi avaliada negativamente pelos trabalhadores.

Ao contrário do pensamento mais comum, o período de afastamento do trabalho também foi avaliado como negativo pelos trabalhadores. A maior parte do tempo era gasta com tratamentos de saúde (algo também causador de estresse). Além disso, o período de afastamento foi completamente envenenado pelo *coping* antecipatório, ansiedade e insegurança no trabalho, de forma que, mesmo afastados, vários sintomas permaneceram. Preocupações com o futuro, após o retorno ao trabalho, predominaram durante o afastamento: será que eles seriam demitidos? Será que sofreriam retaliações? Sentiam falta do trabalho, mas não do assédio.

A situação dos trabalhadores demitidos após afastamento também é preocupante, porque estão fragilizados, doentes e com a autoestima abalada. Qual a chance real de eles poderem voltar a trabalhar?

## REFERÊNCIAS

1. Nielsen MB, Skogstad A, Mathiesen SB, Glasø L, Aasland MS, Notelaers G, et al. Prevalence of workplace bullying in Norway: Comparisons across time and estimation methods. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 2009;18(1):81-101. doi: 10.1080/13594320801969707.
2. Fox S, Stallworth LE. Racial/ethnic bullying: Exploring links between bullying and racism in the US workplace. *Journal of Vocational Behaviour*. 2005;66(3):438-56.
3. Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL (editors). *Bullying and emotional abuse in the workplace: international perspectives in research and practice*. London; New York: Taylor & Francis; 2003.
4. Leymann H. Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence Vict*. 1990;5(2):119-26.
5. Einarsen S, Raknes BI, Mathiesen SB, Helleøy OH. *Mobbing og Harde Personkonflikter. Helsefarlig samspill på arbeidsplassen*. [Bullying and severe interpersonal conflicts: unhealthy interaction at work]. London: Sigma Forlag; 1994.
6. Einarsen S, Skogstad A. Bullying at work: epidemiological findings in public and private organisations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 1996;5(2):185-201.
7. Høgh A, Dofradottir A. Coping with bullying in the workplace. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 2001;10(4):485-95.
8. Leymann, H. *Mobbing – Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann*, [Bullying and expulsion at work]. Reinbeck: Rowohlt; 1993.
9. Bilgel N, Aytac S, Bayram N. Bullying in Turkish white-collar workers. *Occup Med (London)*. 2006;56(4):226-31.

10. Wilson CB. U.S. businesses suffer from workplace trauma. *Personnel Journal*. 1991;47-50.
11. Zapf D, Knorz C, Kulla M. On the relationships between mobbing factors, and job content, social work environment and health outcomes. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 1996;5:215-38.
12. Niedl, K. Mobbing/Bullying am Arbeitsplatz. Eine empirische Analyse zum Phänomen sowie zu personalwirtschaftlich relevanten Effekten von systematischen Feindseligkeiten. [Mobbing/bullying at work: An empirical analysis of the phenomenon and of the effects of systematic harassment on human resource management]. Munich, Germany: Hampp; 1995.
13. Einarsen S. The nature and causes of bullying at work. *International Journal of Manpower*. 1999;20(1-2):16-27.
14. Leymann H, Gustafsson A. Mobbing and the development of posttraumatic stress disorders. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 1996;5(2):251-76.
15. Glina DMR, Rocha LE. Protocolo de assédio moral no trabalho para pesquisas, diagnósticos e elaboração de laudos. In: Gosdal TC, Soboll LAP. *Assédio Moral Interpessoal e Organizacional*. São Paulo: LTR; 2009. p. 139-51.
16. Glina DMR. Assédio Moral no trabalho. In: Glina DMR, Rocha LE (orgs.). *Saúde mental no trabalho: da teoria à prática*. São Paulo: Roca; 2010. p. 427-36.
17. Kelly DJ. Reviewing workplace bullying: strengthening approaches to a complex phenomenon. *Journal of Occupational Health and Safety – Australia and New Zealand*. 2005;21(6):551-64.
18. Zapf D, Einarsen S. Mobbing at work: escalated conflicts in organizations. In: Fox S, Spector PE, editors. *Counterproductive work behaviours: investigations of actors and targets*. Washington: American Psychological Association; 2005. p. 237-70.
19. Hirigoyen MF. *Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.
20. Einarsen S. Harassment and bullying at work: a review of the Scandinavian approach. *Aggression and Violent Behavior*. 2000;5(4):379-401.
21. Franche RL, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J; Institute for Work & Health (IWH) Workplace-Based RTW Intervention Literature Review Research Team. Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *J Occup Rehabil*. 2005;15(4):607-31.
22. Adler DA, McLaughlin TJ, Rogers WH, Chang H, Lapitsky L, Lerner D. Job performance deficits due to depression. *Am J Psychiatry*. 2006;163(9):1569-76.
23. Sanderson K, Andrews G. Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. *Can J Psychiatry*. 2006;51(2):63-75.