



## ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO E DIREITO À SAÚDE: CONSEQUÊNCIAS DO ASSÉDIO MORAL NO ÂMBITO DO TRABALHO AO DIREITO À SAÚDE DO TRABALHADOR

Candy Florencio Thomé \*  
Rodrigo Garcia Schwarz \*\*

**Resumo:** O presente artigo trata do assédio moral no âmbito do trabalho e das suas relações com a saúde no trabalho. O tema insere-se no âmbito investigativo dos direitos fundamentais no trabalho e o problema da pesquisa é identificar a conceituação de assédio moral no trabalho, e os requisitos à sua caracterização, a conceituação de direito à saúde e as consequências que o assédio moral pode causar à saúde do trabalhador. O procedimento investigativo é descritivo-explicativo do tipo documental-bibliográfico. A pesquisa conclui que o assédio moral constitui atentado ao direito à saúde do trabalhador.

**Palavras-chave:** Assédio moral no trabalho; direito à saúde; direito do trabalho; doença do trabalho; saúde no trabalho.

## PSYCHOLOGICAL HARASSMENT AT WORK AND RIGHT TO HEALTH: CONSEQUENCES OF WORKPLACE BULLYING ON THE WORKER'S RIGHT TO HEALTH

**Abstract:** This article aims to explain and analyse the psychological harassment at work and its relations with occupational health. The research theme is part of the traditional research of fundamental rights at work and the problem of research is to identify the concept of psychological harassment at work, and the requirements to characterize it, the concept of the right to health and how workplace bullying impacts health of worker. The research is descriptive and explanatory, documentary-bibliographical. The research concludes that workplace bullying constitutes an attack on the worker's right to health.

**Keywords:** Labour law; occupational health; psychological harassment at work; right to health; work sickness.

---

\* Professora da Escola de Direito de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas e Juíza do Trabalho. Doutora em Direito pela Universidade de São Paulo e pela Universidad de Castilla-La Mancha (Espanha), com estágios pós-doutorais no Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) e na Universidad Nacional de Córdoba. E-mail: candythome@trt15.jus.br.

\*\* Professor do PPGD da Universidade do Oeste de Santa Catarina e Juiz do Trabalho. Doutor em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e pela Universidad de Castilla-La Mancha (Espanha) e Doutor em História Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, com estágios pós-doutorais no Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), na Universidad Nacional de Córdoba e no Centro de Direitos Humanos da Universidade de Coimbra. E-mail: rodrigo.schwarz@trtsp.jus.br.



## 1 INTRODUÇÃO

O presente artigo trata do assédio moral no âmbito do trabalho e suas relações com a saúde do trabalhador, analisando a conceituação do assédio moral e seus requisitos, a conceituação do direito à saúde, bem como as consequências que o assédio moral pode causar na saúde do trabalhador, configurando-se, conforme o caso, como acidente de trabalho, nos termos da Lei n. 8213/91.

Dada a estreita ligação do tema com os direitos fundamentais no trabalho, o fio condutor desse artigo será o estudo do assédio moral no âmbito do trabalho como um atentado ao direito à saúde do trabalhador, em seus vários espectros, mediante uso de pesquisa descritivo-explicativa do tipo documental-bibliográfica.

## 2 ASSÉDIO MORAL NO ÂMBITO DO TRABALHO

O assédio moral é um problema que cresceu ao longo das últimas décadas, mas o fenômeno ocorre já há muito tempo. Casos de constrangimento moral foram julgados na Justiça francesa desde a década de 1960. Sua maior exposição, atualmente, dá-se devido ao desemprego, rotatividade da mão de obra e ocupações precárias. As pessoas, hoje, agarram-se ao trabalho, em detrimento de sua saúde física ou mental, diminuindo a produtividade, aumentando o absenteísmo e as doenças do trabalho (HIRIGOYEN, 2000; 2014). No Brasil, Barreto (2003) relata que, de 2.072 trabalhadores entrevistados em sua pesquisa, 870 afirmam que vivenciaram situações de humilhação. Apesar dos números dados, a estimativa é de que tais números são subestimados, uma vez que o silêncio, nos casos de assédio moral no trabalho, é comum.

Dejours (1998) utiliza-se da análise de Hannah Arendt acerca da banalidade do mal no totalitarismo para teorizar sobre a banalização do mal na sociedade neoliberal atual. Segundo o autor, a diferença do totalitarismo e do neoliberalismo situa-se nos objetivos deste e daquele, mas o processo de banalização do mal é o mesmo, efetuado por meio do medo gerado diante de tal violência. Isso causa duas maneiras diversas de enfrentamento: a coletiva, por meio da negação das diferenças entre as pessoas, e a individual, mediante a clivagem entre sofrimento e injustiça.

A resposta coletiva pode ser vislumbrada nas mais diversas gradações: de forma acentuada, nos casos de assédio moral efetuado por várias pessoas, mais atenuadamente, nas





atitudes dos chamados *side-mobbers* e, de forma quase inexistente, nas testemunhas de assédio moral que se calam por medo. Já a clivagem é uma resposta individual que faz com que o indivíduo crie dois mundos, um interior e outro exterior. No primeiro mundo, apresenta-se como uma pessoa sensível e moral, já no segundo (normalmente no âmbito do trabalho), age de forma despersonalizada e com distanciamento dos fatos que ocorrem a sua volta.

No neoliberalismo, a violência física não é aceita de maneira geral, mas todas as outras formas de violência são consideradas normais, banais (HIRIGOYEN, 2014). Daí uma das razões do aumento do assédio moral no trabalho nas últimas décadas, pois a banalização do mal gerada com o neoliberalismo, dentre vários efeitos nefastos, cria a falsa ideia de que a violência e o sofrimento no trabalho são dados sem volta, efeitos contra os quais não se pode lutar, como se fosse uma força da natureza. Isso não é verdadeiro, já que, nas palavras de Dejours (1998), a guerra econômica funciona apenas porque homens e mulheres consentem em dela participar, mesmo discordando de seus mecanismos e objetivos, desenvolvendo uma tolerância à injustiça.

Dessa forma, pode-se dizer que o assédio moral é um problema estrutural, inerente às atuais relações de trabalho, sendo utilizado para a manutenção da ordem e da perpetuação das relações assimétricas de poder, mas que deve ser considerado como uma afronta à dignidade humana e banido o mais efetivamente possível das relações de emprego.

O assédio moral no trabalho configura um tipo de violência psicológica contra o trabalhador. A violência pode ser definida como o uso deliberado da força física ou o poder, como ameaça ou efetivo, contra a própria pessoa, um terceiro, um grupo ou uma comunidade, que cause ou tenha muitas possibilidades de causar lesões, morte, danos psicológicos, transtornos de desenvolvimento ou privações (BUTCHART *et alii*, 2004). Na medida em que, na sociedade atual, a violência física já não é mais aceita como antes, quando um sujeito quer agredir outro, costuma utilizar-se da violência psicológica. Além disso, a violência física é mais chocante e de fácil configuração, ao passo que a violência psicológica é de difícil caracterização. Para Barreto (2003, p. 197), “a humilhação constitui um indicador importante na avaliação das condições de trabalho e saúde de trabalhadores e trabalhadoras, revelando uma das formas mais poderosas de violência sutil nas relações organizacionais e na sociedade”.

Leymann (2002), em um dos primeiros livros sobre o assunto, conceituou o assédio moral, chamado de *mobbing* nos países escandinavos e na Alemanha, como um conjunto de ações negativas, contra uma ou várias pessoas, mediante as quais se nega a comunicação com uma pessoa, durante um longo período, marcando, dessa forma, as relações entre os autores e



as vítimas, afirmando que algumas características essenciais do assédio moral no trabalho são a confrontação e o constrangimento.

Hirigoyen (2014), por sua vez, conceitua o assédio moral no trabalho como toda conduta abusiva (gestos, palavras, comportamentos, atitudes) que configure um ataque, mediante repetição ou sistematização, à dignidade ou à integridade psíquica ou física de um trabalhador, colocando em perigo seu emprego, ou degradando o ambiente de trabalho.

Embora seja aplicável no âmbito do assédio moral nas escolas, clubes e grêmios, observa-se que a Lei n. 13.185, de 6/11/2015 instituiu o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (Bullying) em todo o território nacional, definindo tal prática como todo ato de violência física ou psicológica, intencional e repetitivo que ocorra sem motivação evidente, praticado por indivíduo ou grupo, contra uma ou mais pessoas, com o objetivo de intimidá-la ou agredi-la, causando dor e angústia à vítima, em uma relação de desequilíbrio de poder entre as partes envolvidas (art. 1º, § 1º).

Diante da análise desses conceitos, verifica-se que, para que haja a configuração do assédio moral no âmbito das relações de trabalho, faz-se necessário que tenha havido ato agressor, um dano à dignidade do trabalhador, ou seja, os atos perpetrados pelo(s) ofensor(es) devem ser, necessariamente, de natureza negativa e indesejáveis.

Não se trata de necessidade de dano físico-psíquico, mas os atos devem causar uma degradação das condições de trabalho, não havendo a necessidade da prova direta do dano, uma vez que a mera existência de assédio moral já configura a conduta abusiva. O dano moral é um *dano in re ipsa*, ou seja, decorre, automaticamente, do ato ilícito e, dessa forma, é dispensável a prova do sofrimento da vítima, na medida em que não há necessidade de demonstração do que é ordinário e decorrente da própria natureza humana e que a indenização pelo dano causado também tem um caráter compensatório e pedagógico e não meramente reparatório (OLIVEIRA, 2004).

Não há, praticamente, controvérsias acerca da necessidade da existência do dano para a configuração do assédio moral, porém, é importante ressaltar que alguns atos, em um primeiro momento, podem parecer inofensivos, sem intuito algum de lesar os direitos da personalidade do empregado, mas, diante da análise de todos os elementos do ambiente de trabalho, fica configurado o assédio moral.

Leymann (2002) e Hirigoyen (2000; 2014) pioneiros no estudo do tema, entendem que, para a configuração do assédio moral, é necessária a repetição dos atos agressores.



Alguns autores consideram a duração dos ataques de assédio moral como um dos requisitos para sua configuração. Hirigoyen (2001) não determina uma duração mínima para que determinados atos hostis sejam considerados como assédio moral, considerando, inclusive, que a determinação do início do assédio moral é de difícil precisão (Hirigoyen, 2014).

Diante da própria ideia de assédio, tem-se que, efetivamente, certa duração no tempo se faz necessária para sua configuração, mas o limite temporal deve ser determinado conforme o caso concreto.

Hirigoyen (2001; 2014) entende que o assédio moral se consubstancia quando há uma intenção perversa, afirmando, inclusive, que o elemento que diferencia o assédio moral das más condições de trabalho é a intenção de prejudicar e atingir, moralmente, uma pessoa. A autora, contudo, diferencia a intencionalidade “consciente” da intencionalidade “inconsciente”, afirmando que, neste caso, a expressão mais correta seria de “compulsão malévola” (*compulsion malveillante*). Afirma, também, que, em vez de se trabalhar com a dicotomia consciente/inconsciente, é melhor analisar qual o nível de consciência que o agente agressor tem de seus atos e que não se pode falar de intencionalidade, quando se trata de sistemas (assédio organizacional, por exemplo).

Outro elemento mencionado por alguns poucos autores, mas refutado pela maioria dos que se debruçaram sobre o tema, como um dos elementos do assédio moral, é a existência de danos psíquicos. Barros (2004) analisa tal elemento, que significa que deve haver dano psíquico permanente ou transitório com nexos causal com o assédio moral, ou, agravamento de dano psíquico existente, mas considera que esse elemento é dispensável, pois a Constituição Federal de 1988 protege, não apenas a integridade psíquica como também a moral. Ademais, se tal elemento fosse intrínseco ao assédio moral, a proteção jurídica dependeria das características da vítima e não do ato ofensor (RODENAS, 2005; GUEDES, 2008). Entendimento contrário, no sentido de que há a necessidade de existência de danos psíquicos para a consubstanciação do assédio moral no trabalho é o de Nascimento (2004), que, inclusive, afirma haver a necessidade de prova pericial para a correta averiguação da existência de assédio moral, entendendo que “a configuração do assédio moral depende de prévia constatação da existência do dano, no caso, a doença psíquico-emocional, sendo necessária perícia feita por psiquiatra”.

Ressalvadas as opiniões em contrário, considera-se que atrelar a existência de danos psíquicos à configuração do assédio moral é negar a existência de danos morais apenas, não



acompanhados de danos psíquicos, além de penalizar aqueles empregados que, por diversas razões, são psicologicamente mais resistentes.

### 3 DIREITO À SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR

O direito à saúde é previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos, que prevê tal direito, em seu art. 25, e no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, sociais e culturais (PIDESC) — Decreto Legislativo n. 226, de 12.12.91 e Decreto n. 591, de 6.7.92 — que determina, no art. 12.1, que “os Estados-Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental”.

No âmbito da OIT, uma das principais normas a tratar do direito à saúde dos trabalhadores é a Convenção n. 155 da OIT que, em seu art. 3º, alínea “e”, estabelece que “a saúde, com relação ao trabalho, abrange não só a ausência de afecções ou de doenças, mas também os elementos físicos e mentais que afetam a saúde e estão diretamente relacionados com a segurança e a higiene do trabalho”.

No ordenamento jurídico brasileiro, a Constituição de 1988 consagra o direito à saúde como um direito social, no art. 6º e o assegura, no art. 196, como um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, inserindo a saúde na seguridade social, com a previdência e a assistência social, no art. 195.

O art. 225, por sua vez, reconhece o direito ao um meio ambiente equilibrado e o art. 200, inciso VIII, consagra a proteção ao meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080, de 19.9.90), em seu art. 3º, determina que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

As normas brasileiras referentes à segurança e medicina do trabalho compreendem a saúde do trabalhador num aspecto não apenas físico como psíquico. Nesse sentido, a NR-17, que trata da ergonomia no trabalho, dispõe, no item 17.1, que as características psicofisiológicas dos trabalhadores devem ser levadas em conta a fim de proporcionar, no meio ambiente de trabalho, o máximo de segurança, conforto e desempenho eficiente. No item relativo à





organização do trabalho (17.5.1), dispõe que “as condições ambientais de trabalho devem estar adequadas às características psicofisiológicas dos trabalhadores e à natureza do trabalho a ser executado” e, no item 17.6.1, determina que “a organização do trabalho deve ser adequada às características psicofisiológicas dos trabalhadores e à natureza do trabalho a ser executado”. O direito à saúde é um direito fundamental intrinsecamente ligado ao direito à vida, indisponível e exigível do Estado. Conforme Vidal Neto (1993, p. 169), “o direito à saúde é um direito público subjetivo, de acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde”.

Oliveira (2004) define bem-estar psíquico como a possibilidade de escoamento natural das energias psíquicas do trabalho, evitando, assim, a somatização de doenças, e considera que, embora as bases para a proteção à saúde mental do trabalhador estejam previstas constitucionalmente, as normas brasileiras referentes à saúde mental ainda são escassas, havendo a necessidade de uma regulamentação sobre a matéria.

#### **4 DANOS CAUSADOS PELO ASSÉDIO MORAL NO ÂMBITO DO TRABALHO NA SAÚDE DO TRABALHADOR**

Apesar de ser um direito fundamental, a saúde, atualmente, é considerada como um bem a mais a ser possuído, mais um produto de consumo, a ser obtido e consumido a preços altíssimos, e a mera condição de não ter doenças não é mais suficiente. Bauman (2000) relata que a sociedade atual, de consumidores, mais do que saúde, exige aptidão dos empregados, definindo saúde como o estado próprio e desejável do corpo e do espírito humanos e o “estar apto” como um estado de ter um corpo flexível, absorvente e ajustável.

O estudo de Barreto (2003), por sua vez, demonstra que a violência moral no trabalho é uma causa agravante de problemas de saúde ocorridos no Brasil. A tecnologia não apenas não melhorou as condições de trabalho dos empregados, como criou maiores situações em que os trabalhadores podem sofrer acidente de trabalho e a exigência de programas de “qualidade total” e de níveis muito altos de concentração transformou o perfil ideológico das doenças tradicionais do trabalho, com o acréscimo de um número muito alto de doenças psíquicas diante do sofrimento mental causado aos trabalhadores.

Baruki (2015) alerta que as interações sociais entre as condições do ambiente ocupacional e os fatores humanos podem ser de cunho positivo como negativo, configurando



um risco psicossocial, quando a natureza da interação social mediada pelo trabalho é do tipo negativa. A autora (2015) aponta, ainda, os dez principais riscos psicossociais a que costumam ser submetidos os trabalhadores, incluindo-se, nesses, as exigências emocionais elevadas no trabalho e a intensificação no trabalho.

O Decreto n. 3.048, de 6 de maio de 1999, no anexo II, sobre os agentes patogênicos causadores de doenças profissionais ou do trabalho conforme o previsto no art. 20 da Lei n. 8.213, de 1991, relaciona os transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho (Grupo V-CID-10), conforme o art. 20 da Lei n. 8.213/91: transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso do álcool, reações ao estresse grave e transtornos de adaptação, estado de estresse pós-traumático, síndrome de *burn-out*, também chamada sensação de estar acabado ou síndrome do esgotamento profissional, transtornos neuróticos especificados e transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos.

O assédio moral pode atuar como um fator psicossocial no trabalho do tipo negativo, gerando um risco psicossocial e causando graves danos à saúde física e mental do trabalhador, podendo evoluir para uma doença do trabalho como estresse, síndrome de *burn-out*, depressão, distúrbios cardíacos, endócrinos e digestivos, alcoolismo, dependência de drogas, tentativa de suicídio ou, ainda, sua consumação. A vítima de assédio moral acaba por ter que escolher entre a saúde de seu corpo e mente e o direito ao emprego, única fonte de sobrevivência. As consequências do assédio moral na saúde diferem de vítima para vítima, segundo sua capacidade de resistir à pressão e ao estresse, variando desde uma banal dor de barriga até o suicídio (HIRIGOYEN, 2014).

O assédio moral não se confunde com outras agressões à saúde mental do trabalhador, como o estresse ocupacional, síndrome de *burn-out* e morte súbita, mas pode haver uma relação de retroalimentação entre esses fenômenos: o assédio pode causar tais doenças e pode ocorrer determinada situação, que, inicialmente, era apenas estresse, transformar-se, com o decorrer do tempo, em assédio moral.

As principais doenças que o trabalhador pode ser acometido, em razão do assédio moral, são estresse, estresse pós-traumático, depressão, síndrome de *burn-out* e, em casos extremos, o suicídio.





#### 4.1 Estresse

O assédio moral sempre foi relacionado ao estresse e, de fato, este pode ser tanto o elemento catalisador daquele, já que um ambiente estressante acaba gerando algumas situações em que certos tipos de assédio moral ocorrem, como pode ser uma consequência do constrangimento moral causado.

O assédio moral não é de fácil identificação, já que cada situação é diferente, variando conforme o comportamento do assediador. De acordo com Hirigoyen (2000), a dificuldade das transcrições clínicas é devido ao fato de que cada palavra, cada entonação, cada alusão tem importância, dependendo da forma com que é colocada. Cada ato, separadamente, pode parecer inocente, apenas quando analisado em conjunto demonstra um processo destrutivo existente. O assédio moral causa sintomas muito próximos ao estresse, mormente quando se encontra nas fases iniciais de seu processo destrutivo.

Conforme Pereira (2002), o agente estressante é um elemento que interfere no equilíbrio homeostático do organismo. Pode ter caráter físico, cognitivo ou emocional. Segundo a autora (2002, p.27), é possível notar que, “diante do mesmo agente estressor observam-se reações distintas em distintas pessoas, ou ainda, a mesma pessoa pode apresentar formas heterogêneas de respostas de estresse em momentos diferentes, ou em ambientes, ou contextos diversos. Essas diferenças ocorrem em função de experiências anteriores, características de personalidade, predisposições genéticas, condições atuais de vida e vários outros fatores que, individualmente ou associados, acabam por modular a reação de estresse”. Já o estresse é a resposta a esse estímulo, isto é, “a necessidade de vir a aumentar o ajuste adaptativo, para retornar ao estado de equilíbrio, reaver a homeostase inicial, ou os recursos que a pessoa vem a despendar para fazer frente às demandas. (...) O estresse tem a função de ajustar a homeostase e de melhorar a capacidade do indivíduo, para garantir-lhe a sobrevivência ou a sobrevida”.

O processo de estresse é, comumente, dividido em três fases: reação de alarme, etapa de resistência e etapa de esgotamento. Na reação de alarme, apesar da constatação da inexistência de ameaça, o equilíbrio não é recuperado. Na etapa de resistência, o organismo tende a uma adaptação ao agente estressor. Na etapa de esgotamento, a pessoa atingida já não aguenta a pressão e tem os efeitos negativos do estresse bem desenvolvidos.



Hirigoyen (2014) aponta estudos que demonstram que o estresse laboral é causado não tanto pela quantidade de serviço em si, mas pela impossibilidade ou dificuldade que essa quantidade de serviço cobrada gera para conciliar a vida laboral e a vida familiar e pessoal.

Oliveira (2004) cita o assédio moral no trabalho como um dos agentes que mais frequentemente causam estresse e aponta cinco etapas dessa doença. Na primeira, de euforia, ainda há entusiasmo, na segunda, de escassez de combustível, há sintomas de esgotamento, na terceira, crônica, aparecem manifestações de doenças diversas e depressão, na quarta, crítica, o indivíduo tem a impressão de que sua vida se despedaça, na quinta, de queda no abismo, com sintomas de deterioração grave.

Embora sejam fenômenos intrinsecamente relacionados, não podem ser confundidos um com o outro, uma vez que o assédio moral é mais grave que o estresse, observando-se que este pode ser uma das fases daquele. O estresse, mesmo o ocupacional, só é destruidor quando excessivo, enquanto o assédio é destruidor por sua própria natureza, dada a gravidade do elemento de humilhação e falta de respeito no caso do assédio moral. Hirigoyen (2000; 2014) entende que, diferentemente do assédio moral, no estresse, não há a intenção de prejudicar e o repouso é reparador.

Efetivamente, não há que se confundir o fenômeno do assédio moral no trabalho com a figura do estresse laboral, na medida em que uma pessoa pode sofrer de estresse no trabalho, por outras razões que não as situações de violência psíquica, tais como aumento de serviço, excesso de trabalho, etc.

Observe-se, porém, que há autores que entendem que a gestão por estresse é gênero, do qual fazem parte o assédio moral e o *straining*. Guedes (2008, p. 131-134), por exemplo, conceitua o *straining* como “uma situação de estresse forçado, na qual a vítima é um grupo de trabalhadores de um determinado setor ou repartição, que é obrigado a trabalhar, sob grave pressão psicológica e ameaça iminente de sofrer castigos humilhantes”.

#### **4.2 Desordens de estresse pós-traumático**

Conforme a Reunião dos peritos da OIT para a atualização da lista de doenças profissionais, que ocorreu de 13 a 20 de dezembro de 2005, em Genebra, o estresse pós-traumático é o resultado de uma exposição a uma ou a uma série de situações extremamente violentas ou estressantes a que muitos trabalhadores ficam expostos que, muitas vezes, prolonga-se no tempo por um período considerável e é um tipo de reação a um evento dramático





que tem como sintomas lembranças muito vívidas do evento, bem como uma tendência de evitamento de qualquer situação que possa lembrar a situação traumática vivida (OIT, 2006), ou seja, caracteriza-se por uma resposta tardia a um evento ou situação estressante, de natureza ameaçadora ou catastrófica, causando um sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas da vida do indivíduo (BARUKI, 2015).

Segundo Hirigoyen (2001), o estresse pós-traumático causa distorções de sentido de tempo, uma vez que a memória se fixa no evento trágico e a pessoa se desloca do tempo real e das coisas cotidianas. Rayner, Hoel e Cooper (2002) apontam um sentimento constante de irritação como outra característica das desordens de estresse pós-traumático.

O assédio moral pode causar tais desordens de estresse pós-traumático (CID-10 F 43.1), geralmente quando o processo de destruição da vítima já se encontra em uma fase muito avançada, em que há rejeição de todas as funções e completo isolamento da vítima. Conforme Rayner, Hoel e Cooper (2002), pequenos eventos traumáticos que ocorram durante um longo período podem causar as mesmas consequências de um acidente ou desastre, chegando até a ocasionar uma mudança de personalidade. Os autores afirmam que as vítimas de assédio moral no trabalho têm índices mais altos de ocorrência de desordens de estresse pós-traumático que as vítimas de outras formas de violência.

Conforme o item VIII do Anexo II do Decreto n. 3.048 de 1999, configura doença do trabalho as reações ao estresse grave e transtornos de adaptação ou outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho.

#### **4.3 Síndrome de *burn-out***

A síndrome *burn-out* é também chamada de estresse laboral assistencial, estresse profissional, estresse ocupacional, síndrome de se queimar pelo trabalho, neurose profissional, neurose de excelência, síndrome de esgotamento profissional, síndrome do assistente desassistido ou, ainda, síndrome do cuidador descuidado (PEREIRA, 2002).

Conforme Hirigoyen (2014), o primeiro estudioso a analisar essa síndrome foi Freudenberg, sendo esse estudo aprofundado por Maslach, que efetuou um questionário para averiguação da existência de *burn-out* (*Maslach Burnout Inventory*). Freudenberg (1975) define a síndrome de *burn-out* como uma falha ou exaustão por causa de demandas excessivas de energia, forças e recursos, que ocorre nos funcionários que trabalham em instituições de cuidados. Maslach (1981), por sua vez, define a síndrome de *burn-out* como uma síndrome que



se caracteriza por uma exaustão emocional e cinismo, que ocorrem, frequentemente, com trabalhadores que lidam com relações interpessoais. Quando acometidos por essa síndrome, os trabalhadores sentem que não são mais capazes de se comprometerem em um nível psicológico. Além disso, há o desenvolvimento de atitudes cínicas e negativas em relação às pessoas com quem têm que lidar no trabalho, bem como a tendência de se avaliar, de maneira negativa, principalmente, no tocante a seu trabalho.

Em uma concepção clínica, a síndrome é considerada como um conjunto de sintomas, tais como fadiga física e mental, falta de entusiasmo pelo trabalho e pela vida, sentimento de impotência e inutilidade, baixa autoestima, que pode levar o profissional à depressão e ao suicídio. Em uma concepção sociopsicológica, aspectos individuais, juntamente a condições e relações do trabalho, propiciam o aparecimento dos fatores multidimensionais da síndrome, a saber, exaustão emocional, despersonalização, diminuição da satisfação pessoal no trabalho e da realização profissional. Para uma concepção organizacional, a síndrome do *burn-out* é a consequência de um desajuste entre as necessidades apresentadas pelo trabalhador e os interesses da instituição. Segundo uma concepção sócio-histórica, mais do que os fatores pessoais ou institucionais, a sociedade é que ocasiona o *burn-out*, por estar cada vez mais individualista (PEREIRA, 2002).

Ainda segundo Pereira (2002), a síndrome do *burn-out* é mais grave que o estresse e está associada ao mundo laboral, mais especificamente, a profissionais que atuam na área da saúde. Conforme a autora, essa síndrome ocorre pela cronificação de um processo de estresse. Para fazer frente a sintomatologia física e psicológica experimentada, o profissional acaba por desenvolver o fenômeno da despersonalização, isto é, passa a ter um contato frio e impessoal, até mesmo cínico e irônico, com as pessoas receptoras de seu trabalho, como os clientes, pacientes, alunos, enfim, os usuários de seus serviços. Não se configura a síndrome do *burn-out* como mera insatisfação no trabalho, porquanto a síndrome de estar acabado gera exaustão emocional e despersonalização, fatos que não ocorrem na insatisfação no trabalho.

Tal síndrome está prevista nas normas brasileiras de saúde ao trabalhador. O Decreto n. 3.048/1999, de 6 de maio de 1996, que dispõe sobre a Regulamentação da Previdência Social, em seu anexo II, que, por sua vez, trata dos agentes patogênicos causadores de doenças profissionais, conforme o previsto no art. 20 da Lei n. 8.213/1991, ao se referir aos transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho (Grupo V da CID-10), no inciso XII, aponta a sensação de estar acabado (“síndrome de *burn-out*, “síndrome de esgotamento



profissional”) (Z73.0). (24), como uma consequência do ritmo de trabalho penoso ou outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho.

Pereira (2002) afirma que “a sobrecarga tem sido uma das variáveis mais apontadas como predisponentes ao *burn-out*. Diz respeito tanto à quantidade como à qualidade excessiva de demandas, que ultrapassam a capacidade de desempenho, por insuficiência técnica, de tempo ou de infraestrutura organizacional”.

Outras características do trabalho que influenciam o surgimento do *burn-out* são: motivação e idealismo do empregado, tipo de ocupação, tempo na profissão, tempo na empresa ou instituição, trabalho por turnos ou noturno, sobrecarga, qualidade da relação profissional-cliente, qualidade do relacionamento entre os colegas de trabalho, existência de conflitos e ambiguidade de papéis, falta de suporte organizacional, insatisfação no trabalho, falta de controle de suas próprias atividades e dos acontecimentos no trabalho, existência de responsabilidade civil ou penal do empregado, existência de pressões no trabalho, falta de possibilidade de progresso, percepção de iniquidade nas relações de trabalho, conflito entre o labor exercido e os valores pessoais do sujeito atingido e falta de *feedback* (PEREIRA, 2002).

Diante da análise das principais causas do surgimento da síndrome de *burn-out*, fica claro que os atos que configuram assédio moral no trabalho geram insatisfação, ansiedade e desespero, criando condições propícias para a configuração dessa síndrome.

A síndrome do *burn-out* tem como principais sintomas: 1) físicos: fadiga constante e progressiva, dores musculares ou osteomusculares, distúrbios do sono, cefaleias, enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório, disfunções sexuais e alterações menstruais nas mulheres; 2) psíquicos, falta de atenção, de concentração, alterações de memória, lentificação do pensamento, sentimento de alienação, sentimento de solidão, impaciência, sentimento de impotência, dificuldade de autoaceitação, baixa autoestima, astenia, desânimo, disforia, depressão, desconfiança e paranoia; 3) comportamentais: negligência ou escrúpulo excessivo, irritabilidade, incremento da agressividade, incapacidade para relaxar, dificuldade na aceitação de mudanças, perda de iniciativa, aumento do consumo de substâncias psicotrópicas, comportamento de alto risco e suicídio e 4) defensivos: tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, perda do interesse pelo trabalho ou pelo lazer, absenteísmo, ímpetos de abandonar o trabalho, ironia e cinismo (PEREIRA, 2002).



As consequências principais da síndrome de *burn-out* são: 1) Consequências físicas e pessoais: todos os sintomas físicos, psíquicos e comportamentais supramencionados; 2) Consequências no trabalho: diminuição na qualidade, predisposição a acidentes, abandono do emprego ou da profissão; 3) Consequências sociais: isolamento e divórcio; 4) Consequências organizacionais: absenteísmo, rotatividade, baixa produtividade, acidentes de trabalho (PEREIRA, 2002).

É importante ressaltar que a síndrome de *burn-out* se apresenta em pessoas normais que, em geral, entusiastas e idealistas, no contato com o mundo profissional, vão mudando seu modo de ser e apresentando transtornos que acabam por interferir em nível pessoal, social e institucional (PEREIRA, 2002).

#### 4.4 Depressão

Se o assédio moral se prolonga por muito tempo, a vítima pode extrapolar os sintomas do estresse e da síndrome de *burn-out* e desenvolver depressão, doença psíquica recorrente neste século, já que, hoje, atinge cerca de 10 milhões de pessoas no Brasil e em torno de 350 milhões no mundo (ABREU, 2005).

A depressão é uma doença que pode ser descrita como uma apatia intensa, falta de vontade de viver e autoestima baixa. A Resolução DC (Diretoria Colegiada) n. 10, de 23 de dezembro de 1999, do Instituto Nacional de Seguridade Social, no Protocolo de procedimentos médico periciais n. 5. VII, tópico doença, “episódios depressivos relacionados com o trabalho”, seção I, item I, define a depressão como a existência de “humor deprimido, perda do interesse e prazer e energia reduzida, levando a uma fatigabilidade aumentada e atividade diminuída, sendo comum uma sensação de cansaço acentuado após esforços leves”. Determina, também, que, para a caracterização da doença, é necessária a existência de sintomas por duas semanas, no mínimo, mas pode haver exceções, quando surgem sintomas graves e de início rápido.

A depressão é diferente da síndrome de *burn-out* porque, nos depressivos, encontra-se uma maior submissão à letargia e a prevalência dos sentimentos de culpa e derrota, ao passo que, nas pessoas acometidas de síndrome de *burn-out*, os sentimentos mais frequentes são a tristeza e o desapontamento, observando-se que o trabalho da pessoa deve ser o fator desencadeante de tal processo. A depressão é semelhante à tristeza, mas com duração, intensidade e irracionalidade muito maiores (ABREU, 2005).







O Protocolo de procedimentos médicos do INSS (Resolução DC n.10, de 23.12.99) classifica essa doença em cinco níveis, desde o nível 1, em que não se nota disfunção, ao nível 5, no qual os níveis de disfunção são impeditivos das funções sociais úteis, considerando como funções sociais úteis que podem ser limitadas pela depressão as seguintes: limitação em atividade da vida diária, exercícios das funções sociais, concentração, persistência e ritmo e deterioração ou descompensação do trabalho.

Os sintomas mais comuns de depressão são: isolamento do convívio familiar, desinteresse pelas atividades normais, perda da autoestima, concentração diminuída, inquietação e hostilidade, perda de interesse pelo trabalho, alteração do apetite, diminuição da libido, cansaço, alteração nos ciclos de sono, com insônia ou sonolência exagerada, ideias de suicídio, depressão pior pela manhã, falta de reações emocionais a eventos ou atividades que, normalmente, produzem uma resposta emocional e evidência objetiva de retardo ou agitação psicomotora marcante. Observe-se que tais sintomas devem ser constatados com certa regularidade.

Na maior parte dos casos de depressão, há vários fatores que se combinam e geram seu surgimento, tais como condições de trabalho associadas a fatores genéticos, já que essa doença está, quase sempre, relacionada às comorbidades, uma vez que o depressivo, muitas vezes, abusa do álcool, gerando um quadro de alcoolismo crônico, desenvolve problemas cardíacos, diabetes, etc., estando ligada a outras doenças psíquicas constantes do grupo do anexo II, tais como estresse pós-traumático e síndrome do *burn-out* (ABREU, 2005).

Um fato grave acerca da depressão é o preconceito que sofrem as pessoas acometidas por tal doença. Como quaisquer outras doenças psíquicas, o diagnóstico é difícil e, muitas vezes, um caso de depressão pode ser considerado pelos leigos e mesmo pelos médicos como um caso de “frescura”. Outras vezes, mesmo quando a depressão é corretamente diagnosticada, o preconceito existe no sentido de se considerar as pessoas depressivas como “fracas”, “indignas de reconhecimento” (ABREU, 2005).

A depressão pode ser considerada como doença do trabalho, enquadrando-se na previsão do art. 20, II, da Lei n. 8.213/91, toda vez que o empregado estiver sob a exposição das substâncias tóxicas elencadas no Anexo II, Grupo V da CID 10; ou, ainda, quando houver uma ligação profunda entre ela e as doenças supracitadas de forma que não possam ser dissociadas; nesta hipótese, as circunstâncias relativas às condições de trabalho, organização etc. deverão ser sempre averiguadas”, Se a síndrome depressiva não puder se enquadrar em



nenhuma das hipóteses acima elencadas pode ser considerada como doença do trabalho a partir do reconhecimento do nexos causal entre a doença e o trabalho, com base no previsto no art. 20, § 2º, da Lei n. 8.213/91” (ABREU, 2005).

#### 4.5 Suicídio

Muitas vezes, o assédio moral pode atingir a vítima de uma forma tão grave que o trabalhador chega a atentar contra sua vida. Para Esser e Wolmerath (1999), o suicídio ou sua tentativa, normalmente, ocorre quando o processo destrutivo de assédio moral já se encontra em sua última fase.

O suicídio, em princípio, pode não ser configurado como doença do trabalho por haver o entendimento de que se trata de um ato voluntário, condenável moralmente. As causas de um suicídio, porém, são variadas. Nas palavras de Marx (2006, p. 44-48), “as relações entre os interesses e os ânimos, as verdadeiras relações entre os indivíduos ainda estão para ser criadas entre nós inteiramente, e o suicídio não é mais do que um entre os mil sintomas da luta social geral, sempre percebida em fatos recentes, da qual tantos combatentes se retiram porque estão cansados de serem contados entre as vítimas ou porque se insurgem contra a ideia de assumir um lugar honroso entre os carrascos”, afirmando, também, que “a classificação das diferentes causas do suicídio deveria ser a classificação dos próprios defeitos de nossa sociedade” e que, na falta de outra ferramenta, “o suicídio é o último recurso contra os males da vida privada.

Em geral, o suicídio não é considerado como um acidente do trabalho, mas podem ocorrer situações em que o assediado está tão abalado que se pode considerar não estar mais em posse de suas faculdades mentais. Nesses casos, pode-se considerar o suicídio ou sua tentativa como uma hipótese de acidente de trabalho (SILVA, 2005).

Cumprir observar que o índice de suicídios entre as mulheres é menor que entre os homens, refletindo as diferentes respostas psíquicas que homens e mulheres têm, diante da divisão sexual do trabalho e da exigência cultural de reações diversas de ambos os gêneros (BARRETO, 2006).



#### 4.6 Configuração de acidente de trabalho

Diante do risco psicossocial causado à saúde pelo assédio moral, é importante o estudo da configuração das doenças acarretadas pelo assédio moral no âmbito do trabalho como acidente de trabalho, nos termos da Lei n. 8213/91.

O art. 19 da Lei n. 8213, de 24 de julho de 1991, define acidente de trabalho como aquele que ocorre pelo exercício de trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício de trabalho dos segurados que constam no inciso VII do art. 11 da mesma lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

O art. 20 complementa a definição do art. 19, considerando como acidente de trabalho, também, as seguintes hipóteses:

“I — doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social;

II — doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso I”.

Além dessas hipóteses, o § 2º prevê a possibilidade de reconhecimento de doença do trabalho, mesmo nos casos em que a enfermidade não conste nas relações previstas nos incisos I e II, desde que resulte das condições especiais de trabalho a que estava sujeito o trabalhador.

Segundo Resolução n. 1.488 de 1998 do Conselho Federal de Medicina, que trata, dentre outras coisas, do estabelecimento do nexos causal das doenças do trabalho pelos médicos, quando do estabelecimento do nexos causal entre as condições de trabalho e as doenças psíquicas, o médico deve considerar os seguintes critérios, com o exame clínico e com os exames complementares: história clínica e ocupacional, estudo do local de trabalho, estudo das organizações de trabalho, dados epidemiológicos, literatura atualizada, ocorrência de quadro clínico ou subclínico em trabalhador exposto a condições agressivas, a identificação de riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos, estressantes e outros, depoimento e a experiência dos trabalhadores, bem como os conhecimentos e as práticas de outras disciplinas e de seus profissionais.



Diante da dificuldade da configuração donexo causal nas doenças psíquicas do trabalho, partilha-se da opinião de Abreu (2005, p. 58), de que, “havendo dúvida quanto à caracterização do nexocausal, ou seja, quanto à verdadeira origem ou natureza do processo mórbido incapacitante, cuja fisionomia científica não possa excluir o concurso causal de circunstâncias laborativas, esta deve ser desatada sempre em benefício do trabalhador, amparando, dessa forma, o mais fraco (...), desde que haja ação de elementos nocivos como fatores desencadeantes ou agravantes da doença que padece o trabalhador”.

Dessa forma, no caso de configuração de assédio moral no âmbito do trabalho e configuração de existência de doença incapacitante decorrente desse assédio, deve-se considerar que o nexocausal entre a doença e o assédio moral e, por consequência, o labor na empresa, é presumido, configurando-se, portanto, como acidente de trabalho.

## 5 CONCLUSÕES

A atual organização do trabalho propicia um ambiente em que o assédio moral pode ocorrer com maior frequência, pois o sofrimento psíquico no trabalho é utilizado para perpetuar as relações de poder.

O assédio moral é um tipo de violência psíquica no trabalho, caracterizado por um processo de repetidos ataques psicológicos ao assediado, mediante atos diversos, que afetam a psiquê do empregado e provocam uma degradação psicológica em suas condições de trabalho.

O assédio moral não se confunde com outras agressões à saúde mental do trabalhador, como o estresse ocupacional, síndrome de *burn-out* e suicídio, mas pode haver uma relação de retroalimentação entre esses fenômenos.

O assédio moral pode atuar como um fator psicossocial no trabalho do tipo negativo, gerando um risco psicossocial e causando graves danos à saúde física e mental do trabalhador, podendo acarretar várias doenças do trabalho, dentre as principais, estresse, estresse pós-traumático, depressão, síndrome de *burn-out* e, em casos extremos, o suicídio.

Tais doenças, quando decorrentes de assédio moral no âmbito do trabalho, configuram acidente de trabalho, nos termos do art. 20 da Lei n. 8213/91, devendo seu nexocausal com o labor na empresa ser presumido, quando configurado o assédio moral e a doença incapacitante.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Fernanda Moreira de. *Depressão como doença do trabalho e suas repercussões jurídicas*. São Paulo: LTr. 2005.

BARRETO, Margarida. *Violência, saúde e trabalho (uma jornada de humilhações)*. São Paulo: EDUC/FAPESP, 2003.

BARROS, Alice Monteiro de. Assédio moral. *Síntese Trabalhista*, Porto Alegre, ano XVI, n.184, p. 136-151, out. 2004.

BARUKI, Luciana Veloso. *Riscos psicossociais e saúde mental do trabalhador*. Por um regime jurídico preventivo. São Paulo: LT, 2015.

BAUMAN, Zygmunt. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

BUTCHART, Alexander; PHINNEY, Alison; CHECK, Pietra; VILLAVECES, Andrés. *Preventing violence*. A guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health. WHO: Genebra, 2004. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592079.pdf>>.

DEJOURS, Christophe. *Souffrance en France*. La banalisation de l'injustice sociale. Paris: Éditions du Seuil, 1998.

ESSER, Axel; WOLMERATH, Martin. *Mobbing: Der Ratgeber für Betroffene und ihre Interessenvertretung*. Frankfurt am Main: Bund-Verlag, 1999.

FREUDENBERGER, Herbert. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. psychotherapy: theory, research & practice. *The British Psychological Society*, London, Vol. 12(1), 73-82, 1975.

GUEDES, Márcia Novaes. Assédio moral e straining. *Revista da Associação dos Magistrados da Justiça do Trabalho da 15ª Região*, Campinas, n.1, p.123-138, 2008.

HIRIGOYEN, Marie-France. *Le harcèlement au travail*. PUF: Paris, 2014.

\_\_\_\_\_. *Malaise dans le travail — harcèlement moral: démêler le vrai du faux*. Paris: Editions Syros, 2001.

\_\_\_\_\_. *Le harcèlement moral: la violence perverse du quotidien*. Paris: Editions Le Livre de Poche, 2000.

LEYMANN, Heinz. *Mobbing. Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann*. Hamburgo: Rororo Aktuell, 2002.

MARX, Karl. *Sobre o suicídio*. São Paulo: Boitempo, 2006.

MASLACH, Christina; JACKSON, Susan. The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behavior*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, Vol. 2, 99-113, 1981.

NASCIMENTO, Sonia A. C. Mascaró. Assédio moral no ambiente de trabalho. *Revista LTr*. São Paulo, v. 68, n. 08, p. 922-930, ago. 2004.

OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. *Proteção jurídica à saúde do trabalhador*. 4. ed. São Paulo: LTr, 2004.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Who European Ministerial Conference on mental health. Facing the challenges, building solutions.* Disponível em: <[www.euro.who.int/document/mnh/ebrief06.pdf](http://www.euro.who.int/document/mnh/ebrief06.pdf)>.

PEREIRA, Ana Maria Benevides (Org.). *Burn-out: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador.* São Paulo: Casa do psicólogo, 2002.

RAYNER, Charlotte; HOEL, Hegel; COOPER, Cary. *Workplace bullying. What do we know, who is to blame and what can we do?* Londres: Taylor & Francis, 2002.

RODENAS, Maria José Romero. *Protección frente al acoso moral en el trabajo.* 3. ed. Albacete: Bomarzo, 2005.

SILVA, Jorge Luiz de Oliveira da. *Assédio moral no ambiente do trabalho.* Rio de Janeiro: Editora e Livraria Jurídica do Rio de Janeiro, 2005.

VIDAL NETO, Pedro. *Natureza jurídica da seguridade social.* São Paulo: USP, 1993.

