

SOCIUS Working Papers

Comunicação apresentada na Conferência

“O Assédio Moral no Local de Trabalho: emergência de uma nova realidade”

(29 e 30 de Novembro de 2007)

António de Sousa Uva

Saúde Ocupacional e Assédio moral no Local de Trabalho

Nº 4/2008

SOCIUS - Centro de Investigação em Sociologia Económica e das Organizações
Instituto Superior de Economia e Gestão
Universidade Técnica de Lisboa
Rua Miguel Lupi, 20
1249-078 Lisboa

Tel. 21 3951787 Fax:21 3951783

E-mail: socius@iseg.utl.pt

Web Page: <http://pascal.iseg.utl.pt/~socius/index.htm>

Saúde Ocupacional e Assédio moral no Local de Trabalho¹

António de Sousa Uva²

1. Introdução

As influências (negativas e positivas) do trabalho sobre a saúde envolvem uma enorme complexidade e exigem, para o seu conhecimento, uma (também) complexa matriz de saberes e de competências em inúmeras áreas de conhecimento. De facto, a Saúde e Segurança do Trabalho (ou a Saúde Ocupacional se for preferível ou até mesmo a Segurança, Higiene e Saúde dos trabalhadores nos Locais de Trabalho) abrangem uma profusa pluralidade disciplinar, mesmo na estrita abordagem das denominadas “doenças ligadas ao trabalho”.

O conceito de “doenças ligadas ao trabalho” engloba todas as formas em que o trabalho pode interferir na saúde, em termos de efeitos adversos, independentemente da sua influência se situar na etiologia, na evolução, no desfecho ou no agravamento de lesões ou doenças (Uva; Graça, 2004).

Independentemente da natureza das inter-relações entre o ambiente de trabalho (no seu sentido mais amplo) e a saúde, as condições de ocorrência de efeitos negativos para a saúde pertence essencialmente ao mundo do trabalho, designadamente aos factores de risco de natureza profissional (agora também designados perigos), ainda que existam, certamente,

¹ **Baseado na reflexão feita para preparar a palestra com o mesmo título, realizada na 1ª Conferência Portuguesa sobre Assédio Moral – “Assédio Moral no Local de Trabalho: emergência de uma nova realidade”, que teve lugar em Lisboa em 29 e 30 de Novembro de 2007.**

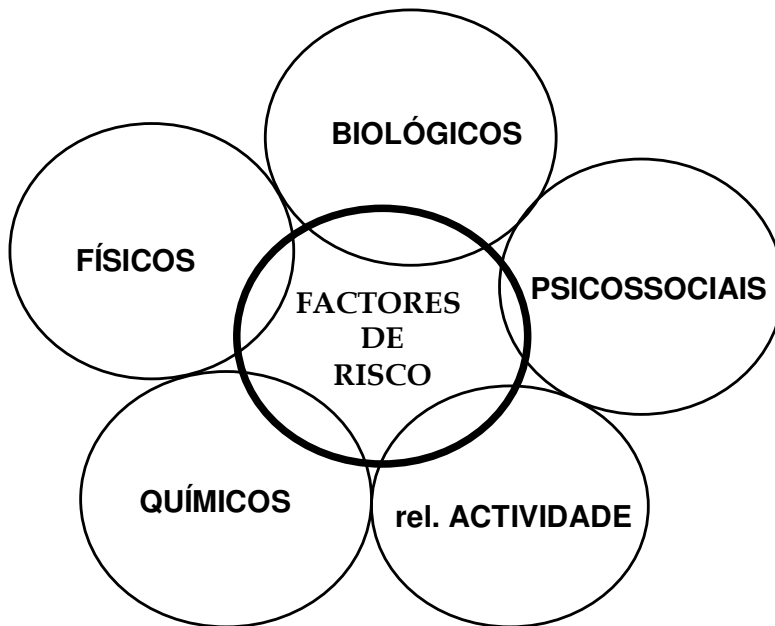
² *médico do trabalho e professor de Saúde Ocupacional. Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, 1500-560 Lisboa. CIESP – Centro de Investigação e Estudos em Saúde Pública*

factores de natureza individual (do trabalhador) que podem estar implicados.

A organização do conhecimento científico em torno dos aspectos relacionados com os efeitos deletérios potenciais de determinadas actividades profissionais ou profissões esteve sempre associada aos factores de risco de natureza química e física, como são os exemplos da exposição a substâncias químicas muito perigosas para a saúde (também referidas como “tóxicas”) ou a exposição a radiações ionizantes ou ao ruído.

Só muito recentemente, nas últimas quatro ou cinco décadas, é que se começou a chamar a atenção para os factores de risco (micro)biológicos que adquiriram grande importância e visibilidade com a identificação do vírus da SIDA e as potenciais consequências negativas que as actividades relacionadas com essa exposição podem determinar. Ainda nesse mesmo período de tempo começaram a ser valorizados os factores de risco relacionados com a actividade de trabalho (**Figura 1**), por vezes incorrectamente designados como *ergonómicos*, através da autêntica “epidemia” de doenças músculo-esqueléticas dos membros superiores relacionadas com o trabalho, como são os exemplos das tendinites ou da síndrome do canal cárpico.

Figura 1 – Factores de risco profissionais



A perspectiva então dominante que só os aspectos laborais determinariam o risco profissional, considerando as características de natureza individual pouco importantes (ou mesmo dispensáveis), tem sido paulatinamente abandonada independentemente do tipo de factor de risco. Muito desse “novo olhar” para o binómio homem/trabalho, em que os factores de natureza individual devem ser tidos em conta, está relacionado com a “emergência” dos factores de risco psicossociais que entretanto adquiriram um “infeliz” protagonismo entre os factores de risco de natureza profissional.

É fácil demonstrar que os grupos de factores de risco de natureza (micro)biológica ou psicossocial contêm especificidades muito diversas das dos factores mecânicos (ou dos outros factores de risco físicos e químicos) e que constituem áreas carenciadas de melhores metodologias de avaliação dos decorrentes riscos profissionais (Uva, 2006).

A actual designação de “riscos emergentes”, copiosamente referida por vários agentes das Saúde e Segurança do Trabalho, não tem sido acompanhada de igual empenhamento na melhoria dos conhecimentos em tal domínio e, até mesmo, no desenvolvimento de metodologias mais rigorosas de avaliação desses mesmos riscos. Aliás essa “emergência” está por certo mais relacionada com a crescente atenção dos diversos agentes que intervêm nas relações trabalho/doença e não tanto na sua real existência.

2. Alguns princípios gerais de ética em Saúde Ocupacional

A Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional são disciplinas exercidas por profissionais que trabalham com (e para) os trabalhadores em condições muitas vezes contraditórias em relação a diversos intervenientes, como são os exemplos das Autoridades do Trabalho e da Saúde, das Entidades Patronais e dos Sindicatos e até da Segurança Social. Essas especificidades, no caso dos médicos do trabalho, determinam aspectos que vão para além dos códigos de ética que regem a generalidade dos médicos.

Por aquelas razões, e por certo por outras, a Comissão Internacional de Medicina do Trabalho (ICOH – International Commission on Occupational Health), fundada há mais de um século, elaborou, no final dos anos de 1980, um código de ética para os profissionais de saúde no trabalho, cuja última versão data de Março de 2002 ([ICOH, 2008](#)).

Desse código deve-se destacar três aspectos essenciais:

- A finalidade da Saúde Ocupacional é a saúde e o bem-estar (individual e colectivo) dos trabalhadores. O exercício da Saúde Ocupacional deve respeitar as mais rigorosas normas profissionais e princípios éticos e os técnicos de Saúde Ocupacional devem,

complementarmente, contribuir para a melhoria da Saúde Pública e do Ambiente;

- Os deveres dos técnicos de Saúde Ocupacional (SO) incluem a protecção da vida e da saúde dos trabalhadores, o respeito pela dignidade humana e a promoção dos mais elevados princípios éticos nas políticas e programas de SO. Também pertencem a essas obrigações a integridade profissional, a imparcialidade e a protecção da confidencialidade dos dados de saúde da privacidade dos trabalhadores;
- Os técnicos de Saúde Ocupacional (SO) são peritos que devem possuir total independência técnica no exercício das suas funções. Devem adquirir e manter a competência necessária para exercer as suas obrigações e exigir as condições que lhes permitam cumprir as suas tarefas, de acordo com as boas práticas e a ética profissional.

As questões relacionadas com os aspectos de natureza psicossocial existentes nas actuais organizações, e nomeadamente nas empresas, coloca desafios de enorme complexidade aos profissionais de saúde que se confrontam até, cada vez mais, com situações de violência no local de trabalho.

O assédio moral é um dos casos de violência e, no essencial, "repetido" e/ou mesmo "sistemático" que coloca desafios ainda mais complexos aos diversos "actores" do mundo do trabalho e, conseqüentemente, também aos profissionais de Saúde Ocupacional. E muitos desses desafios enfatizam ainda mais alguns aspectos de natureza ética, na complexidade das interacções entre muitos "parceiros", muitas vezes com interesses contraditórios.

Os médicos do trabalho e os restantes técnicos de Saúde e Segurança do Trabalho efectivamente empenhados na prevenção dos riscos profissionais e, de uma forma muito vincada os de natureza psicossocial, estão

confrontados com contradições vultuosas na área da sua intervenção. Se bem que não tendo qualquer alternativa à “cooperação” e ao trabalho em equipa para valorizar aqueles princípios éticos da Saúde e Segurança dos trabalhadores, existem condicionantes do seu exercício profissional, como o reconhecimento social da sua importância e o sigilo, que o colocam em situações de intensa discordância entre o que deles se espera e a atitude preventiva dos riscos profissionais.

Os factores psicossociais de risco , na complexidade inter e intra-individual e intra e extra-profissional, colocam desafios de grande transcendência ao médico do trabalho preocupado em intervir preventivamente, já que inúmeras “*variáveis*” podem interferir e, dessa forma, dificultar (ou mesmo impedir) qualquer acção de protecção de potenciais efeitos adversos para a saúde em trabalhadores expostos.

3. Assédio moral

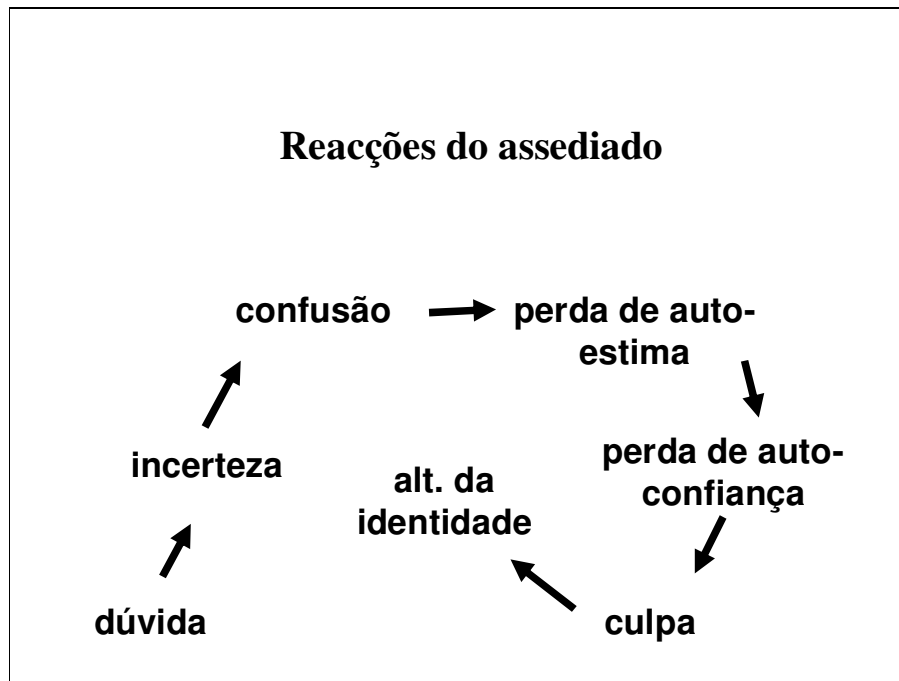
Têm sido usadas inúmeras formas de fazer referência ao acto de provocar uma violência psicológica no trabalho, de forma repetida e sistemática, com o objectivo de humilhar, isolar e desacreditar um trabalhador, a maioria das quais em língua inglesa: **(i)** *bullying*; **(ii)** *mobbing*; **(iii)** *moral harassment*; **(iv)** *psychological violence* ou, por exemplo, **(v)** *psychological harassment*. Para além das diferenças que podem ser evocadas em relação a qualquer uma das designações, o assédio moral foi inicialmente descrito por Leyman ([Leyman, 1996](#)) e caracteriza-se, no essencial, por:

- impedir o trabalhador de se exprimir;
- isolar o trabalhador;
- desconsiderar o trabalhador em presença de colegas de trabalho;
- desacreditar o trabalhador no seu trabalho;

- comprometer a saúde do trabalhador.

O trabalhador assediado, para que o assédio moral produza efeito, inicia uma cascata de acontecimentos que, no essencial, provocam perda de auto-estima e de auto-confiança (**Figura 2**) que podem levar a níveis promotores, por exemplo, de grandes graus de ansiedade e até a eventuais comportamentos de adição.

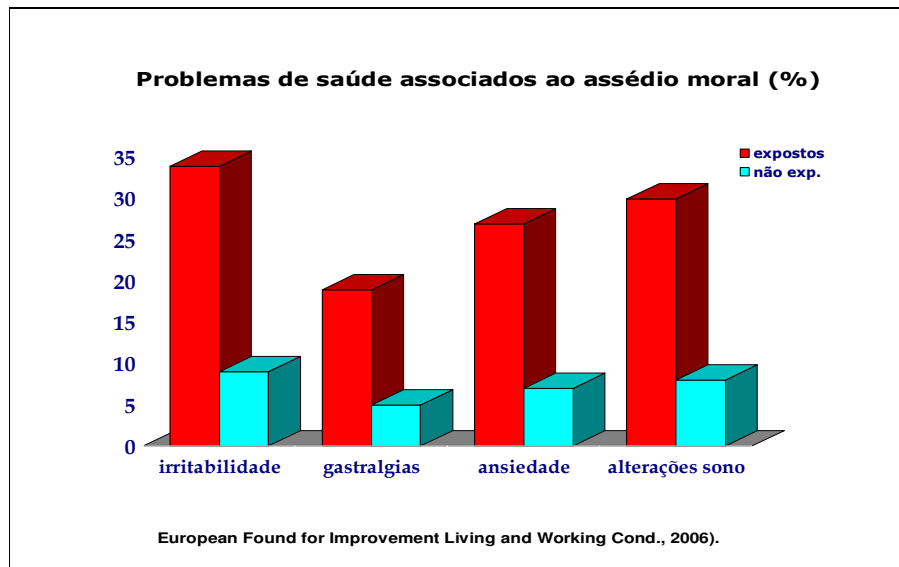
Figura 2 – Algumas reacções do assediado



As consequências negativas para a saúde do assédio moral envolvem sintomatologia somática e psicológica. Para além de serem frequentes as cefaleias, as alterações gastro-intestinais e as repercussões sobre o aparelho cardio-vascular os sintomas de atingimento da saúde mental são igualmente muito frequentes e vão desde a dificuldade de concentração e a perda de confiança até à ocorrência de pensamentos suicidários, agressividade e sintomas paranóides, depressivos e obsessivos.

A Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho no seu quarto inquérito europeu sobre Condições de trabalho, realizado em 2005 (EFILWC, 2007), refere que os trabalhadores sujeitos a assédio moral têm cerca de quatro vezes mais queixas de alterações do sono, de irritabilidade e de ansiedade em relação aos não expostos a essa violência (**Figura 3**)

Figura 3 - Problemas de saúde associados ao assédio moral (%)



Muitos desses sintomas são, de resto, os mais referidos pelos trabalhadores europeus, quando questionados sobre os principais problemas de saúde que relacionam com o trabalho (**Quadro 1**).

Quadro 1 - Problemas de saúde relacionados com o trabalho (%)

Problemas de saúde relacionados com o trabalho

valores em %

	1995	2000	2005
Cefaleias	13	15	16
Fadiga	20	23	22
Stresse	28	28	22
Raquialgias	30	33	25
Dores musculares nos membros	-	25	25
Irritabilidade	11	11	11
Ansiedade	7	7	8
Alterações do sono	7	8	9
.....	

Fonte: European Foundation for Improvement of Living and Working Conditions, 2005

Note-se que, logo após as raquialgias e as dores musculares, a sintomatologia que os trabalhadores mais associam ao trabalho (EFILWC, 2007) são queixas que, pelo menos parcialmente, poderão estar relacionadas com aspectos de intimidação ou assédio, violência ou ameaça e várias formas de discriminação (Quadro 2).

Quadro 2 - Incidência de violência, assédio e discriminação no trabalho
(%)

Incidência de violência, assédio e discriminação no trabalho (%)

valores em %

	1995 EU15	2000 EU15	2005 EU15	2005 EU27 (2007)
Violência física (dentro e fora do local de trabalho)	4	5	6	4
intimidação	8	9	-	-
Bullyng e/ou assédio moral	-	-	5	4
Ameaças de violência física	-	-	6	4
.....

Fonte: European Foundation for Improvement of Living and Working Conditions, 2005

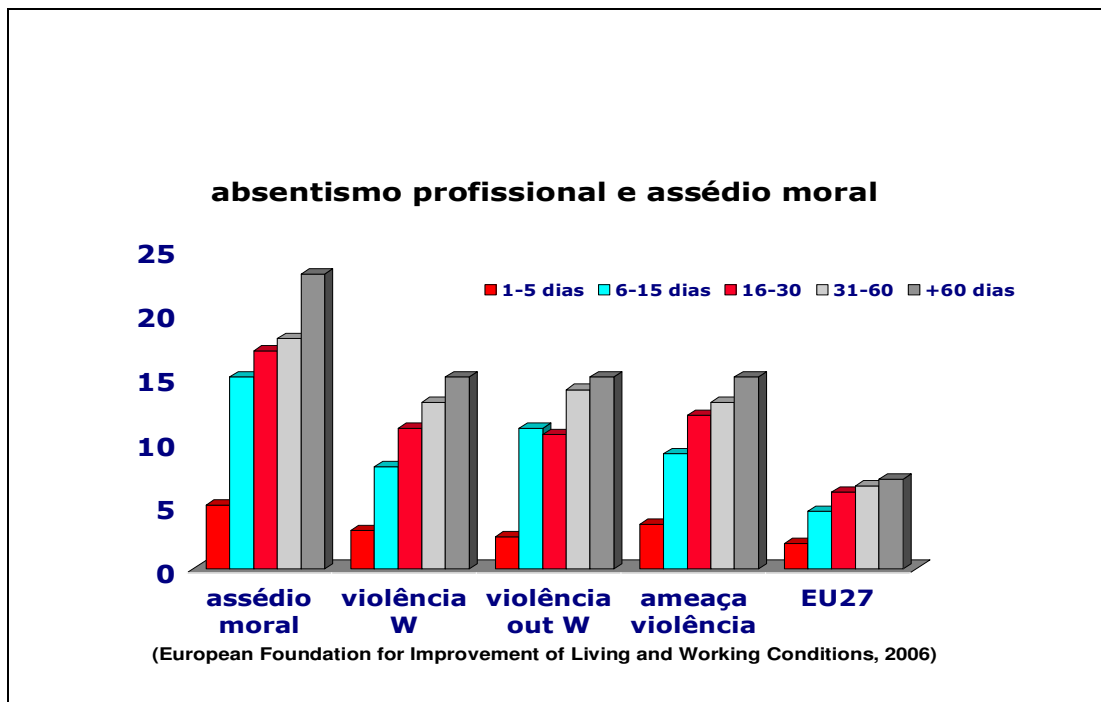
Na sua grande maioria, as situações de assédio moral não têm sequer qualquer tipo de “justificação” podendo estar na sua origem aspectos de incompatibilidade interpessoal relacionada (ou não) com a (in)competência profissional ou, outras vezes, associar-se a interpretações de estratégias organizacionais que se suportariam no “descarte” de trabalhadores, por uma qualquer razão.

A dimensão do problema é cerca de cinco vezes superior à discriminação em relação à religião, origem étnica ou opção sexual, ainda que a sua visibilidade pública seja bem menor (EFILWC, 2007). O quarto inquérito europeu sobre condições de trabalho realizado, em 2005, pela Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho concluiu que a importância do assédio moral é considerável e que configura características que se podem resumir da seguinte forma:

- 5% (1 em cada 20) dos trabalhadores europeus referem ter sofrido exposição à violência ou ameaças de violência (colegas ou pessoas externas à empresa);
- essa percentagem é referida aos últimos 12 meses;
- as mulheres são mais atingidas (6%) que os homens (4%);
- existem grandes variações entre os diversos países da União Europeia: 17% na Finlândia; 12% na Holanda e 2% em Itália ou na Bulgária;
- Portugal tem um nível inferior à média comunitária, mas mais elevado, por exemplo, que a Itália ou a nossa vizinha Espanha;
- os sectores da Saúde e da Segurança Social (15,2%) são os mais afectados e os profissionais de saúde (15,3%) e os serviços de protecção (14,5%) os trabalhadores mais atingidos;
- Os maiores níveis de assédio moral observam-se em empresas de grande dimensão (dimensão da empresa > 250 trabalhadores)
- 40% dos inquiridos que referem assédio moral dizem-se afectados por seis ou mais sintomas dos dezassete propostos (contra 15% da totalidade dos inquiridos);
- globalmente o sector público é mais atingido: 6% dos trabalhadores europeus refere já ter sido alvo de assédio moral no trabalho, enquanto essa percentagem é de 4% no sector privado.

Cerca de 23% dos trabalhadores inquiridos referem absentismo-doença (ausência não esperada ao trabalho em que é evocado como motivo a doença) nos 12 meses anteriores à data de inquirição, dos quais 7% atribuível a causas relacionadas com o trabalho (EFILWC, 2007). Os trabalhadores assediados (**Figura 4**) têm períodos de incapacidade muito superiores à média, o que não implica, necessariamente, a existência de uma relação causa-efeito.

Figura 4 - Absentismo profissional e assédio moral



4. Considerações sobre gestão do risco de assédio moral

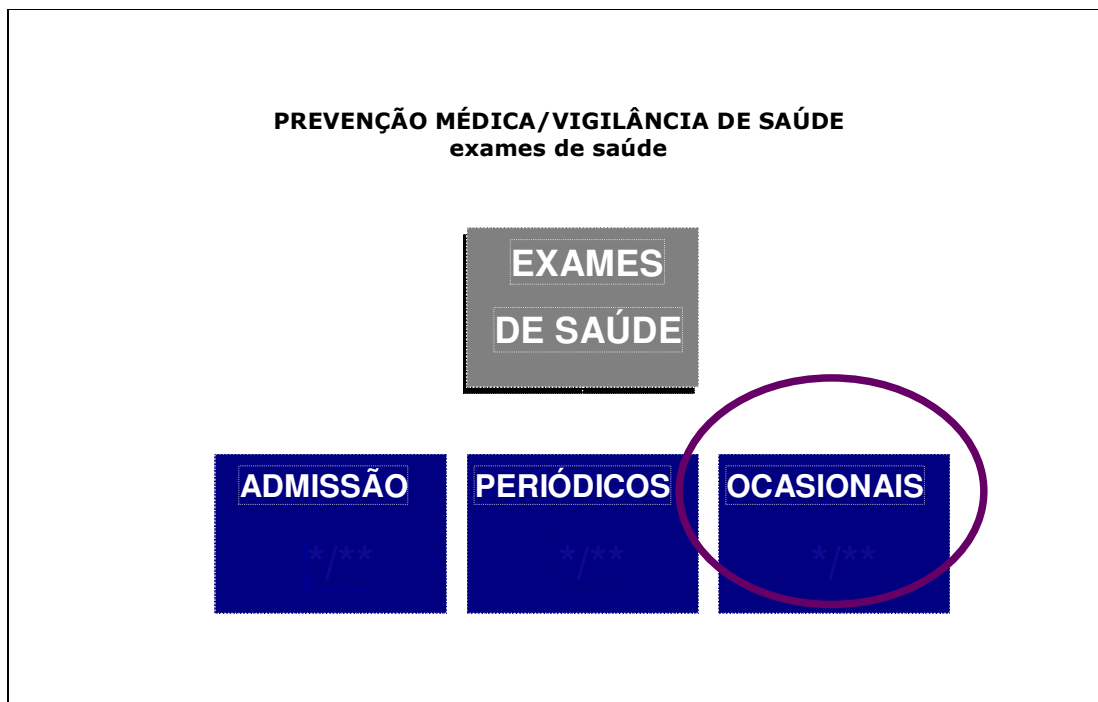
Em qualquer situação de assédio moral existe um determinado contexto (profissional), um assediador e um assediado. Qualquer processo que tenha como finalidade o desenho, a implementação e a manutenção de medidas de redução (ou eliminação) desse risco deve abordar sistemicamente todos os aspectos correlacionados, independentemente da adopção de estratégias centradas em cada um daqueles agentes e respectivo contexto.

A gestão (ou controlo) dos riscos profissionais baseia-se muito em metodologias de diagnóstico e gestão de riscos de natureza física e química que, para além de incluir uma boa avaliação das situações de risco, necessitam de acções de comunicação desses mesmos riscos, de modo a

que se tornem compreensíveis para os diversos intervenientes do mundo do trabalho (Uva, 2006).

A intervenção “tradicional” da Medicina do Trabalho (**Figura 5**), alicerçada na vigilância de saúde, só através dos exames ocasionais poderá criar condições de análise de cada realidade, no sentido de a compreender e desencadear mecanismos tendentes a minimizar as situações potenciais de assédio moral. De facto, os exames ocasionais permitem a reavaliação das capacidades e do estado de saúde do trabalhador em situações não planeáveis e um médico do trabalho que conheça o trabalho e a organização poderá, nesse contexto, avaliar situações potenciais de assédio.

Figura 5 – Exames médicos em Medicina do Trabalho



Marie-France Hirigoyen, no seu livro “*O assédio no Trabalho, como distinguir a verdade*” (Hirigoyen, 2002) refere que os serviços de Medicina do Trabalho

(SMT) são dos raros locais de uma empresa (ou organização) onde é possível falar-se livremente.

Em Portugal, nos últimos anos, (i) a “atomização” dos SMT, (ii) as respectivas modalidades de organização (serviços privativos vs. serviços externos) e (iii) as dificuldades intrínsecas à prestação de cuidados “longe” das empresas dificultam ainda mais qualquer intervenção preventiva do assédio moral nas empresas. De facto, para uma intervenção preventiva minimamente consistente é, desde logo, indispensável o conhecimento da empresa e não apenas da situação de saúde do trabalhador.

É interessante constatar que no questionário elaborado por Hirigoyen (Hirigoyen, 2002), em 40% dos casos, os assediados procuraram apoio em delegados sindicais (que obtiveram em 10%) e colegas de trabalho (que obtiveram em 20%), logo seguidos dos médicos do trabalho (em 39% dos casos). O recurso à hierarquia apenas ocorreu em 37% dos casos.

O médico do trabalho é portanto considerado um potencial “apoio” para o assediado. Entre nós, o “outsourcing” da Saúde e Segurança do Trabalho, hoje tão generalizado, descentrou a relação “*médico do trabalho-trabalhador*”, ainda que no contexto (e dependência) da entidade patronal (e na alçada das entidades reguladoras) para uma relação “*médico do trabalho-trabalhador-entidade patronal do médico do trabalho-entidade patronal do trabalhador-relação comercial empresaprestadora/empresa*”.

Ainda que a independência técnica dos médicos do trabalho não esteja posta em causa, as condições do seu exercício profissional tornam ainda mais complexa a relação potencial de ajuda ao assediado e dificultam a já muito complexa situação de planear, programar e aplicar programas de prevenção do assédio moral em Portugal. Resta-nos ainda, e apesar disso, a “comunicação do risco” que, no mínimo, permitirá uma melhor organização e resposta por parte de “potenciais vítimas” de assédio moral nos locais e trabalho.

5. Bibliografia

- CASTELLANO-ARROYO, M.; DIAZ-FRANCO, J.J. – Estrés laboral. Burnout. Trabajo a turnos. Acoso en el trabajo. In FERNANDO GIL HERNÁNDEZ – Tratado de Medicina del Trabajo. Madrid: Masson S.A., 2005, 463-481.
- EFILWC. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions – Fourth European Working Conditions Survey. 2007
<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/en/2/ef0698en.pdf> (07.11.21).
- HIRIGOYEN, M-F. – Assédio, Coacção e Violência no Quotidiano. Cascais: Editora Pergaminho, 1999.
- HIRIGOYEN, M-F. – Assédio no trabalho, como distinguir a verdade. Cascais: Editora Pergaminho, 2002.
- ICOH. International Commission on Occupational Health, 2007.
http://www.icohweb.org/core_docs.asp (07.11.21).
- UVA, A. – A Saúde dos Trabalhadores da Saúde. Reflectir Saúde. 6:1 (1996) 9-16.
- UVA, A – Doenças profissionais: novos desafios (e novos problemas) para a sua prevenção. Lisboa: ENSP, UNL, Dezembro de 2004. Sumário da lição de síntese apresentada para obtenção do título de Agregado em Medicina do Trabalho.
- UVA, A. – Diagnóstico e Gestão do Risco em Saúde Ocupacional. Lisboa: ISHST, 2006 (Segurança e Saúde no Trabalho. Estudos; 17).
- UVA, A.S.; GRAÇA, L. – Saúde e Segurança do Trabalho. Glossário. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho, 2004 (Cadernos/ Avulso; 4).
- TOMINGAS A – Impact of occupational health hazards in health care work. In HASSELHORN H-M; TOOMINGAS A; LAGERSTROM M (ed.) -

Occupational Health for Health Workers: a practical guide.
Amsterdam: Elsevier Science (1999) 1-5.

- LEYMAN, H. - The content and development of mobbing at work.
European Journal of Work and Organizational Psychology 5 (1996)
165-184.