

ISBNp
978-989-99556-1-5

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

[EDITOR]

Unidade de Investigação
em Ciências da Saúde:
Enfermagem

[COORDENAÇÃO EDITORIAL]

***BURNOUT, TRAUMAS NO
TRABALHO E ASSÉDIO MORAL:***
estudos empíricos e
reflexões conceptuais

2017



HEALTH SCIENCES
RESEARCH UNIT
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ENFERMAGEM



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

Editor: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

Coordenação editorial: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)

ISBNp: 978-989-99556-1-5

Organização/Coordenação científica da obra:

Carla Carvalho

Pedro Parreira

Lisete Mónico

COMO SE CITA A MONOGRAFIA (Normas APA 6ª edição)

Gianasi, L., Oliveira, D., Mamede, R., Cabral, P., Gonçalves, C., de Sousa, A., ... Vieira, C. (2017). *Burnout, traumas no trabalho e assédio moral: estudos empíricos e reflexões conceptuais*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

COMO SE CITA UM CAPÍTULO (Normas APA 6ª edição)

Gianasi, L., & Oliveira, D. (2017). A síndrome de burnout entre profissionais de saúde: uma questão de sofrimento no trabalho. In L. Gianasi, D. Oliveira, R. Mamede, P. Cabral, C. Gonçalves, A. de Sousa, ... C. Vieira, *Burnout, traumas no trabalho e assédio moral: estudos empíricos e reflexões conceptuais* (pp. 9-32). Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

O conteúdo científico é da responsabilidade dos autores.

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

[EDITOR]

Unidade de Investigação
em Ciências da Saúde:
Enfermagem

[COORDENAÇÃO EDITORIAL]

***BURNOUT, TRAUMAS NO
TRABALHO E ASSÉDIO MORAL:***
estudos empíricos e
reflexões conceptuais

ORGANIZAÇÃO
COORDENAÇÃO CIENTÍFICA DA OBRA
Carla Carvalho
Pedro Parreira
Lisete Mónico

2017

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

BURNOUT, TRAUMAS NO TRABALHO E ASSÉDIO MORAL: estudos empíricos e reflexões conceptuais

EDITOR

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Unidade de investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

ORGANIZAÇÃO/COORDENAÇÃO CIENTÍFICA DA OBRA

Carla Carvalho

Pedro Parreira

Lisete Mónico

AUTORES

Luciana Bezerra de Souza Gianasi

Denize Cristina de Oliveira

Rui Gil Coelho Cristino Mamede

Patrícia Martins Fagundes Cabral

Cristóvão da Silva Gonçalves

Ana Paula Louro Diogo Botelho de Sousa

Lúcia Gonçalves

Pedro Godinho

Isabel Arqueiro

Joana Lavado

Sandra Leal

Elisabete Valente

Carlos Eduardo Carrusca Vieira

ISBNp

978-989-99556-1-5

DEPÓSITO LEGAL

428655/17

COPYRIGHT

© 2017 Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

REVISÃO FINAL

Cristina Louçano, *Lic. em Línguas e Literaturas Modernas, variante de Francês/Inglês*

Daniela Filipa Batista Cardoso, *RN, Bolseira da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

Elzbieta Campos, *PhD – Bolseira de Investigação da UICISA: E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Inês Cardoso, *ms. em Psicologia – Bolseira de Investigação da UICISA: E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Maria Lucília Cardoso, *ms. em Sociologia – Bolseira de Investigação da UICISA: E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Paulo Costa, *RN – Bolseiro de Investigação da UICISA: E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Susana Branca, *Lic. em Ciências da Informação*

MAQUETIZAÇÃO

Eurico Nogueira, *MS em Tecnologias de Informação Visual*

REVISÃO DOCUMENTAL

Serviço de Documentação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

APOIO TÉCNICO

Cristina Louçano, *Secretariado da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

GRÁFICA

Tipografia Lousanense, Lda – Lousã

TIRAGEM

400 exemplares

ANO DE PUBLICAÇÃO

2017

ÍNDICE

NOTA CURRICULAR.....	1
PREFÁCIO.....	5
<i>Paulo Renato Lourenço</i>	
CAPÍTULO I	
A SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UMA QUESTÃO DE SOFRIMENTO NO TRABALHO.....	9
<i>Luciana Bezerra de Souza Gianasi</i> <i>Denize Cristina de Oliveira</i>	
CAPÍTULO II	
DO <i>BURNOUT</i> AO ENGAJAMENTO – UMA MOEDA, DUAS FACES?.....	33
<i>Rui Gil Coelho Cristino Mamede</i> <i>Patrícia Martins Fagundes Cabral</i>	
CAPÍTULO III	
<i>BURNOUT</i> NOS MOTORISTAS DE PESADOS DE LONGO CURSO.....	57
<i>Cristóvão da Silva Gonçalves</i> <i>Ana Paula Louro Diogo Botelho de Sousa</i>	
CAPÍTULO IV	
<i>BURNOUT</i> NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PERIOPERATÓRIA: ESTUDO TRANSVERSAL.....	79
<i>Lúcia Gonçalves, Pedro Godinho,</i> <i>Isabel Arqueiro, Joana Lavado,</i> <i>Sandra Leal, Elisabete Valente</i>	
CAPÍTULO V	
TRAUMAS NO TRABALHO: UMA NOVA LEITURA DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO.....	93
<i>Carlos Eduardo Carrusca Vieira</i>	

CAPÍTULO VI

**PRIMEIROS AUXÍLIOS PSICOLÓGICOS A TRABALHADORES VÍTIMAS
DE ACIDENTES DE TRABALHO: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA DE
INTERVENÇÃO EM UMA MINERADORA.....119**

Carlos Eduardo Carrusca Vieira

CAPÍTULO VII

**ASSÉDIO MORAL: DIMENSÕES ORGANIZACIONAIS E PSICOSSOCIAIS
DO TRABALHO MALTRATADO.....141**

Carlos Eduardo Carrusca Vieira

NOTA CURRICULAR

Luciana Bezerra de Souza Gianasi, Doutorada em Ciências Humanas – Psicologia, é Professora Adjunta na Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (Unifesspa) Pará – Brasil. Tem trabalhado e investigado nas seguintes áreas: Psicologia Social, Psicologia do Trabalho e Organizacional. Participação em mesa redonda no Encontro Coletivo de Saúde e Sociedade – ECSS, promovido pelo IESB - UNIFESSPA, com o tema A síndrome de *burnout* entre profissionais de saúde, em 2015. Apresentação do trabalho Representação social do trabalho e síndrome de *burnout* entre profissionais de saúde no contexto hospitalar, na modalidade painel, na 11ª Conferência Internacional de Representações Sociais, na cidade de Évora – Portugal, em 2012. Email: lucianabsbg@yahoo.com.br

Denize Cristina de Oliveira, Enfermeira, Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e Pós-Doutora em Psicologia Social pela École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS), Paris - França. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Programa Pós-graduação em Psicologia Social da UERJ; Professora Titular da Área de Pesquisa na Faculdade de Enfermagem/UERJ; Editora Associada da Revista Enfermagem (UERJ) e da Revista Psicologia e Saber Social (PPGPS/UERJ). Pesquisadora 1A do CNPq e Pró-Cientista UERJ; Coordenadora do Comitê de Assessoramento da Área de Enfermagem do CNPq entre 2010 e 2013 e Membro do Comitê entre 2007 e 2013. Assessora da Capes, CNPq, FAPERJ, FINEP e outras Fundações de Amparo à Pesquisa e de Ciência e Tecnologia, nacionais e internacionais. Participa como parecerista ad-hoc e/ou membro de conselho editorial de diversos periódicos científicos, nacionais e internacionais, nas áreas de Enfermagem, Saúde Pública e Psicologia, tais como Revista Latino-americana de Enfermagem; Revista da Escola de Enfermagem USP; Texto & Contexto - Enfermagem; Revista Gaúcha de Enfermagem; Interface-Comunicação, Saúde e Educação; Psicologia - Teoria e Prática; Estudos e Pesquisas em Psicologia; Psicologia e Sociedade; Revista de Saúde Pública; dentre outras. Email: dcouerj@gmail.com

Rui Gil Coelho Cristino Mamede, Mestre em Psicologia das Organizações, do Trabalho e dos Recursos Humanos – Mestrado Europeu Erasmus Mundus WOP-P, pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Investigador independente nas seguintes áreas de interesse: Psicometria, Qualidade de Vida no Trabalho, Processos Grupais. Outras actividades: Dirigente associativo estudantil, Técnico de Recursos Humanos, Investigador em contexto Internacional. Email: ruimamede5@gmail.com

Patrícia Martins Fagundes Cabral, Professora Titular na Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, Brasil, na área da Psicologia. Tem trabalhado, investigado e publicado nas seguintes áreas: Psicologia do Trabalho, Administração de Recursos Humanos, Comportamento Organizacional. Outras

atividades relevantes: Docente da Escola de Gestão e Negócios – UNISINOS; Coordenadora do Grupo de Pesquisa Liderança e Gestão de Pessoas - PPG Gestão e Negócios, UNISINOS; Coordenadora do Pós-MBA em Liderança, UNISINOS; Coordenadora do MBA em Gestão Empresarial, UNISINOS POA; Palestrante e Consultora Organizacional. Email: patriciamf@unisinós.br

Cristóvão da Silva Gonçalves, Licenciado pelo ISLA – Instituto Superior de Gestão e Administração de Leiria - Portugal em Segurança e Higiene do Trabalho, Operador de tráfego internacional e Técnico Superior de Higiene e Segurança no Trabalho. Áreas de interesse: Stress, *Burnout*, Riscos Psicossociais. Membro da comissão organizadora do V Congresso “Vertentes e Desafios da Segurança” (Outubro de 2015). Email: cristovao.goncalves@me.com

Ana Paula Louro Diogo Botelho de Sousa, Doutorada em Ciências Sociais e do Comportamento; Professora Auxiliar no ISLA – Instituto Superior de Gestão e Administração de Leiria – Portugal; Chefe dos serviços académicos do ISLA, Leiria. Tem investigado e publicado nas seguintes áreas de interesse: Workaholism, Inteligência Emocional, Organizações Autentizóticas, Stress Ocupacional, Bem-Estar no Trabalho. Outras actividades: Apresentação da comunicação *Workaholic ou Worklover? A Importância da Inteligência Emocional* no XIX Congresso Internacional de Psicologia INFAD em Abril 2012. Membro da comissão organizadora do V Congresso “Vertentes e Desafios da Segurança” em Outubro, 2015. Seminarista em cursos de 2º ciclo. Formadora. Email: anabsousa@gmail.com

Lúcia Gonçalves, Interno de Anestesiologia, Centro Hospitalar de Leiria. Mestrado Integrado em Medicina. Área científica: Diagnóstico, Terapêutica e Saúde Pública – Investigação Clínica. Áreas de interesses de investigação/trabalho: Diagnóstico, Terapêutica e Saúde Pública – Investigação clínica.

Pedro Godinho, Interno de Anestesiologia, Centro Hospitalar de Leiria. Mestrado Integrado em Medicina. Área científica: Diagnóstico, Terapêutica e Saúde Pública – Investigação Clínica. Áreas de interesses de investigação/trabalho: Diagnóstico, Terapêutica e Saúde Pública – Investigação clínica. Email: pmiguelgodinho@gmail.com

Isabel Arqueiro, Enfermeira Graduada, Centro Hospitalar de Leiria, Licenciatura em Medicina. Área científica: Diagnóstico, Terapêutica e Saúde Pública – Investigação Clínica. Áreas de interesses de investigação/trabalho: Diagnóstico, Terapêutica e Saúde Pública – Investigação clínica.

Joana Lavado, Interno de Anestesiologia, Centro Hospitalar de Leiria. Mestrado Integrado em Medicina. Área científica: Diagnóstico, Terapêutica e Saúde Pública – Investigação Clínica. Áreas de interesses de investigação/trabalho: Diagnóstico, Terapêutica e Saúde Pública – Investigação clínica.

Sandra Leal, Assistente Hospitalar de Anestesiologia, Centro Hospitalar de Leiria. Licenciatura em Medicina. Área científica: Diagnóstico, Terapêutica e Saúde Pública – Investigação Clínica. Áreas de interesses de investigação/trabalho: Diagnóstico, Terapêutica e Saúde Pública – Investigação clínica.

Elisabete Valente, Assistente Hospitalar Graduada de Anestesiologia, Centro Hospitalar de Leiria. Área científica: Diagnóstico, Terapêutica e Saúde Pública – Investigação Clínica. Áreas de interesses de investigação/trabalho: Diagnóstico, Terapêutica e Saúde Pública – Investigação clínica.

Carlos Eduardo Carrusca Vieira, Doutorado na área de Psicologia do Trabalho e das Organizações; Psicólogo; Professor Universitário na PUC Minas - Brasil. Tem trabalhado e investigado nas áreas ligadas às Abordagens Clínicas do Trabalho, Saúde Mental e Trabalho, Fatores humanos no trabalho, Gestão / Saúde do Trabalhador. Tem diversas publicações nas áreas referidas. Diretor da Activité: Gestão, Saúde e Segurança no Trabalho (desde Fevereiro de 2015); Consultor em Psicologia do Trabalho na Herculano Mineração (2014); Coordenador do Laboratório de Psicologia Organizacional e do Trabalho (LaPOT) da PUC Minas/São Gabriel (2010-2014); Coordenador da Pesquisa Análise Ergonómica e Psicossocial das Condições de Trabalho e Saúde dos Vigilantes, apoiada pelo Ministério Público do Trabalho e Sindicato dos Trabalhadores da Vigilância (2008 a 2010). Email: carloseduardo_carrusca@yahoo.com.br

PREFÁCIO

A influência da globalização, a crescente exigência de quantidade e de qualidade de produtos/serviços, as rápidas mudanças tecnológicas e, simultaneamente, a turbulência social e econômica que emergiu, sobretudo, desde a última década do século XX, geraram aumento de níveis de desemprego, contratação temporária, subemprego e insegurança no emprego. Emergiu, assim, um contexto favorável a que os riscos psicossociais no trabalho se multipliquem.

O *burnout* (esgotamento profissional), caracterizado por um estado de exaustão emocional causado pelas exigências da vida profissional, e os *traumas no trabalho* ou, se preferirmos, traumas decorrentes do contexto de trabalho (onde se inclui um conjunto diversificado de manifestações psicossociais e fisiológicas, de que são exemplo, o medo, a depressão, a fadiga ou os distúrbios do sono), constituem somente alguns exemplos de riscos psicossociais cada vez mais presentes no cotidiano. De igual modo, as situações de incerteza no trabalho têm contribuído para aumentar fenômenos como o assédio moral, o qual, sob diversas tipologias e designações (e.g., assédio moral, assédio psicológico, hostilização no trabalho, terror psicológico, *mobbing*, *bullying* no local de trabalho, *bossing*) constitui uma forma de violência (sobretudo psicológica) que atenta contra a dignidade e/ou integridade psicológica e/ou física dos indivíduos.

O impacto, tendencialmente destrutivo do *burnout*, dos *traumas no trabalho* e do *assédio moral* (fenômenos que, por sua vez, estabelecem fortes relações entre si) não se limita, contudo, ao nível individual, fazendo-se sentir em todos os níveis de uma organização e mesmo além das “fronteiras” organizacionais, no nível societal. Com efeito, é frequente que eles estejam na base do aumento de taxas de absentismo e de licenças por doença, de quebras de desempenho, de acidentes no trabalho, da deterioração das relações no local de trabalho ou de aposentações antecipadas (que, deste modo, sobrecarregam os sistemas de segurança social).

A preocupação de empregadores e empregados relativamente a estes e outros fenômenos nocivos aos indivíduos, organizações e sociedade em geral, bem como a cada vez maior consciência da importância da qualidade de vida no trabalho (e fora dele), dos direitos de cidadania e da criação de condições para a execução de trabalho digno e decente (*decent work*) contribuíram para que a problemática dos riscos psicossociais tenha ganho cada vez maior visibilidade.

Não é, pois, de estranhar que, também na comunidade científica, esta temática tenha assumido particular relevo e constitua atualmente um importante foco de trabalho dos investigadores. Os estudos têm-se multiplicado. Compreender melhor e mais profundamente os diversos fenómenos, seus antecedentes e consequentes, tendo em vista produzir conhecimento útil e utilizável para elevar a qualidade de vida das/nas organizações e da/na sociedade em geral, constitui o fio condutor da referida investigação.

É neste contexto que se enquadra a presente obra. No seu conjunto, os sete capítulos que a integram, produzidos por investigadores portugueses e brasileiros, contribuem e apelam para aprofundar conhecimento na temática dos riscos psicossociais explorando, sob o ponto de vista conceptual e empírico, em diferentes contextos, com base em diferentes perspetivas e com recurso a metodologia diversificada, os tópicos do *burnout*, dos *traumas no trabalho* e do *assédio moral*.

Os primeiros quatro capítulos centram-se na temática do *burnout*, os dois seguintes nos *traumas no trabalho* e, por fim, o sétimo e último, no *assédio moral*.

No primeiro Capítulo, Gianazi e Oliveira abordam o *burnout* no contexto dos profissionais de saúde (um dos setores de atividade mais exposto a tal risco). A sua investigação, com um *design* misto (qualitativo e quantitativo), realizada num hospital público e universitário do Rio de Janeiro, no Brasil, procurou identificar como, nesse contexto, emerge e se estrutura simbolicamente o *burnout*. Com base nos resultados obtidos, os autores sustentam que, na amostra estudada, a representação do *burnout* se funda em dimensões físicas e psicológicas, a partir do estresse e do cansaço. De acordo com as análises que realizaram, concluem, também, que algumas variáveis psicossociais e demográficas, bem como as condições de trabalho, contribuíram para a construção das representações acerca do *burnout* na equipa de saúde e para a emergência do próprio *burnout*.

Sob uma perspetiva conceptual assente na apresentação e discussão de múltiplos estudos, Mamede e Cabral, no segundo Capítulo desta obra, situados no âmbito da qualidade de vida no trabalho, exploram o constructo *burnout* analisando as suas articulações com o *work engagement* (ou envolvimento no trabalho). Ao longo do Capítulo, os autores procuram definir conceptualmente os referidos constructos e apresentar diversos estudos empíricos que os investigam. Explorando a variabilidade na interpretação da relação entre *burnout* e *work engagement*, discutem, em particular, a hipótese de os referidos constructos constituírem polos opostos de um mesmo contínuo.

No terceiro Capítulo, Gonçalves e Sousa apresentam uma investigação realizada numa empresa portuguesa de média dimensão que opera no setor dos transportes internacionais. A sua população-alvo, motoristas de veículos pesados de longo curso, é vulnerável à emergência do fenómeno de *burnout*. Com base nas análises realizadas no estudo empírico, de *design* quantitativo, que levaram a cabo, os autores concluem

que os resultados obtidos sugerem que, na empresa estudada, variáveis como a idade, a antiguidade na empresa, o regime contratual e a valorização/reconhecimento dos trabalhadores pelas suas chefias, constituem fatores com influência na emergência de *burnout*.

Gonçalves et al., ainda no contexto dos estudos sobre *burnout*, e, também, com base numa investigação empírica de *design* quantitativo, apresentam, no quarto Capítulo da presente obra, um estudo que analisou o *burnout* em profissionais de saúde perioperatória no Centro Hospitalar de Leiria, em Portugal. Estudando uma amostra composta por três diferentes tipos de profissionais de ambos os sexos (assistentes operatórios, enfermeiros e médicos) os seus resultados revelaram que os enfermeiros apresentavam níveis de exaustão emocional superiores aos restantes dois grupos de profissionais. De igual modo, os resultados apontaram no sentido de mais elevada exaustão emocional nos profissionais do sexo feminino.

O quinto Capítulo é focado no transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), enquanto um dos tipos de *traumas no trabalho*. Com base na análise de dois casos clínicos relativos a trabalhadores que viveram situações potencialmente traumáticas e que desenvolveram o TEPT, Vieira conclui que os seus resultados sugerem que o TEPT resulta de uma síntese de experiências traumáticas que se potenciam reciprocamente e que os sentimentos de impotência, desamparo, insegurança e desvalorização produzem influência relevante no desenvolvimento desse transtorno.

O mesmo autor, no sexto Capítulo deste livro, apresenta e discute a relevância e aplicabilidade do processo de apoio psicológico no contexto dos acidentes de trabalho. Fá-lo com base no relato da sua experiência enquanto membro de uma equipa de apoio psicológico prestado a trabalhadores (e a alguns familiares de uma das vítimas) direta ou indiretamente envolvidos num grave acidente de trabalho ocorrido numa barragem localizada no estado de Minas Gerais, no Brasil. Após apresentar a modalidade de Primeiros Auxílios Psicológicos (PAP), bem como o protocolo de intervenção que foi utilizado, caracteriza, descreve e analisa criticamente o contexto em que o acidente ocorreu, bem como a experiência de atendimento psicossocial em que esteve envolvido. Vieira conclui que a prática dos PAP em contexto laboral pode contribuir para a prevenção de distúrbios mentais em trabalhadores que viveram situações potencialmente traumáticas, sendo recomendável a sua utilização.

Ainda Vieira, no sétimo e último Capítulo, apresenta uma reflexão crítica sobre a temática do assédio moral, com particular ênfase para os trabalhos e perspectiva da psicanalista francesa Marie-France Hirigoyen. O autor reflete sobre a forma como a referida psicanalista se posiciona relativamente aos fatores determinantes e à prevenção do assédio moral e, inspirando-se em Karl Marx, discute a importância de se considerar a lógica do modo de

produção capitalista, o conflito capital-trabalho, bem como as transformações no mundo do trabalho. Conclui afirmando que para a elaboração de medidas preventivas eficazes devem ser consideradas as dimensões económica, organizacional e psicossocial e que as relações entre o assédio moral, o modo de produção capitalista e os modos de organização do trabalho não podem ser negligenciados.

Ao concluir esta introdução, através da qual procurei, de forma breve, traçar uma visão geral dos Capítulos que dão forma ao livro que agora se publica, resta-me convidar o leitor a percorrer o caminho das páginas que se seguem e que constituem, sem dúvida, um relevante contributo para aprofundar conhecimentos nas temáticas abordadas.

Paulo Renato Lourenço

CAPÍTULO I

A SÍNDROME DE *BURNOUT* ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UMA QUESTÃO DE SOFRIMENTO NO TRABALHO

LUCIANA BEZERRA DE SOUZA GIANASI
DENIZE CRISTINA DE OLIVEIRA

Resumo: A investigação do panorama da saúde aponta para mudanças relacionadas com as transformações do mundo do trabalho e com a transição dos paradigmas da saúde. Tais mudanças, quando confrontadas com a situação de saúde brasileira, apontam para contradições e condições adversas de trabalho, favorecendo a exposição ao stress e síndrome de *burnout*. Este estudo objetivou analisar a ocorrência do *burnout*, e as suas construções simbólicas, entre profissionais de saúde de um hospital público e universitário do Rio de Janeiro. Caracteriza-se como um estudo quanti-qualitativo, descritivo, transversal, com uma amostra de 101 participantes. Os resultados indicam que os profissionais construíram uma representação do *burnout* alicerçada nas dimensões física e psicológica, acompanhadas de conteúdos predominantemente negativos, sobretudo em relação ao contexto laboral do hospital. Esta representação foi estruturada a partir do stress e do cansaço, conceitos que formaram o seu provável núcleo central. Observou-se a ocorrência da síndrome entre enfermeiros e médicos em contexto cirúrgico, apresentando relação com variáveis psicossociais e sociodemográficas. Finalmente, destaca-se que as condições de trabalho contribuíram para a construção das representações na equipa de saúde e, também, para a determinação do *burnout* no contexto cirúrgico.

Palavras-chave: síndrome de *burnout*; profissionais de saúde; representação social; sofrimento no trabalho

Abstract: The investigation of health panorama shows changes related to the world of work changes and the transition of health paradigms. These changes, when confronted with the situation of Brazilian health, contributing exposure stress and burnout. The doctoral thesis aims to analyze the occurrence of burnout syndrome and its social representations among health professionals in a public university hospital in Rio de Janeiro. It is a quantitative-

qualitative, descriptive, cross-sectional study, with a sample of 101 individuals. The results indicate that health professionals have a rooted social representation of burnout syndrome in two dimensions, one physical and other psychological; the prevalence of predominantly negative contents in this representation, was observed especially in relation to the hospital work context. They also point to the existence of social representation of burnout syndrome structured from the terms stress and fatigue that are part of the likely central nucleus of this representation. It was observed that there is occurrence of burnout among nurses and doctors of the hospital's surgical body and that such an occurrence is correlated with the psychosocial and sociodemographic variable. As a conclusion the working conditions for the construction of representations in the health professions and to determine the burnout syndrome, especially in the surgical body was highlighted. The results may contribute to the understanding of the theoretical field of burnout, especially with regard to its determination and its development, contributing for diagnosis and prevention.

Keywords: burnout syndrome; health professional; social representation; work suffering

INTRODUÇÃO

À semelhança da realidade mundial, o crescimento exponencial do setor da saúde apresenta impacto significativo na economia do Brasil. Todavia, ainda que estas perspectivas de crescimento se acentuem, torna-se necessário o desenvolvimento do setor de modo a corresponder às reais necessidades da população. O potencial de crescimento da saúde na realidade nacional vem acompanhado de aspectos negativos, gerando instabilidade no setor (Borges et al., 2005). Entre estes considera-se a retração de investimento público, com a baixa frequência de concursos para a contratação de pessoal permanente, refletindo na terceirização dos serviços e nos contratos temporários, gerando precarização das condições de trabalho (Borges et al., 2005, p. 28). No que se refere ao mundo do trabalho, Pinzón, Ribas, Uribe-Rodríguez, Acevedo e Sánchez (2011) alertam para uma nova realidade capitalista que tem afetado as instituições de saúde de natureza pública, em particular os hospitais, denominado de capitalismo organizacional. Esta ideologia organizacional apresenta-se como um fator de risco psicossocial para os trabalhadores na área da saúde, resultando em efeitos psicológicos destas novas condições de trabalho em hospitais (Pinzón et al., 2011).

Os profissionais de saúde representam uma categoria profissional com características específicas e condições de trabalho particulares, estando entre as mais afetadas pelo stresse e pela síndrome de *burnout* (Tamayo, Argolo, & Borges, 2005). De forma geral, os resultados convergem para a incidência e para prevalência da síndrome de *burnout* neste s profissionais de saúde, assim como para o estado de vulnerabilidade desta categoria profissional ao stresse (Oliveira & Chaves-Maia, 2008; Santos & Cardoso, 2010), constituindo-se em um grupo vulnerável.

A síndrome de *burnout* é definida como uma resposta ao stress laboral crónico que provoca deterioração das cognições do indivíduo, de seus afetos, de suas emoções e de suas atitudes (Gil-Monte, 2005), comprometendo a saúde da pessoa, a organização de trabalho e a sociedade de modo geral (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Estes estudos sugerem aspectos negativos da síndrome, tanto para o profissional trabalhador como para a organização do trabalho, e mais amplamente para os utilizadores dos serviços prestados por estes profissionais (Dias, Queiroz, & Carlloto, 2010; Gonçalves et al., 2011; Hyeda & Handar, 2011; Lorenz, Benatti, & Sabino, 2010).

A análise da síndrome através do conhecimento das representações sociais proposta neste estudo pretendeu analisar a integração entre a Teoria das Representações Sociais e o campo teórico da síndrome de *burnout*. Assim sendo, o interesse temático do presente capítulo relaciona-se com os domínios Organizações, do Trabalho, dos Recursos Humanos, da Saúde e/ou Gestão. Integrados na perspectiva psicossocial de análise da síndrome de *burnout*, os conceitos principais balizadores encontram-se orientados pelos fundamentos teóricos de Moscovici (2003, 2012), por meio da Teoria das Representações Sociais, a partir da vertente da abordagem estrutural, conforme descrita por Abric (1998, 2003), Sá (1998, 2002) e Oliveira, Marques, Gomes, Teixeira, e Amaral (2005).

Questiona-se qual o conhecimento social construído pelos profissionais de saúde em relação ao *burnout* diante da exposição deste à categoria de síndrome. Assim, questiona-se sobre a existência de uma representação social estruturada em relação à síndrome de *burnout* pelos profissionais e sobre o tipo de relação estabelecida entre tal representação e a ocorrência da síndrome, considerando o aspecto de funcionalidade prática da representação social. Deste modo, o objetivo do presente estudo foi analisar a ocorrência da síndrome de *burnout* e as suas representações sociais entre profissionais de saúde de um hospital público universitário do Rio de Janeiro. Considera-se que os modos de *pensar* dos grupos sociais (representações sociais) podem estabelecer relações com a prática profissional, contribuindo para o desenvolvimento da síndrome de *burnout*.

REFERENCIAL TEÓRICO

A teoria de representações sociais e a síndrome de *burnout*

A definição da síndrome de *burnout* sustenta-se numa perspectiva tridimensional, que a caracteriza por sentimentos de exaustão emocional (EE), de despersonalização (DE) e de baixa realização pessoal no trabalho (RP). A EE caracteriza-se por um forte sentimento de tensão emocional que produz uma sensação de falta de energia e de

recursos emocionais próprios para lidar com as rotinas da prática profissional. Esta tensão representa o aspecto de stress individual da síndrome (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

A DE é entendida como o resultado do desenvolvimento de atitudes negativas de insensibilidade e distanciamento dos profissionais em relação às pessoas que se beneficiam dos seus serviços. Esta dimensão representa o aspecto interpessoal da síndrome de *burnout*. A diminuição da RP refere-se ao aspecto de autoavaliação da síndrome e está associada ao sentimento de incompetência no trabalho (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

Já Marques-Pinto (2001), que analisou a ocorrência da síndrome de *burnout* entre professores, explorou o domínio da representação social da síndrome neste grupo profissional. Os resultados deste estudo demonstraram que a sintomatologia da síndrome é regulada, em grande medida, pelas suas representações sociais, as quais atuam como variáveis moderadoras entre as estratégias de *coping* e a síndrome de *burnout*.

Por sua vez, Moscovici afirma que as representações sociais “são entidades quase tangíveis; circulam, se cruzam e se cristalizam continuamente através da fala, do gesto, do encontro no universo cotidiano” (2012, p. 39). Acrescenta que estas “se apresentam como uma rede de ideias, metáforas e imagens, mais ou menos interligadas livremente” (Moscovici, 2003, p. 210).

Introduzindo novos contributos para a construção do conceito de representação social, Jodelet (2001, p. 22) propõe uma visão geral do conceito, apontando para a convergência quanto à natureza dos fenómenos representacionais, a partir da seguinte definição sintética: “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

Representando a vertente estrutural das representações sociais, orientadora do presente estudo, Abric afirma que “uma representação social é um conjunto organizado e estruturado de informações, crenças, opiniões e atitudes; ele constitui um sistema sócio cognitivo particular, composto de dois subsistemas: um sistema central (ou núcleo central) e um sistema periférico” (2003, p. 38). Enfatizando a dimensão cognitivo-estrutural das representações (Sá, 1998), a abordagem estrutural baseia-se na teoria do núcleo central, analisando o sistema hierarquizado, os processos em funcionamento e as funções das representações sociais no contexto social.

Destaca-se a discussão relativa à representação social enquanto orientadora da conduta humana e enquanto forma de saber (Jodelet, 2001), instrumentalizando o sujeito, valorizando o papel da subjetividade na promoção da saúde. Neste aspecto,

o conhecimento da síndrome de *burnout*, por meio das suas representações sociais, poderão oferecer elementos para que o grupo em risco, ou vulnerável ao processo desencadeador da síndrome, possa utilizar estratégias de *coping*, evitando assim que a síndrome seja estabeleça ou agrave.

A organização do trabalho em saúde e a síndrome de *burnout*

Chama-se a atenção para o panorama desafiante que envolve a saúde no que respeita aos aspectos do mundo laboral, que pode desencadear consequências psicológicas negativas para os que trabalham em saúde, entre elas destaca-se a síndrome de *burnout* (Santos, 2010).

Decorrente da instabilidade e do baixo investimento, o setor da saúde enfrenta obstáculos como baixa remuneração e quebra da equidade pela convivência de vários regimes de trabalho num mesmo ambiente. Além disto, o facto de não existir excesso de mão de obra disponível, nem a redução de postos de trabalho, tem incentivado os profissionais de saúde a assumirem mais do que um posto de trabalho (Borges et al., 2005). O Ministério da Saúde do Brasil (2006) destaca os principais aspectos que afetam a realidade laboral nacional, entre os quais: a precarização nas relações de trabalho, modalidades de contrato irregulares, terceirizações indiscriminadas, remuneração desfasada, desvio de funções, super-oferta de profissionais em alguns setores e carência em outros, desestímulo funcional, ineficiência e ineficácia dos serviços prestados.

Outro aspecto a destacar refere-se à incompatibilidade entre os estilos de gestão atualmente preconizados e a realidade prática do trabalho em saúde, que deveria ser norteada pelos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), que regem os serviços de saúde pelo setor público brasileiro. As práticas *quotidianas* em saúde, que deveriam ter como pano de fundo os princípios preconizados pelo SUS, como a participação social e a formulação de equipas multi e interdisciplinares, são marcadas pela hierarquia entre as profissões e caracterizadas pela formação profissional deficitária para atuar neste tipo de equipas (Borges et al., 2005).

Para Gawryszewski, Oliveira, e Gomes, o SUS “é uma política pública que vem sendo construída em um contexto de dimensões políticas, tecnológicas, ideárias e sociais. Neste processo, percebe-se que um dos maiores desafios deste sistema é a ampliação do acesso as suas ações e serviços” (2012, p. 120).

Relativamente ao paradigma da atenção à saúde e da formação de recursos humanos, o Ministério da Saúde do Brasil (2006) refere que no início da década de 2000 a existência

de uma crise em curso na área da saúde esteve na origem de importantes contradições, algumas delas relacionadas às transformações do mundo laboral. Estas contradições agudizaram-se na presente década e sua superação está longe de ser alcançada.

As mudanças no cenário da saúde envolvem diretamente o trabalho dos seus profissionais. Tais mudanças estão relacionadas, simultaneamente, com as transformações globais do mundo laboral e a realidade de saúde brasileira, podendo gerar condições negativas de trabalho e contradições no ambiente profissional, favorecendo situações de sofrimento no contexto laboral em saúde e, portanto, de *burnout*.

METODOLOGIA

Amostra

A amostragem do tipo intencional foi composta por profissionais de saúde que atuavam em equipas de cirurgia num hospital público da cidade do Rio de Janeiro-Brasil, de natureza assistencial e docente. Foram incluídos para estudo 107 profissionais de saúde, sendo que destes 31 eram médicos cirurgiões, 36 médicos anestesistas e 40 eram enfermeiros.

Material

A colheita de dados foi realizada no ano de 2014, utilizando-se um questionário de autopreenchimento composto por três partes: identificação sociodemográfica e profissional, evocação livre e a escala de caracterização do *burnout* (ECB).

Procedimentos

Procedeu-se a uma colheita de evocações livres, na qual o sujeito procedeu à leitura do termo indutor (Síndrome de *burnout*), registrando no instrumento cinco palavras associadas ao termo indutor evocadas de forma espontânea.

Utilizou-se a segunda versão da Escala de Caracterização do *Burnout* (ECB), construída por Tamayo e Trócoli (2009). Trata-se de uma escala Likert de cinco pontos com 46 itens.

Para a análise da ECB e dos dados sociodemográficos, foram realizadas análises estatísticas exploratórias e descritivas, com registro em banco de dados do Excel 2010 e SPSS 20 (Statistical Package of Social Science). Adicionalmente, utilizou-se a análise

de *Cluster* para avaliação da ocorrência da síndrome de *burnout*. De forma geral, a análise de *Cluster* consiste na utilização dos percentis de forma a nortear a classificação dos *scores*, sendo adotada tradicionalmente na linha de investigação sobre a síndrome de *burnout* que segue a perspectiva de análise de Maslach (Tamayo, 1997). Para a verificação da relação entre a ocorrência e a representação social da síndrome utilizou-se a análise de regressão. Para o tratamento dos dados das evocações recorreu-se à versão de 2005 do software informático *Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations* – EVOC (Vergès, 1999). A técnica do “quadro de quatro casas” orientou as análises das evocações, conforme descrito por Oliveira et al. (2005).

RESULTADOS

A representação social da síndrome de *burnout*

O produto das evocações foi distribuído em quatro casas, seguindo-se os critérios propostos por Vergès (1999) e Sá (1998), de frequência média e ordem das evocações produzidas. O número total de palavras ou expressões produzidas pelos 99 participantes da colheita de evocações foi de 452, das quais 172 eram diferentes. A frequência mínima definida como ponto de corte, a partir da qual os termos passaram a compor os quadrantes foi de 6; a frequência média foi de 15; e a posição média das evocações (OME) foi de 2,9.

De seguida, apresenta-se a estruturação da representação social da síndrome de *burnout* dos profissionais de saúde no hospital estudado (Tabela 1). As palavras com frequência média maior ou igual a 15, e a ordem média da evocação menor que 2,9, agrupam-se no quadrante superior esquerdo e constituem o provável núcleo central da representação. Assim, a hipótese de centralidade recai sobre as seguintes cognições, em ordem decrescente de frequência: *stress, cansaço, esgotamento e depressão*.

Tabela 1

Quadro de quatro casas ao termo indutor síndrome de burnout

OME=2,9

Termo Evocado	F	OME	Termo Evocado	F	OME
Stress	52	1,788			
Cansaço	40	2,025			
Esgotamento	24	2,417			
Depressão	17	2,765			
Freq. Média >= 15					
Fadiga	11	2,455	Doença	11	3,182
Insônia	6	2,333	Trabalho	10	3,900
Irritação	6	2,833	Desânimo	8	3,500
			Tristeza	7	3,714
			Impaciência	7	3,429
			Ansiedade	7	3,000
			Medo	6	3,667

Considerando-se que o núcleo central confere à representação social o seu significado, organização e estabilização (Abric, 2003), denota-se, pela ligação entre as palavras evocadas neste quadrante, que o significado da síndrome de *burnout* é fortemente marcado por elementos negativos, entre os quais predominam o *stresse* e o *cansaço*. Estes últimos termos apresentaram as maiores frequências e foram os termos mais prontamente evocados, justificando a hipótese da sua centralidade.

Observa-se que as cognições *cansaço* e *stresse* constituem os valores compartilhados pelos profissionais de saúde acerca da síndrome de *burnout*, considerando que “o essencial do núcleo central de uma representação social é exatamente constituído pelos valores associados ao objeto representado” (Abric, 2003, p. 39). A palavra *stresse* revela uma dimensão conceitual do fenómeno, já que a síndrome pode ser entendida como referente à cronicidade do *stresse*. O aparecimento desta palavra denota uma dimensão de conhecimento que os profissionais expressam acerca da síndrome de *burnout*.

Já as palavras *cansaço e esgotamento* evidenciam uma dimensão imagética, que expressa a componente física da síndrome. É provável que o aparecimento do cansaço e do cansaço extremo (esgotamento ou extenuação de recursos) reflitam as características laborais em saúde, demarcadas por muitas horas dedicadas à atividade laboral, pelo acumular de vínculos contratuais e pela carga horária extensa. Também se destacam as longas horas de trabalho em pé pela equipa cirúrgica, na realização de intervenções prolongadas, como também o grande esforço físico despendido na mobilização dos utentes.

A palavra *depressão* pode referir-se tanto à sintomatologia da síndrome, como ao próprio conceito da síndrome de *burnout*. Quanto ao significado dos elementos *depressão e esgotamento*, é possível que se configurem como sinónimos da síndrome de *burnout*, já que o núcleo central “agrupa os elementos mais frequentes e mais importantes, podendo ser acompanhados [...] de sinónimos e de protótipos associados ao objeto” (Oliveira et al., 2005, p. 582). É provável que a indistinção entre os termos esteja relacionada com a falta de consenso na literatura acerca da diferenciação entre eles e pela incorporação de elementos do conhecimento reificado nas representações da síndrome. É de salientar que embora haja uma distinção proposta entre o conceito da síndrome de *burnout* e outros conceitos, esta não é consensual (Tamayo, 2002).

No que se refere à análise dos elementos periféricos, localizados no quadrante superior e inferior direito, observa-se a ausência de palavras na primeira periferia e a presença de *ansiedade, desânimo, doença, impaciência, medo, trabalho e tristeza* na segunda periferia. De maneira geral, estas palavras refletem por um lado uma dimensão objetiva e, por outro, uma dimensão afetivo-atitude relacionada ao trabalho e à síndrome de *burnout*. Por serem elementos periféricos expressam uma maior relação com as práticas *quotidianas* de trabalho, conforme afirmam Abric (2003) e Sá (2002), revelando que a realidade destas práticas em contexto hospitalar apresenta uma conotação negativa.

Salienta-se a dimensão afetiva predominante nas palavras *desânimo, medo e tristeza*. O significado das palavras desânimo e tristeza relacionam-se com a vivência da situação laboral pelos profissionais, expressando a falta de controle que estes possuem sobre as ocorrências negativas. Outras evidências no contexto do trabalho podem contribuir para o sentimento de desânimo e tristeza no trabalho, dentre elas a falta de justiça sentida pelos profissionais de saúde no hospital. A palavra *medo* evidencia uma dimensão imagética presente na realidade do trabalho no hospital e fora dele. Aponta, também, para situações negativas características do trabalho, como o medo de errar e a perenidade da vida na sala de cirurgia.

Na zona de contraste estão os elementos *fadiga, insónia e irritação*, sendo a *fadiga* a palavra com maior frequência e a mais prontamente evocada. Da mesma forma que na palavra *cansaço*, em destaque no núcleo central, os três termos presentes neste quadrante refletem a dimensão física da síndrome de *burnout*, podendo constituir-se como um reflexo das características do trabalho.

Nas palavras evocadas foi possível identificar diferentes dimensões associadas ao fenómeno – conceituais, imagéticas e atitudinais – demonstrando que os profissionais de saúde possuem uma representação social estruturada acerca da síndrome de *burnout*. Pode observar-se uma representação constituída pelas dimensões psicológica, afetiva e física, alicerçada a uma prática de trabalho com conotação negativa, tanto no núcleo central, como no sistema periférico.

Noutras palavras, as informações, crenças, opiniões e atitudes compartilhadas pelos profissionais de saúde acerca da síndrome de *burnout* configuram-se como uma forma de proteção contra a síndrome, tanto no sentido preventivo como de forma a atenuar as situações já estabelecidas. Neste ponto, remete-se às funções de uma representação social, entre elas a função de “saber” e de “orientação dos comportamentos e das práticas” (Abric, 1998, p. 28).

Focando-nos primeiramente na função do saber, o conhecimento acerca da síndrome de *burnout* pode permitir aos profissionais de saúde entender e explicar a realidade, compreendendo e comunicando informações que possam constituir-se em formas de defesa contra a síndrome. O conhecimento acerca das formas de manifestação do *burnout* pode contribuir positivamente para as relações interpessoais no local de trabalho. Esta contribuição reflete-se, por exemplo, numa melhor aceitação de alguns comportamentos negativos por parte dos colegas ao entender que tais comportamentos fazem parte do quadro sintomático da síndrome.

Quanto à função de orientação, a representação da síndrome de *burnout* funciona como um guia para os comportamentos e para as práticas em saúde, estando na origem de ações e expectativas que poderão contribuir de forma positiva para a adoção de estratégias de *coping* face à síndrome de *burnout*. Ainda relativamente à função de “orientação”, a representação da síndrome interfere na definição do tipo de estratégia cognitiva que será adotada perante situações de stresse extremo.

Ocorrência da síndrome de *burnout* entre profissionais de saúde

Para identificação da presença da síndrome de *burnout* estimou-se, primeiramente, os *scores* dos fatores (exaustão emocional, desumanização e *deceção*), pela média dos pontos atribuídos a cada item que compõe cada um destes fatores. Os resultados encontram-se sintetizados (Tabela 2).

Os dados revelam um nível baixo a moderado de sentimentos de exaustão emocional, desumanização e *deceção* (2,60; 1,84; 1,99), considerando-se que o ponto médio da

escala (de 1 a 5) é o *score* 3,0. Entre os três fatores, a exaustão emocional apresentou a média mais alta, revelando-se como o aspecto de stress individual com as características mais visíveis da síndrome de *burnout*. Este aspecto do stress individual pode estar relacionado às altas exigências que decorrem no trabalho e são vivenciadas pelos profissionais. Esta tendência de *scores* mais elevados no fator exaustão emocional corrobora os resultados de estudos anteriores realizados com profissionais de saúde (Borges, Argolo, & Baker, 2006; Tamayo, Argolo, & Borges, 2005; Tamayo, 2009).

Tabela 2

Média e desvio padrão dos scores nos três fatores da síndrome de burnout

Fatores	Exaustão Emocional	Desumanização	Deceção
Média	2,60	1,84	1,99
Desvio Padrão	0,83	0,43	0,56

Além da média mais alta, observa-se que os *scores* de Exaustão Emocional apresentam maior desvio padrão, indicando haver maior dispersão neste fator. No fator Desumanização, observou-se uma média mais baixa, o que pode estar relacionado com o fato destes profissionais terem dificuldade em declarar sentimentos desta natureza, já que contradiz as exigências da profissão em oferecer ao utente um bom atendimento. Tamayo (2002) refere-se à interferência da desejabilidade social nas respostas dos sujeitos aos itens do fator Desumanização, no sentido de inibir o verdadeiro relato da frequência com que alguns profissionais experienciam sentimentos e atitudes desta natureza no relacionamento com o utente.

Tamayo, Argolo, e Borges (2005) defendem que “os *scores* brutos em si dizem pouco do desenvolvimento da síndrome de *burnout*” (p. 234), recomendando que os níveis baixo, médio e alto de cada fator da síndrome sejam identificados a partir dos percentis da curva normal. Ou seja, estes autores sugerem, com base nos estudos de Maslach e Jackson (1986), que sejam identificados em cada fator os pontos que dividem a amostra em proporções iguais. Atendendo a esta recomendação, identificaram-se os dois percentis referentes aos pontos que dividem a distribuição dos *scores* dos participantes, por fator, em três partes iguais. A divisão em percentis pode ser verificada de seguida (Tabela 3).

Tabela 3

Distribuição por percentil dos scores aos fatores constitutivos da síndrome de burnout

(N=101)	Fatores		
	Exaustão Emocional	Desumanização	Deceção
Percentil 33,33	2,1	1,6	1,7
Percentil 66,66	3,0	1,9	2,1

De seguida, elaborou-se a classificação dos *scores* nos fatores, de acordo com os intervalos indicados na Tabela 4. Aos intervalos estimados foram atribuídas as designações de: baixo, médio e alto. A síndrome caracteriza-se pelo desenvolvimento dos três fatores.

Tabela 4

Classificação dos intervalos dos scores dos fatores constitutivos da síndrome de burnout

Classificação	Fatores		
	Exaustão Emocional	Desumanização	Deceção
Baixo	$X < 2,1$	$X < 1,6$	$X < 1,6$
Médio	$2,1 \leq X < 3,0$	$1,6 \leq X < 1,9$	$1,6 \leq X < 2,1$
Alto	$X \geq 3,0$	$X \geq 1,9$	$X \geq 2,1$

Considerando a existência de três níveis na distribuição dos *scores* para cada fator, a análise de Clusters (Tabela 5) aponta para oito, que representam um processo avançado de desenvolvimento da síndrome de *burnout*, caracterizando-se pela predominância de níveis altos e moderados nos fatores da síndrome (primeiro tipo de configuração dos *scores*), sendo nomeados como de Tipo 1. Observa-se que 44 participantes (43,6%) apresentam este tipo de combinação, sendo que 16 participantes (15,8%) encontram-se num nível extremo da síndrome, ao combinar *scores* elevados nos três fatores (Tabela 5). Observa-se, portanto, que estes profissionais de saúde estão numa fase avançada de desenvolvimento da síndrome de *burnout*.

Tabela 5

Análise de Cluster combinando níveis Altos e Médios nos fatores da síndrome de burnout (tipo 1)

Fatores	Configurações							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Exaustão Emocional	Médio	Alto	Médio	Médio	Alto	Alto	Médio	Alto
Desumanização	Médio	Médio	Alto	Médio	Alto	Médio	Alto	Alto
<i>Deceção</i>	Médio	Médio	Médio	Alto	Médio	Alto	Alto	Alto
Participantes (44/101)	5	5	5	1	2	2	5	16

Existem oito configurações, entre as quais se evidenciam diferenciados níveis da síndrome, variando de um nível tipicamente médio (combinando *scores* médios nos três fatores) até a um nível muito elevado (combinando *scores* altos nos três fatores). Assim sendo, existem 16 participantes (15,8%) nas configurações de 1 a 4, com um nível acentuado da síndrome de *burnout*. Nas combinações 5, 6 e 7 encontram-se nove participantes (8,9%) que se aproximam de um nível extremo da síndrome. Estes resultados caracterizam a incidência da síndrome numa tendência endêmica, evidenciando a existência da síndrome de *burnout* entre os profissionais de saúde, demonstrando a importância de se colocarem em prática medidas preventivas e de intervenção com o propósito de evitar que a síndrome atinja níveis altos nos seus três fatores.

Associações entre os fatores da síndrome de *burnout* e variáveis sociodemográficas e psicossociais

Para a análise de regressão estabeleceram-se como variáveis dependentes os três fatores da síndrome de *burnout*, sendo eles a exaustão emocional, a desumanização e a deceção. As palavras resultantes da evocação livre, que compuseram o quadro de quatro casas, ao termo indutor síndrome de *burnout* (variáveis psicossociais) e as variáveis sociodemográficas e profissionais constituíram o grupo de variáveis independentes. As variáveis independentes participaram na análise de regressão pelo que se denomina de variável dummy.

Foram produzidas três análises de regressão (*stepwise*), uma para cada fator da síndrome de *burnout*. Tal técnica possibilitou uma seleção de variáveis, inserindo na equação apenas

aquelas que se apresentaram estatisticamente significativas ($p < 0,05$). As variáveis psicossociais do modelo foram Impaciência, Ansiedade e Medo. Entre as variáveis sociodemográficas e profissionais do modelo encontram-se: renda, tempo de trabalho na função, o sexo e a idade.

Apontam-se as regressões que possuem como variável dependente o fator Exaustão Emocional (FB1), ressaltando que no primeiro passo da construção do modelo de regressão, a evocação Impaciência (FE1) explica sozinha 6,3% da variância dos scores de Exaustão Emocional (Tabela 6). O próximo passo explica 10,4% da proporção da variância, ou seja, 4,1% a mais que a primeira, quando se inclui Ansiedade (FE2).

Deste modo, com estas duas evocações Impaciência e Ansiedade consegue explicar-se aproximadamente 10,4% do fator Exaustão Emocional ($p < 0,05$). As demais variáveis testadas não foram estatisticamente significativas para explicar este fator. Os dados desta análise mostram que as variáveis sociodemográficas e profissionais do estudo não foram capazes de prever os scores de Exaustão Emocional.

Tabela 6

Análises de regressão hierárquica (variável dependente = Exaustão Emocional, FB1)

Regressões/Variáveis independentes	R ²	Beta	t	Significância
Primeira regressão				
(constante)	0,063		30,446	<0,05
FE1 – Impaciência		-0,905	-2,448	<0,05
Segunda regressão				
(constante)	0,104		29,102	<0,05
FE1 – Impaciência		-0,854	-2,344	<0,05
FE2 – Ansiedade		0,627	2,011	<0,05

Os dados apresentados (Tabela 6) confirmam a Impaciência e a Ansiedade como preditores da Exaustão Emocional, tendo a Ansiedade uma associação mais forte com

a Exaustão Emocional (+0,627), do que a Impaciência (-0,854). Além disto, pode-se afirmar que a Ansiedade prevê a Exaustão Emocional numa relação diretamente proporcional (beta positivo).

Sendo assim, um comportamento ansioso estaria relacionado ao aumento da Exaustão Emocional. Entendendo-se que a síndrome de *burnout* constitui-se como um fenómeno processual, é possível supor que a manutenção deste tipo de comportamento poderia, progressivamente e a longo prazo, contribuir para a incidência da síndrome de *burnout*.

Observa-se a relação inversamente proporcional que a palavra Impaciência adquire em relação à Exaustão Emocional, considerando que o coeficiente beta para esta palavra é negativo. Neste sentido, uma atitude *impaciente* estaria relacionada à diminuição da Exaustão Emocional. É possível que a Impaciência seja perspetivada de forma semelhante ao conceito de *Intolerância*, quando em relação aos acontecimentos laborais do dia-a-dia.

Na análise em que a variável dependente é Desumanização (Tabela 7), observa-se que o modelo de regressão final é composto pelas variáveis Medo (FE3), renda (FS1), tempo de trabalho na função (FS2), sexo (FS3) e idade (FS4), indicando que tanto as variáveis da evocação como as variáveis sociodemográficas e profissionais foram capazes de prever os *scores* de Desumanização ($p < .05$). Com estas variáveis conseguimos explicar aproximadamente 25,1 % do fator Deceção; todavia, as demais variáveis analisadas não são estatisticamente significativas para explicar este fator.

Destaca-se o Medo (FE3) como sendo a variável que estabelece uma maior associação com a Desumanização (FB2), correspondendo-lhe um maior coeficiente beta (0,811) em comparação com todas as cinco regressões (Tabela 7). Esta variável explica, por si, 4,6% dos *scores* da variância da Desumanização, uma relação diretamente proporcional.

É possível que a evocação Medo, relacionada ao constructo da síndrome de *burnout*, se traduza negativamente em sentimentos característicos de desumanização no ambiente laboral. A desumanização expressa-se pelo cinismo, ironia e indiferença em relação ao que acontece a outras pessoas.

Tabela 7

Análises de regressão hierárquica (variável dependente = Desumanização, FB2)

Regressões/Variáveis independentes	R ²	Beta	T	Significância
Primeira regressão				
(constante)	0,046		46,670	<0,05
FE3 – Medo		0,771	2,077	<0,05
Segunda regressão				
(constante)	0,088		41,231	<0,05
FE3 – Medo		0,811	2,218	<0,05
FS1 – Renda		0,189	2,013	<0,05
Terceira regressão				
(constante)	.133		27,946	<0,05
FE3 – Medo		0,736	2,041	<0,05
FS1 – Renda		0,200	2,168	<0,05
FS2 – Tempo de trabalho função		-0,001	-2,118	<0,05
Quarta regressão				
(constante)	.197		24,537	<0,05
FE3 – Medo		0,631	1,797	<0,05
FS1 – Renda		0,232	2,576	<0,05
FS2 – Tempo de trabalho função		-0,001	-2,291	<0,05
FS3 – Sexo masculino		0,194	2,620	<0,05
Quinta regressão				
(constante)	0,251		9,959	<0,05
FE3 – Medo		0,618	1,810	<0,05
FS1 – Renda		0,237	2,709	<0,05
FS2 – Tempo de trabalho função		0,001	1,084	<0,05
FS3 – Sexo masculino		0,225	3,088	<0,05
FS4 – Idade		-0,019	-2,476	<0,05

Embora a variável independente medo (FE3) seja a principal em relação a variável dependente desumanização, pelo maior coeficiente beta em todas as equações, este coeficiente decresceu entre a segunda e a terceira equação, o que significa que as variáveis independentes renda e tempo de trabalho na função intermedeiam a relação existente entre a variável independente medo e a variável dependente desumanização.

De igual modo, na transição da evocação medo entre a terceira e a quarta equação, destaca-se que a variável sexo masculino intermedeia as variáveis da regressão. Da mesma maneira, na transição do “medo” da quarta para quinta equação, a variável idade assume o papel intermédio, juntamente com as restantes variáveis da equação.

A partir da análise dos dados da regressão também se pode afirmar que as variáveis sociodemográficas e profissionais apontadas apresentam uma relação diretamente proporcional (beta positivo) com a variável dependente desumanização. São estas: a renda inferior a 15 s.m. (FS1), o tempo de trabalho na função (FS2) e a variável de género ser do sexo masculino (FS3), repercutindo-se negativamente na desumanização.

Deste modo, as variáveis renda, tempo de trabalho na função, sexo masculino e a idade podem contribuir para um comportamento desumanizado, marcante neste grupo profissional. Benevides-Pereira (2002) afirma não que não existe consenso entre estudos que analisaram a relação entre a síndrome de *burnout* e as variáveis sexo e tempo na função; entretanto, a sobrecarga de trabalho tem sido apontada como uma das variáveis mais predisponentes à síndrome.

Os dados referentes à idade corroboram outros estudos da síndrome de *burnout* que observaram maior incidência em profissionais mais jovens (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Entretanto, o comportamento desumanizado não se confirma com o avanço da idade, já que a variável Idade (FS4) encontra-se numa relação inversamente proporcional com o tempo de trabalho na função. Mediante este cenário, é provável que profissionais de saúde mais jovens, envolvidos em contexto com elevadas cargas de trabalho, estejam mais propensos a terem uma atitude desumanizada em relação aos colegas de trabalho, chefes, utentes e respetivos familiares.

A última regressão (Tabela 8) apresenta a Deceção (FB3) como variável dependente. O modelo de regressão final é composto pelas variáveis: Cansaço (FE4), Ansiedade (FE2), Idade (FS4) e Religião espiritual (FS5). Nota-se que a regressão foi composta por variáveis independentes dos dois blocos, com destaque para o aparecimento, pela segunda vez, dos elementos Ansiedade e Cansaço, sendo que o primeiro apareceu anteriormente associado à variável dependente Exaustão Emocional e o segundo compôs a regressão da variável dependente Desumanização.

De modo igualmente relevante, destaca-se o aparecimento da variável Religião (FS5) nesta regressão, como sendo a primeira participação de uma variável independente que pode ser perspectivada enquanto indicador de apoio social ($p < 0,05$). Esta variável explica aproximadamente 20,6% do fator Deceção, sendo que as demais variáveis testadas não são estatisticamente significativas para explicar este fator.

Tabela 8

Análises de regressão hierárquica (variável dependente = Deceção, FB3)

Regressões/Variáveis independentes	R ²	Beta	T	Significância
Primeira regressão				
(constante)	0,058		23,616	<0,05
FE4 – Cansaço		-0,275	-2,343	<0,05
Segunda regressão				
(constante)	0,102		23,571	<0,05
FE4 – Cansaço		-0,290	-2,514	<0,05
FE2 – Ansiedade		0,438	2,066	<0,05
Terceira regressão				
(constante)	0,155		10,338	<0,05
FE4 – Cansaço		-0,316	-2,789	<0,05
FE5 – Ansiedade		0,397	1,914	<0,05
FS4 – Idade		-0,013	-2,345	<0,05
Quarta regressão				
(constante)	0,206		10,400	<0,05
FE4 – Cansaço		-0,303	-2,739	<0,05
FE5 – Ansiedade		0,302	1,463	<0,05
FS4 – Idade		-0,013	-2,471	<0,05
FS5 – Religião		0,337	2,347	<0,05

Observa-se que os valores dos coeficientes beta finais, correspondentes a cada variável, foram segundo a ordem de aparecimento (Tabela 8): 0,302 (ansiedade); 0,337 (religião espiritual); -0,013 (idade); -0,303 (cansaço). Nota-se que a ansiedade e a religião

espiritual estão associadas numa perspectiva diretamente proporcional (beta positivo). Ao contrário, o cansaço e a idade associam-se à variável dependente Deceção numa relação inversamente proporcional (beta negativo).

Era esperado que a palavra ansiedade se figurasse desta forma, já que pode agregar um valor negativo em relação ao objeto de representação síndrome de *burnout*, na forma de decepção. Portanto, é plausível que a ansiedade apresente-se nesta relação com a variável dependente Deceção, na medida em que esta dimensão afetiva da representação da síndrome de *burnout* contribua de forma negativa, podendo predispor sentimentos de decepção em relação ao trabalho, vivenciados pelos profissionais de saúde no hospital. Tais sentimentos de decepção incluem a insatisfação com as atividades laborais, um sentimento de insuficiência em relação ao trabalho, baixa autoestima, sensação de fracasso profissional e desmotivação, revelando baixa eficiência no trabalho.

Todavia, os resultados para a variável religião (espiritual) não corresponderam ao que era esperado. Presumia-se que a religião como uma variável de apoio social contribuísse para a diminuição da vivência dos sentimentos de decepção, referidos no parágrafo supracitado. É provável que o impedimento evidenciado pelo realizar de um trabalho significativo tenha sido confrontando aos valores dos profissionais, em especial por aqueles que são seguidores da religião espiritual e, por conseguinte, tenha contribuído para um sentimento de decepção por parte dos profissionais em relação ao seu trabalho.

De forma geral, assinala-se que todas as análises de regressão apresentadas explicam uma proporção relevante da variância, demonstrando a influência que as variáveis independentes (psicossociais e sociodemográficas) possuem em relação à variável dependente síndrome de *burnout*. Destacando-se o primeiro bloco de variáveis independentes, constituído pelas palavras evocadas, com base no qual é possível afirmar que tais variáveis psicossociais apresentaram-se como associadas aos fatores da síndrome de *burnout*, apontando a síndrome como um fenómeno processual. Nesta relação, as variáveis sociodemográficas e profissionais atuaram como mediadoras, contribuindo para a dinamicidade desta associação de variáveis.

É possível debater acerca do significado das variáveis psicossociais, em termos de representação social da síndrome de *burnout*, especialmente a partir da análise das evocações. As palavras *impaciência e ansiedade* formam a segunda periferia no quadro de quatro casas (Tabela 1) da representação social da síndrome de *burnout*, juntamente com a palavra *medo*. O cansaço configura-se como elemento do núcleo central, conforme aponta o quadro de quatro casas (Tabela 1) da representação.

APROXIMAÇÕES ENTRE A OCORRÊNCIA DA SÍNDROME DE *BURNOUT* E AS SUAS CONSTRUÇÕES SIMBÓLICAS

Os médicos e os enfermeiros da equipa cirúrgica do hospital que participaram no estudo apresentaram-se acometidos pela Síndrome de *burnout*, constatando-se que a renda, o tempo de trabalho na função, o sexo e a idade atuaram como variáveis moderadoras na relação entre a síndrome de *burnout* e as suas representações. A síndrome de *burnout* desafia os profissionais, marcando de forma negativa o seu estado de saúde. Os resultados comprovaram a dimensão conceitual do fenómeno, principalmente pela presença do elemento stresse, demonstrando que o grupo possui um conhecimento compartilhado acerca da síndrome. Este conhecimento atua ao ampliar as possibilidades de lidar com a síndrome, limitando o seu desenvolvimento.

O componente físico da representação da síndrome de *burnout* caracterizou-se pelos elementos formadores da sua estrutura. Relativamente à componente física, evidenciou-se o cansaço e a fadiga, possivelmente associados às características do trabalho em saúde. Identificaram-se, adicionalmente elementos que expressam a dimensão afetiva da síndrome, representada pelo desânimo, medo e tristeza.

O negativismo manifesto na representação social da síndrome de *burnout* caracterizou os elementos do núcleo central da representação social do grupo total, presente nos conceitos de *cansaço* e *depressão*. No entanto, também entre os elementos do sistema periférico estão presentes a *ansiedade* e *doença*, ambos conceitos de índole negativista.

Observou-se que a caracterização da representação social da síndrome de *burnout* configurou-se pelo negativismo dos aspectos que permearam a sua construção, refletindo-se nos sentimentos, atitudes e afetos dos profissionais de saúde. Observou-se a existência de uma relação dialética entre aspectos individuais e sociais nesta representação, na medida em que “as experiências comuns aos membros de um mesmo grupo, decorrentes de uma mesma inserção no campo das relações sociais, suscitam representações semelhantes” (Vala, 2000, p. 476).

Observou-se ainda a relação entre a síndrome de *burnout* e as variáveis psicossociais formadas pelas principais palavras evocadas. Relewa-se que tal relação possui um carácter associativo entre as variáveis psicossociais e o objeto síndrome de *burnout*. Neste sentido, remonta-se à importância destas variáveis para a orientação e organização das práticas dos profissionais de saúde no hospital. Tendo em consideração a funcionalidade das representações, relembram-se as funções identitária e de orientação das representações sociais, descritas por Abric (1998), que definem a identidade do grupo, guiando o comportamento e as práticas sociais. Assim, é possível que as evocações que se associaram ao objeto do estudo ecoem negativamente em sentimentos característicos

da síndrome de *burnout* no ambiente analisado, apontando para a relação existente entre as representações e as práticas sociais no âmbito hospitalar.

Relativamente à funcionalidade da representação social, destaca-se o importante papel desempenhado pelo sistema periférico para o entendimento do fenómeno do *burnout*, articulando três elementos deste sistema na análise de regressão dos dados, abrindo caminho para se pensar na relevância da periferia para a análise da representação social da síndrome de *burnout*.

CONCLUSÕES

A constatação da associação das representações sociais à síndrome de *burnout*, observada neste estudo, foi um aspecto essencial para o mapeamento deste campo do saber associado à influência que as variáveis sociais, demográficas e profissionais possuem para a criação de ações direcionadas para os profissionais.

A relevância da dimensão física e afetiva na descrição da sua representação aludiu para o conhecimento acerca da profissão e da síndrome, especialmente no contexto cirúrgico. O carácter negativista associado à representação social da síndrome de *burnout* corroborou a realidade vivenciada em organização de saúde, expressa em aspectos negativos do trabalho, podendo repercutir-se na saúde, com a incidência e desenvolvimento do *burnout*.

A relevância dos resultados encontrados poderá contribuir para o avanço do campo teórico da síndrome de *burnout*, sobretudo no que se refere à determinação e desenvolvimento da síndrome, reforçando o entendimento de aspectos referentes ao seu diagnóstico, ao trabalho dos profissionais de saúde, com vista à prevenção e melhoria da saúde deste grupo, espelhando-se positivamente nos serviços de saúde prestados à sociedade.

SÍNTESE

A magnitude da investigação em torno do tema da síndrome de *burnout* e respetivas representações na realidade hospitalar pode colaborar positivamente para o incremento das condições de trabalho, contribuindo para o bom funcionamento do contexto laboral, fortalecendo os reflexos positivos no atendimento ao público e na saúde dos seus recursos humanos, utentes e sociedade como um todo. Assim, o desenvolvimento do presente estudo integra reflexões que apontam para o tema das Organizações, do Trabalho, dos Recursos Humanos, da Saúde e da Gestão no âmbito hospitalar.

Os dados recolhidos contribuem para a reavaliação de aspectos na ordem laboral, gestão de recursos humanos e do ambiente organizacional hospitalar, na medida em que estes desempenham um papel fundamental no bem-estar dos profissionais de saúde. Esta dinâmica pode repercutir-se, quando em situações extremas, no bom funcionamento do hospital e dos contextos clínicos, com sérios prejuízos para o bem-estar e saúde dos profissionais de saúde (na forma de stress e da síndrome de *burnout*). Esta realidade compromete a atuação profissional, afectando negativamente o atendimento dos utentes, colocando em risco o seu estado clínico. Por fim, o presente trabalho pode contribuir para uma compreensão mais ampla dos fenómenos estudados, na realidade carioca e no contexto hospitalar, como também para a necessidade de teorização, estudo empírico e intervenção nos domínios apontados, transpondo possíveis projeções dos resultados para outras áreas profissionais, valorizando o estudo associado das representações sociais e da síndrome de *burnout* em contexto nacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abric, J. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. In A. S. Moreira, & D. C. Oliveira (Orgs.), *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 27-38). Goiânia, Brasil: AB.
- Abric, J. (2003). Abordagem estrutural das representações sociais: Desenvolvimentos recentes. In P. H. Campos, & M. C. Loureiro (Orgs.), *Representações sociais e práticas educativas* (pp. 36-47). Goiânia, Brasil: UCG.
- Benevides-Pereira, A. M. (2002). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Borges, L. O., Argolo, J. C., & Baker, M. C. (2006). Os valores organizacionais e a síndrome de *burnout*: Dois momentos em uma maternidade pública. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(1), 34-43.
- Borges, L. O., Filho, A. A., Tamayo, A., Tróccoli, B., Dutra, E. M., Maranhão, J., . . . Santos, Y. F. (2005). *Os profissionais de saúde e seu trabalho*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Dias, S., Queirós, C., & Carlotto, M. S. (2010). Síndrome de *burnout* e fatores associados em profissionais da área da saúde: Um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia*, 32(1), 4-21.
- Gawryszewski, A. R., Oliveira, D. C., & Gomes, A. M. (2012). Acesso ao SUS: Representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas centrais de regulação. *Physis*, 22(1), 119-140.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): Una enfermedad laboral em la sociedad del bienestar*. Madrid, España: Pirámide.
- Gonçalves, T. B., Leitão, A. K., Botelho, B. S., Marques, R. A., Hosoume, V. S., & Neder, P. R. (2011). Prevalência de síndrome de *burnout* em professores médicos de uma universidade pública em Belém do Pará. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 9(2), 85-89.

- Hyeda, A., & Handar, Z. (2011). Avaliação da produtividade na síndrome de *burnout*. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 9(2), 78-84.
- Jodelet, D. (2001). *As representações sociais*. Rio de Janeiro, Brasil: EdUERJ.
- Lorenz, V. R., Benatti, M. C., & Sabino, M. O. (2010). *Burnout* e stress em enfermeiros de um hospital universitário de alta complexidade. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 18(6), 1-8.
- Marques-Pinto, A. (2001). *Burnout profissional em professores portugueses: Representações sociais, incidência e preditores* (Tese de Doutorado não-publicada). Universidade de Lisboa, Portugal.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach burnout inventory manual*. Palo Alto, USA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job *burnout*. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. (2006). *Reunião regional dos observatórios de recursos humanos em saúde nas américas. Chamado a Ação de Toronto: 2006-2015: Rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas américas*. Brasília, Brasil: Autor. Recuperado de www.paho.org/ação-toronto-2006-2015-pdf.
- Moscovici, S. (2003). *Representações sociais: Investigações em psicologia social*. Petrópolis, Brasil: Vozes.
- Moscovici, S. (2012). *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis, Brasil: Vozes.
- Oliveira, D. C., Marques, S. C., Gomes, A. M., Teixeira, M. C., & Amaral, M. A. (2005). Análise das evocações livres: Uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In A. S. Paredes (Org.), *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais* (pp. 573-603). João Pessoa, Brasil: Editora Universitária UFPB.
- Oliveira, L., & Chaves-Maia, E. (2008). Saúde psíquica dos profissionais de saúde em hospitais públicos. *Revista de Salud Pública*, 10(3), 405-413.
- Pinzón, J. G., Ribas, J. B., Uribe-Rodríguez, A. F., Acevedo, J. F., & Sánchez, M. P. (2011). El Capitalismo organizacional como factor de riesgo Psicosocial: Efectos psicológicos colaterales de las nuevas condiciones de trabajo en hospitales y universidades de naturaleza pública. Resultados Santander, Colombia. *Psicología do Caribe*, 28,166-196.
- Sá, C. P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro, Brasil: EdUERJ.
- Sá, C. P. (2002). O campo de estudo das representações sociais. In C. P. Sá (Ed.). *Núcleo central das representações sociais* (pp. 29-50). Petrópolis, Brasil: Vozes.
- Santos, E. C. (2010). *Representações sociais da Psicologia do Trabalho: O olhar de formandos em Psicologia da Universidade Federal do Pará* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Pará, Brasil.

- Santos, A. F., & Cardoso, C. L. (2010). Profissionais de saúde mental: Stress, *coping* e qualidade de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 543-548.
- Tamayo, M. R. (2002). *Burnout: Relações com afetividade negativa, o coping no trabalho e a percepção de suporte organizacional* (Tese de doutorado não publicada). Universidade de Brasília, Brasil.
- Tamayo, M. R., Argolo, J. C., & Borges, L. O. (2005). *Burnout* em profissionais de saúde: Um estudo com trabalhadores do município de Natal. In L. O. Borges (Org.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho* (pp. 223-246). São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Tamayo, M. R., & Tróccoli, B. T. (2009). Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do *Burnout* (ECB). *Estudos de Psicologia*, 14(3), 213-21.
- Vala, J. (2000). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In J. Vala, & M. B. Monteiro (Orgs.), *Psicologia Social* (pp. 457-474). Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian,
- Vergès, P. (1999). *Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations: Manuel version 2005*. Aix-en-Provence, France: Laboratoire Méditerranéen de Sociologie.

CAPÍTULO II

DO *BURNOUT* AO ENGAJAMENTO – UMA MOEDA, DUAS FACES?

RUI GIL COELHO CRISTINO MAMEDE
PATRÍCIA MARTINS FAGUNDES CABRAL

Resumo: A exploração científica do conceito de *burnout* remonta ao início dos anos 70 do século passado, com os trabalhos de Herbert Freudenberger e Cristina Maslach. O *burnout* despertou, desde o seu momento mais embrionário, interesse tanto de âmbito clínico como ao nível de disciplinas como a psicologia social e das organizações. No primeiro caso, foi notável um enfoque fundamentalmente interventivo, sendo assinalável a preocupação pela exaustividade no mapeamento de sintomatologia associada ao fenómeno; já no segundo, este caracterizou-se por um incremento de estudos empíricos e de contributos ao nível dos instrumentos de medida. Próximo deste espaço teórico, o conceito de engajamento no trabalho (*work engagement*) surge associado à perspetiva positiva do estudo da qualidade de vida no trabalho, e a sua expressão é descrita por momentos em que os agentes expressam níveis extraordinários de envolvimento e comprometimento aos níveis físico, cognitivo, emocional e mental, fruto de um elevado grau de identificação com o trabalho. O presente trabalho procura explorar os limites teóricos dos conceitos em causa, suas aporções empíricas recentes, bem como distender sobre a hipótese de estes ocuparem polos opostos de um mesmo contínuo.

Palavras-chave: burnout; engajamento; qualidade de vida; trabalho

Abstract: Scientific exploration of the burnout concept dates back to the beginning of the 1970s, with works such as those by Herbert Freudenberger and Cristina Maslach. Ever since its inception, burnout stirred interest both from the clinical as well as the organizational and social psychology ends. In the former, remarkable focus was put on intervention, namely in what concerns the exhaustivity of the mapping of corresponding symptomatology; regarding the latter, considerable attention was given to empirical

studies and significant contributions were made to measurement instruments. The concept of work engagement is theoretically proximate and comes associated to the positive view of the study of quality of life in the workplace; it is illustrated by employees expressing themselves physically, cognitively, emotionally and mentally with outstanding involvement and commitment as a result of greatly identifying with the work they are pursuing. The work we hereby present seeks to explore the theoretical boundaries of the aforementioned concepts, recent empirical findings, as well as to investigate the possibility of integrating them as opposite sides of a continuum.

Keywords: burnout; engagement; quality of life; work

INTRODUÇÃO

Os seres humanos são seres dinâmicos. Nas suas várias dimensões – como o são a física e psicológica, mas também a material e espiritual – procuram permanentemente tender para uma forma de equilíbrio, que de um ponto de vista pragmático equivale a que estejam reunidas as condições mais favoráveis à manutenção da sua sobrevivência. No entanto – e mantendo-nos em linha com esta perspetiva que estabelece uma analogia com a noção de sistema – não são poucas as condicionantes que vêm introduzir perturbações ao funcionamento de um equilíbrio que é, por isso, necessariamente frágil. Estas perturbações podem materializar-se no seio de construções eminentemente humanas, como o é o trabalho. De facto, não são raras as vezes em que o ser humano se vê ultrapassado pelos desafios por si aceites, e a eficácia, qualidade e retorno do seu esforço são menores do que o esperado. Mas também momentos há em que consegue encontrar em si uma força que o conduz e aparenta transcendê-lo, levando-o a concretizar façanhas previamente inimagináveis e que o fazem aproximar-se da plenitude. Esta multiplicidade de formas de ser e estar constitui a própria natureza que é intrínseca ao ser humano.

Cabe aqui à psicologia, nos limites da sua esfera de responsabilidade, colocar questões e propor respostas relevantes para que estes processos sejam devidamente destrinchados, bem como alicerçadas propostas de solução aos desafios seus concomitantes. Vale a pena, porventura, trabalhar no sentido de propor leituras que procurem ser assentes em métodos investigativos sistemáticos para fenómenos que estão ao nosso alcance procurar esclarecer. É com esse intuito que nos debruçamos sobre as temáticas do *burnout* e do engajamento no trabalho ao longo do presente texto, aspetos que têm vindo a ocupar uma atenção cada vez mais significativa por parte dos especialistas em saúde laboral e qualidade de vida no trabalho. Ao longo das próximas secções vamos procurar definir conceptualmente estes constructos e apresentar uma série de estudos empíricos

que os investiguem; exploramos também a variabilidade na interpretação da relação entre *burnout* e engajamento, terminando, então, com a enunciação de alguns registos que ilustram a articulação com a aplicação prática.

DESENVOLVIMENTO

O *burnout* – contextualização histórica e conceptual

A exploração científica do conceito de *burnout* remonta ao início dos anos 70, com os trabalhos de Herbert Freudenberger (1974) e Cristina Maslach (1976). Termo com correspondência nominal em muitas línguas cujos países têm servido de berço para grande parte da investigação levada a cabo sobre o tema, a sua conceptualização informal tinha, no entanto, ocorrido já muito antes disso. A título de exemplo podemos citar uma das obras do escritor laureado com o Prémio Nobel da literatura, Thomas Mann. Em *Os Buddenbrooks*, obra largamente autobiográfica em que relata a queda de uma família burguesa alemã do final do século XIX, são óbvias as descrições preliminares daquilo que havia, mais tarde, de tomar forma como o constructo científico de *burnout*. Outra ilustração ainda percussora às formulações de Maslach e Freudenberger é a de Morris Schwartz e Gwen Will, relativa a Miss Jones, uma enfermeira da ala de doentes crónicos de um hospital psiquiátrico: nela dá-se-nos conta dos seus sentimentos de crescente desencantamento e desmotivação, conduzindo a que, progressivamente, os cuidados por si prestados passassem a ser cada vez mais indiferentes e o seu absentismo ascendente.

Assim, o ponto de partida do *burnout* como campo formal de estudo dá-se apenas nos anos 70 do século passado (Freudenberger, 1974; Maslach, 1976). Este surgimento não foi estranho ao contexto social, económico e histórico da época (Pinto, Lima, & Silva, 2008) e deu-se como resultado de necessidades pragmáticas sentidas no âmbito profissional, particularmente dos funcionários das áreas de cuidado/ajuda – médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, professores, polícias, etc.¹

No início da década de 1970, Freudenberger (1974) descreve um estado de exaustão emocional, perda de motivação e de empenhamento, em que viu mergulharem os voluntários que consigo trabalhavam. Mais ou menos paralelamente, Maslach (1976)

1 A propósito das transformações de diversa ordem que influenciaram o surgimento deste constructo, Gil-Monte (2005) refere o ritmo de vida da sociedade ocidental como uma das fontes do aumento do stress laboral, e dos problemas a ele associados, como o aumento de acidentes laborais, taxa de absentismo e de *turnover* nos colaboradores, bem como a diminuição do compromisso organizacional.

levava a cabo uma investigação relacionada com a emotividade no trabalho, e acabou mais tarde por contribuir com duas peças fundamentais para a conceptualização do *burnout* como constructo científico: a construção da escala de medida MBI – *Maslach Burnout Inventory* (Maslach & Jackson, 1986; Maslach, Jackson, & Leiter, 1996) – e o desenvolvimento do seu modelo multidimensional de *burnout* (Maslach, 1998). Outros instrumentos, derivados deste, foram construídos posteriormente procurando responder à necessidade de avaliar outras populações: o MBI-ES (*Maslach Burnout Inventory - Educators Survey*, destinado a Professores e outros educadores), e MBI-GS (*Maslach Burnout Inventory - General Survey*), lançado com o intuito de ser aplicável à generalidade da população – precipitava-se, assim, a necessidade de clarificação quanto ao âmbito da primeira versão, que passou a designar-se, então, MBI-HSS (*Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey*).

Gil-Monte (2005) refere que o *burnout* deve ser encarado como uma forma de assédio psicossocial no trabalho, devido à pressão que é exercida pelo meio laboral e social do trabalhador, provocando sentimentos de desgaste e esgotamento generalizados; o autor esclarece, assim, que a fonte desta forma de pressão é o meio envolvente do trabalhador, e não ele próprio. Maslach, Schaufeli, e Leiter (2001) definem sucintamente as três dimensões amplamente reconhecidas como basilares para o constructo teórico do *burnout*: em primeiro lugar, a exaustão; este é o aspeto que é geralmente mais diretamente associado ao fenómeno, e é caracterizado por um distanciamento emocional e cognitivo do indivíduo para com o seu trabalho. A segunda é o cinismo: quando o indivíduo demonstra uma atitude de indiferença face à sua função, a par de um certo fenómeno de despersonalização. Por fim, a terceira dimensão toma a forma de baixa eficácia laboral, e refere-se a uma perda efetiva de produtividade – este elemento foi identificado como podendo ser fruto, ou não, de uma combinação das restantes duas, vigorando, a esse respeito, ainda hoje um debate na comunidade científica.

Segundo Pinto et al. (2008), o *burnout* despertou interesse, desde o seu momento mais embrionário, tanto no âmbito clínico, em que predomina uma visão individual do fenómeno, como numa vertente mais diretamente relacionada com a psicologia social e das organizações, que diz respeito a uma dimensão mais coletiva. No primeiro caso, foi notável um interesse fundamentalmente interventivo e era assinalável a preocupação pela exaustividade no mapeamento de sintomatologia associada ao fenómeno. Perante a abundância de sintomas identificados, alguns autores procuraram sistematizá-los sob a forma de categorias. Os desenvolvimentos que contribuíram para o estabelecimento do *burnout* como um conceito demasiado abrangente acabaram por conduzir ao seu descrédito temporário: havia necessidade de balizar com precisão o significado do termo, sob pena de este poder servir de epíteto para um leque demasiado alargado de situações caracterizadas pela incapacidade dos sujeitos em encetar comportamentos de *coping*.

Relativamente à vertente mais relacionada com a psicologia social e das organizações, esta caracterizou-se por um incremento de estudos empíricos e de contributos nos instrumentos de medida ao longo dos anos 80 (Maslach et al., 1996). Por esta altura, já a investigação tinha atravessado as fronteiras dos seus países de origem, nomeadamente os EUA, e focava-se principalmente em relacionar este fenómeno com variáveis externas e envolventes dos sujeitos, afastando-se assim da busca de fatores baseados em diferenças individuais, aspeto fundamental da abordagem clínica.

Já nos anos 90, o enfoque passou a estar na tentativa de corrigir algumas das limitações teóricas e metodológicas em que a investigação nesta área tinha incorrido até aí – tal tentativa notou-se por via do surgimento de estudos longitudinais, tendência crescente neste período, bem como de uma integração teórica mais consistente, a par da ampliação do âmbito de estudo deste fenómeno a novas profissões (Pinto et al., 2008). Para Pinto et al. (2008), já nos anos 2000 – e até aos dias de hoje – instalou-se a perspetiva positiva do estudo do *burnout*, e acoplada a si veio o conceito de *job engagement*, sob a forma de um contínuo em que ambos os conceitos surgem nos limites opostos do mesmo: um representa a antítese do outro. Este pressuposto tem, no entanto, vindo a ser progressivamente clarificado, e o consenso quanto a esta conceptualização, presentemente, já não é tão avassalador. Para além disso, o *burnout* mantém-se como um conceito cujas fronteiras estão ainda por clarificar quando relacionado, por exemplo, com outros constructos, como o stresse profissional.

Relativamente à fronteira traçada entre os dois, Gil-Monte (2005) clarifica que o *burnout* surge normalmente como resposta ao stresse profissional, aquando da sua emergência sob uma forma crónica. O autor acerva ainda que o *burnout* deve ser encarado como uma forma de assédio psicossocial (Gil-Monte, 2005, p. 35), distanciando-o, no entanto, do assédio psicológico, ou mobbing, que toma efeito fundamentalmente em contexto grupal. Em comum, estes dois tipos de assédio têm o facto de em ambos os casos o stresse se gerar no seio de relações interpessoais, contudo, o autor esclarece que, no caso do assédio psicológico, a vítima fica sujeita a uma fonte de stresse laboral em virtude de se sentir indefesa e desamparada face às agressões a que está a ser sujeita, durante um período prolongado de tempo, e num contexto de conflito interpessoal assimétrico – isto é, em que a vítima não retribui sobre o agressor a mesma dimensão de poder. Já no caso do *burnout*, o indivíduo não é sujeito a qualquer forma de perseguição por parte do grupo e o stresse advém fundamentalmente da degradação na qualidade do trabalho realizada pelo sujeito, e consequentes sentimentos de culpa e desânimo, convertendo-se mais tarde em stresse laboral crónico (Gil-Monte, 2005)².

2 Convém, contudo, referir que a investigação atestou já que a síndrome de *burnout* não é exclusiva das profissões ditas *de ajuda*, podendo, igualmente, ser identificada fora do contexto dos serviços de cariz social (e.g., Maslach et al., 2001).

Segundo Sanches (2016), o Barómetro de Riscos Psicossociais da Associação Portuguesa de Psicologia da Saúde Ocupacional (APPSO) apresentou recentemente perante a Assembleia da República Portuguesa o *Relatório de Avaliação de Perfil de Risco Psicossocial – A gestão de Pessoas e Organizações Saudáveis*, em que divulgou algumas estatísticas referentes à saúde ocupacional em Portugal. Segundo este relatório, em 2013 a percentagem de trabalhadores em Portugal que se encontrava em situação de *burnout* era de 15%, representando um aumento significativo face a 2009, quando o país contava apenas com 9% de trabalhadores afetados; já o número de trabalhadores que relatou ser afetado por problemas de stresse quase que duplicou quando comparados estes dois períodos temporais, passando de 36% em 2008 para 62% em 2013. Estes valores foram revistos em janeiro de 2016, com dados relativos a 2015: a proporção de trabalhadores a apresentar sinais de *burnout* era então já de 17,3% (Sanches, 2016).

Já num relatório publicado em 2009, a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho tinha alertado que o stresse relacionado com o trabalho representava um dos maiores desafios de saúde e segurança que a União Europeia (EU) enfrenta na atualidade, nomeando-o como o segundo problema de saúde relacionado com o trabalho de que os cidadãos da UE mais se queixam, estimando-se que cerca de 22% do total dos trabalhadores europeus dele sofra – estes valores ascendem a 28% se tivermos em atenção os dados referentes exclusivamente a Portugal, a 34% se considerarmos em particular as áreas de saúde e educação, e ainda a 41% para os sectores de transportes e comunicações (o que representa o 4.º valor mais elevado da UE17 – âmbito em que foram recolhidos os dados³).

ENQUADRAMENTO

O engajamento no trabalho

O engajamento no trabalho surge, assim, associado à perspetiva positiva do estudo da qualidade de vida no trabalho. O seu aparecimento como constructo teórico é, no entanto, anterior: a sua conceptualização foi inicialmente registada por Kahn (1990) como tomando forma em momentos em que as pessoas se expressam de forma notável aos níveis físico, cognitivo, emocional e mental durante o desempenho das suas funções laborais, fruto de experimentarem um elevado grau de identificação com o seu trabalho.

Kahn (1990) vai mais longe e nomeia a existência de uma dialética entre o indivíduo e o trabalho por si desempenhado, de forma a que ambos – bem como a organização

3 Os resultados do estudo esclarecem também que, a nível europeu, os setores de saúde/educação e agrícola são aqueles em que mais se verifica a existência de stresse laboral.

em que estejam inseridos – saiam potenciados desta dinâmica; o autor introduz os conceitos de *personal engagement* e *personal disengagement*, que refletem, justamente, a aplicação do seu *eu preferido* à função por si desempenhada, e aquilo a que o autor chama *presença pessoal* – no fundo, um estado mental em que se verifica a canalização da energia pessoal do sujeito nas tarefas em que está a concentrar-se (Schaufeli & Bakker, 2010)⁴.

De uma forma geral, a expressão *work engagement* descreve o envolvimento, o comprometimento, a paixão, o entusiasmo, a absorção, o esforço concentrado e a energia (Schaufeli & Bakker, 2010), sempre que tal é observável a propósito da prática laboral; numa outra definição, acerva-se que se trata de um estado de bem-estar relacionado com o trabalho que é positivo, satisfatório, motivacional e afetivo (Leiter & Bakker, 2010). Não existe, contudo, unanimidade quanto ao tema entre autores. De facto, ao mesmo tempo que este fenómeno se apoia numa certa ideia de fórmula que permita aceder a um reservatório quase inesgotável de energia, também há autores que assinalam que a criatividade, a iniciativa e o comprometimento, são elementos por si só de uma incontornável importância para as organizações, e que apenas são traduzíveis num bom desempenho no dia-a-dia dos colaboradores se for possível proporcionar-lhes um elevado grau de envolvimento. Leiter e Bakker (2010) também colocam o engajamento numa posição antitética à do *burnout*, e referem que a comunidade científica já aceita sem reticências a existência das dimensões energética e de identificação laboral relativas a este constructo.

Ainda no que diz respeito à inclusão do *burnout* e do engajamento em polos distintos de um mesmo contínuo, torna-se incontornável fazer uma resenha da sua evolução: começou-se por associar ao engajamento no trabalho as pontuações que no MBI seriam opostas às expectáveis nos casos de *burnout*, e atribuiu-se os nomes de energia, envolvimento e eficácia aos correspondentes simétricos de exaustão, cinismo e baixa eficácia laboral. Já mais tarde, e segundo Pinto et al. (2008), um conjunto de investigadores (Schaufeli, Salanova, González-Romá, & Bakker, 2002) estenderam o desenvolvimento conceptual, metodológico e empírico desta abordagem, ao medir os dois fenómenos com recurso a instrumentos diferentes. Assim, foram identificadas duas dimensões fundamentais (Schaufeli et al., 2002): a primeira, a que foi dado o nome de ativação, tomava a forma de um contínuo, que ia desde a exaustão (*burnout*) ao vigor (engajamento); e a segunda, sob a designação de identificação, por sua vez, ia do cinismo (*burnout*) à dedicação (engajamento). Por fim, a baixa eficácia laboral (caracterizadora do estado de *burnout*) e a absorção (caracterizadora do engajamento no trabalho) diferem das restantes

4 Para os referidos autores, a terminologia associada ao fenómeno permanece, no entanto, conotada de um carácter dúbio: de facto, a temática do engajamento no trabalho tem sido usada de forma ampla como recurso publicitário de incentivo à contratualização de serviços de intervenção organizacional, em que a informação científica nem sempre é manipulada da forma mais escrupulosa.

dimensões por não se diferenciarem ao longo de um contínuo, formando antes objetos conceptualmente distintos – as ideias adjacentes aos conceitos de absorção e *flow* são-lhes conceptualmente próximas⁵.

Um pouco na linha preconizada por Kahn (1990), Leiter e Bakker (2010) que defendem que o engajamento no trabalho é um estado psicológico motivacional que, quando ativado, faz com que os indivíduos lutem no sentido de vencer os desafios com que são confrontados, de forma entusiasta e em que experienciam uma distorção da dimensão temporal – referindo-se, no fundo, a algo correspondente ao efeito de *flow*: “um estado ótimo de experiência caracterizado por uma atenção especial, uma mente clara e uma harmonia com o corpo, concentração sem esforço, perda de autoconsciência [...] e prazer intrínseco” (Pocinho & Perestrelo, 2011, p. 520). Devemos salientar também a proximidade desta conceção com a noção de resiliência, característica que permite às pessoas “responder satisfatória e saudavelmente aos processos de mudança e de incerteza ao longo da vida” (Cabral & Brustolin, 2010, p. 285). Apesar de sentirem os “medos e apreensão” habituais relacionados com situações de mudança, pessoas com características de resiliência conseguem, contudo, “manter a sua produtividade, qualidade e competência, assim como o equilíbrio da sua saúde emocional, física e social, ao mesmo tempo em que vencem desafios e alcançam a maioria dos objetivos, sejam eles pessoais ou coletivos” (Cabral & Brustolin, 2010, p. 286). Trata-se de um conjunto de características que se verificam em níveis variáveis nos sujeitos e cuja propensão pode ser desenvolvida.

À medida que se vai procurando recolher mais dados tendo em vista clarificar se os fenómenos de *burnout* e engajamento no trabalho existem sob a forma de um contínuo ou se, pelo contrário, têm lugar como constructos teóricos distintos, vai-se ampliando sobretudo a utilização do UWES – *Utrecht Work Engagement Scale* – como instrumento de medida do engajamento no trabalho, independente da medida de *burnout* (ou seja, as várias versões do MBI). Este questionário resultou da evolução da SEI (*Student Engagement Inventory*) e consequente a adaptação para utilização em contexto profissional; as análises fatoriais confirmatórias realizadas sobre este instrumento têm corroborado a estrutura trifatorial do constructo, que foi testado recorrendo a amostras de diversos países (Pinto et al., 2008; Schaufeli & Bakker, 2010).

DESENVOLVIMENTOS EMPÍRICOS RECENTES

Ao longo do presente texto foi mencionado que a produção científica relativa às áreas de qualidade de vida no trabalho e saúde ocupacional tem passado por um momento áureo,

5 Nesta linha, assumimos que o engajamento no trabalho representa um estado afetivo-cognitivo muito mais estável e consistente.

tendo vindo a registar-se, num entanto, problemas, tanto de natureza conceptual como metodológica. Estas dificuldades tiveram como consequência um certo grau de confusão teórica, bem como um descrédito temporário quanto à validade do constructo (Pinto et al., 2008) havendo até quem lhe colocasse o epíteto de psicologia *pop*, ou a designasse de anedótica (Roberts, 1997)⁶.

Relativamente a investigações incidindo sobre o setor de saúde, podemos começar por referir a de Dias e Queirós (2011), que aponta um conjunto de razões para que os enfermeiros constituam um grupo particularmente vulnerável ao desenvolvimento de *burnout*: variedade de funções, excesso de trabalho e (más) condições do local de trabalho, são todos fatores favoráveis ao aparecimento de stresse. Neste trabalho, os autores alinham pela conceptualização de Maslach e Jackson (1986), segundo a qual se “considera o *burnout* como um prolongamento do stresse profissional” (Dias & Queirós, 2011, p. 302) e leva-se a cabo um estudo com vista a aferir o nível de *burnout* e engajamento numa amostra de 300 enfermeiros de serviços de urgências e serviços de cuidados intensivos de instalações hospitalares da cidade do Porto. Para se medir o *burnout* e o engajamento no trabalho recorreu-se à aplicação da MBI-HSS e da UWES, respetivamente. Os resultados sugerem níveis razoáveis de engajamento no trabalho e ausência de síndrome *burnout*, para além de confirmarem a natureza bipolar dos dois constructos.

Noro (2004) estudou os níveis de *burnout* em 556 funcionários de um hospital da área metropolitana de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Neste estudo, quando comparados o pessoal responsável pela prestação de serviços médicos e o pessoal administrativo, não foram assinaláveis as diferenças nos valores registados, mas confirma-se, mais uma vez, que o ambiente hospitalar é globalmente indutor de stresse. Outro tipo de conclusões retira-se de Trindade, Lautert, Beck, Amestoy, e Pires (2010), em que foram aferidos técnicos do programa Estratégia da Saúde da Família⁷. Neste estudo ficou evidente a maior propensão para o desenvolvimento de síndrome de *burnout* nos funcionários mais jovens (< 30 anos), em parte devido à sua tendência para sobrecarregar os seus recursos pessoais (e.g., emoções) como estratégia de compensação, quando comparados com os mais velhos, que tendem a procurar o apoio do grupo de trabalho. A literatura é relativamente unânime em considerar que são os mais preocupados e comprometidos aqueles que são mais vulneráveis (ao desenvolvimento

⁶ Particularmente em Portugal, tem sido pródiga a produção de material científico, nomeadamente nas áreas de saúde e educação, tanto a nível de artigos publicados como de trabalhos de dissertação. A título de exemplo, uma pesquisa rápida pelo termo ‘*burnout*’ no Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP) devolveu 1037 resultados.

⁷ Um programa brasileiro de assistência médica.

de *burnout*); pela mesma razão, são também os mais eficazes e produtivos aqueles que estão sob maior risco⁸.

O trabalho de Jesus (2009) procurou também aferir os níveis de *burnout* e engajamento, mas desta vez nos técnicos de ambulância de emergência, inseridos na área de emergência médica pré-hospitalar. Segundo a autora, a resposta pronta que estes técnicos têm de garantir aos sinistrados tem como consequência a necessidade de aplicação de padrões elevados de competências técnico-científicas e éticas, em ambientes que frequentemente são hostis ao equilíbrio psicossocial dos técnicos, bem como à sua segurança individual, tal é altamente indutor de stresse, nomeadamente do tipo crónico. Como tentativa de integrar as características adjacentes a esta prática profissional numa plataforma explicativa do bem-estar mais abrangente, recorre-se ao Modelo de Exigências e Recursos Laborais (JD-R). Coloca-se em hipótese, entre outras coisas, que os técnicos adotem estratégias de *coping* como forma de lidar com as perdas relacionadas com o seu trabalho.

O estudo do relacionamento do *coping* com o *burnout* e engajamento é explorado também em Pienaar e Willemse (2008), mas desta vez numa amostra de funcionários dos serviços da indústria de lazer sul-africana. Neste trabalho, o *burnout* é encarado sob uma perspetiva um pouco distinta: a de que o seu surgimento está associado a uma desilusão relacionada com o desajustamento entre o nível salarial obtido e o trabalho efetuado. Por outro lado, são-nos apresentadas as peculiaridades e desafios que funcionários de setores como o da restauração enfrentam, interligando-o, também, com o conceito de trabalho emocional. Estabelece-se a associação de *burnout* a estratégias malsucedidas de *coping* – como, por exemplo, formas de gerir situações indutoras de stresse caracterizadas pela passividade e postura defensiva.

Outros trabalhos abordaram mais diretamente o setor da educação. Em Tarnowski e Carlotto (2007) concebe-se a população estudantil como sendo particularmente vulnerável aos efeitos do *burnout*, e estudou-se, quanto aos seus efeitos, uma amostra de 66 estudantes de psicologia, de uma universidade privada na região brasileira de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. São identificadas um conjunto de razões na origem deste fenómeno: sentimento de exaustão devido à exigência do estudo; sentimentos de descrença, particularmente quanto ao futuro profissional; diferenças individuais; sensação de falta de controlo sobre o ambiente; perceção de insuficiência em competências técnico-científicas; entre outros.

⁸ Tal deve-se, em grande parte, por serem portadores de expectativas mais idealistas e menos realistas (Roberts, 1997). A título adicional, apraz-nos referir que a promoção de características de resiliência poderia desempenhar um papel importante na reabilitação destes profissionais; salientamos, contudo, a necessidade de operacionalizar tais iniciativas numa plataforma de respeito pelos preceitos éticos aplicáveis, como forma de garantir que não se está a viabilizar a exposição destes profissionais a formas de pressão abusivas.

Os resultados da investigação – cujo objetivo era comparar os níveis de *burnout* entre estudantes no início e no fim do curso – corroboraram em parte que os estudantes na fase final do curso demonstravam valores superiores de stresse, apesar das diferenças serem significativas em apenas uma das dimensões estudadas (exaustão).

Já Hakanen, Bakker, e Schaufeli (2006) analisaram uma amostra de professores finlandeses⁹: tomou-se como base uma vez mais o modelo JD-R, segundo o qual podem distinguir-se duas categorias fundamentais de características do trabalho: exigências laborais e recursos laborais. De acordo com a conceptualização original deste modelo, as exigências laborais estão associadas a um alto dispêndio energético, conduzindo à exaustão do indivíduo – e, consequentemente, a circunstâncias de *burnout*, ou eventualmente até estados de saúde mais agravados. Por outro lado, existe a possibilidade de desencadear um processo motivacional em que a exponenciação dos recursos laborais leve a atingir um estado de engajamento no trabalho.

Embora não com um teor empírico, Pocinho e Perestrelo (2011) procuraram relacionar as variáveis do engajamento e *burnout* com as estratégias de *coping* nos professores. Consta-se que existem nesta profissão problemas de escassez de profissionais, escassez essa que pode ser diretamente relacionada com os desafios de desgaste pessoal que a profissão incorpora – razão que, associada a outras, pode acarretar deficiências na aquisição de competências por parte dos alunos, para além de contribuir para a descredibilização do ensino enquanto motor de desenvolvimento da sociedade. Neste trabalho fica patente uma preocupação em clarificar que, embora o *burnout* possa implicar a degradação da vertente laboral do indivíduo, tal não implica necessariamente o alastrar dessa prostração aos seus lados pessoal e social, como acontece no caso da depressão. Refere-se que os professores são afetados por este flagelo de forma transversal, e particularmente “os mais idealistas e comprometidos com a profissão” (Pocinho & Perestrelo, 2011, p. 517). Os professores tidos como *engaged* são dados como portadores de uma “boa saúde mental e psicossomática”, para além de ser reconhecida a sua proatividade e disponibilidade para se adaptarem a novas situações: estes professores recorrem normalmente a estratégias de *coping* adequadas, e neles verificam-se em geral níveis mais elevados de neuroticismo e extroversão¹⁰, diferenciando-se, assim, dos *workaholics*, por não apresentarem sinais de comportamentos compulsivos característicos das dependências. Conclui-se, também, que as estratégias de *coping*

9 Importa ressaltar que, embora estejamos a falar do grupo profissional que tradicionalmente é o mais afetado pelo *burnout* de entre os profissionais de colarinho branco, o caso finlandês ilustra, pelo contrário, um grupo que é maioritariamente motivado e entusiasta quanto à sua profissão, por circunstâncias que importa referir (ver mais à frente nesta secção).

10 Dimensões de personalidade à luz da teoria *big five* da personalidade.

baseadas no controlo e confronto são as preferíveis, quando se pretende granjear um bom nível de realização profissional e *engagement*.

Por último, Tuominen-Soini (2012) procurou analisar os níveis de motivação e bem-estar numa amostra de 1321 estudantes finlandeses do ensino secundário, tomando, no entanto, uma orientação teórica radicalmente distinta das até aqui analisadas: recorreu a modelos sociocognitivos de motivação para a realização, como forma de analisar os perfis de *achievement goal orientation* destes jovens, relacionando-os com os seus resultados académicos e sociais.

Na Tabela 1, poder-se-á encontrar uma sistematização de alguns dos principais aspetos dos estudos perscrutados nesta secção.

Tabela 1

Síntese das principais características dos estudos analisados

Autores (ano)	Amostra	Constructos relevantes	Instrumentos	Principais conclusões
Dias e Queirós (2011)	300 enfermeiros (serviços de urgência e cuidados intensivos)	<i>Burnout</i> (Maslach & Jackson, 1986); <i>engajamento</i> (Schaufeli et al., 2002)	MBI-HSS (<i>burnout</i>); UWES (<i>engajamento</i>)	Ausência de <i>burnout</i> ; níveis razoáveis de <i>engajamento</i> ; confirmação da bipolaridade do constructo
Noro (2004)	556 funcionários hospitalares (administrativos/ apoio e médicos/ enfermagem)	<i>Burnout</i> (e.g., Maslach & Jackson, 1981)	Escala de Maslach (<i>burnout</i>)	Ambiente hospitalar potencia o stress; não houve diferenças assinaláveis entre grupos
Trindade et al. (2010)	80 trabalhadores multidisciplinares do programa ESF	<i>Burnout</i> (e.g., Maslach & Jackson, 1981)	Escala de Maslach (<i>burnout</i>)	Jovens (< 30) têm mais propensão para desenvolver <i>burnout</i>
Jesus (2009)	110 técnicos de ambulância de emergência	<i>Burnout</i> (Maslach & Jackson, 1981); <i>engajamento</i> (Schaufeli et al., 2002); JD-R	MBI-Versão Profissionais de Saúde (<i>burnout</i>); <i>Engagement Inventory</i> (<i>engajamento</i>); <i>Job Content Questionnaire</i> (JD-R)	Acontecimentos stressantes mais indutores de <i>burnout</i> do que excesso de trabalho (excesso de trabalho emparelhado com elevadas exigências diárias também é preditor de <i>burnout</i>)

Tabela 1 (Continuação)

Síntese das principais características dos estudos analisados

Autores (ano)	Amostra	Constructos relevantes	Instrumentos	Principais conclusões
Pienaar e Willemse (2008)	150 empregados de bar e restaurante	<i>Burnout</i> (e.g., Maslach et al., 1996); engajamento (Schaufeli et al., 2002); trabalho emocional	MBI-HSS (<i>burnout</i>); UWES (engajamento); <i>Cybernetic Coping Scale</i> (<i>coping</i>)	Sentimentos de realização e dedicação são preditores de saúde; algumas estratégias de <i>coping</i> têm efeito moderador
Tarnowski e Carlotto (2007)	66 estudantes de psicologia (primeiro e último ano)	<i>Burnout</i> (e.g., Maslach & Jackson, 1981)	MBI-SS (<i>burnout</i>)	Estudantes do último ano apresentam maiores sinais de desgaste
Hakanen et al. (2006)	2038 professores finlandeses	<i>Burnout</i> (e.g., Maslach et al., 1996); engajamento (Schaufeli et al., 2002); JD-R	MBI-GS (<i>burnout</i>); UWES (engajamento); <i>Healthy Organization Questionnaire</i> (JD-R)	Processo energético das JD-R é globalmente o mais representativo
Pocinho e Perestrelo (2011)	N/A (ensaio sobre <i>burnout</i> , engajamento e estratégias de <i>coping</i> em docentes)	<i>Burnout</i> (vários); engajamento (vários); <i>coping</i>	N/A	Controlo e confronto são as estratégias de <i>coping</i> que mais geram realização profissional
Tuominen-Soini (2012)	1321 estudantes do ensino secundário	<i>Burnout</i> (Schaufeli et al., 2002); <i>schoolwork engagement</i> (engajamento)	<i>School Burnout Inventory</i> (<i>burnout</i>); <i>Schoolwork Engagement Inventory</i> (engajamento)	Estudantes orientados para um perfil de mestria demonstraram ser os mais adaptativos

DISCUSSÃO

De um ao outro extremo – algumas considerações

Referindo-nos novamente a Hakanen et al. (2006), foi já mencionado que estes autores recorreram ao modelo JD-R para tentar relacionar os recursos e as exigências laborais

com o *burnout* e engajamento. Devemos acrescentar que os autores apresentaram como hipóteses a possibilidade de as exigências laborais dos professores predizerem estados agravados de saúde (por intermédio do *burnout*), e os seus recursos laborais predizerem a presença de comprometimento laboral (por intermédio de engajamento). Nas conclusões finais do estudo, a associação integral entre estes fenómenos foi descartada, tendo, no entanto, saído reforçada a pertinência do modelo JD-R neste contexto, motivando a que se recorra a esta ferramenta em estudos futuros.

Mais há a acrescentar ao conjunto de elementos conceptuais que temos vindo a referir no decorrer deste trabalho. Em González-Romá, Schaufeli, Bakker, e Lloret (2006) procura verificar-se se, de facto, as dimensões previamente estabelecidas como antitéticas no *burnout* e no engajamento – exaustão e vigor, e cinismo e dedicação – formariam ou não um constructo bipolar, integrantes de duas dimensões contínuas: energia e identificação, respectivamente. Justifica-se a pertinência do estudo com a falta de investigações que suportem este pressuposto, limitando-se as existentes, na sua maioria, a análises estruturais de confirmação fatorial. Os resultados rejeitam uma associação linear bivariada, mas confirmam que o *burnout* e engajamento são acomodáveis numa única dimensão bipolar capaz de integrar ambos os constructos por via do recurso a um método de escalamento alternativo – o método de Mokken – que não assume uma relação linear entre os itens.

Percebe-se facilmente que uma parte significativa da literatura recente reconhece e integra ativamente a conceptualização de exigências e recursos laborais. É o caso do estudo de Kim, Shin, e Swanger (2009), que procura ampliar as conclusões acervadas por uma vasta literatura que postula a associação entre o desenvolvimento de *burnout* e certas diferenças individuais, tentando-se perceber se essa ligação reforça ou não a ideia de que o engajamento no trabalho e o *burnout* poderão integrar um contínuo¹¹. Para o efeito, analisou-se diretamente as cinco principais dimensões de personalidade – as *Big Five* – e procurou-se relacioná-las com recursos laborais, exigências laborais, medidas de *burnout* e medidas de engajamento, sobre uma amostra de 187 funcionários do setor da restauração nos EUA. Para além disso, este estudo incorpora uma viragem recente na investigação deste tema, ao preferir integrar o fator eficácia profissional juntamente com os restantes fatores do engajamento, e deixar o *burnout* apenas com duas dimensões – exaustão e cinismo (Schaufeli et al., 2002). Os resultados do estudo corroboram o neuroticismo como preditor de *burnout* – tanto relativamente à exaustão como ao cinismo – e a conscienciosidade como preditor de engajamento no trabalho – nas suas dimensões vigor, absorção e eficácia profissional. Tais resultados deixam-nos, assim, a indicação que não deve ser apenas o meio ambiente o nosso foco de intervenção; devemos também

11 No entanto, os resultados apontaram na direção oposta, ou seja, a da independência dos constructos.

não negligenciar a manipulação de variáveis individuais, caso aspiremos a que os nossos colaboradores atinjam o máximo de envolvimento possível.

Será ainda de referir que os resultados deste estudo não confirmaram a existência de relação (positiva) entre engajamento e extroversão, embora tal fosse esperado. Por outro lado, este trabalho destaca ainda o facto de se corroborarem descobertas anteriores que referem que tanto os recursos laborais como as exigências laborais são preditores de *burnout* (embora em direções opostas), enquanto o engajamento é apenas predito pelos recursos laborais. Em linha com os autores do estudo, cremos que é importante as organizações procurarem cultivar recursos laborais nos seus colaboradores, nomeadamente através da aprendizagem de novas e variadas competências; por outro lado, julgamos serem necessários estudos adicionais no sentido de clarificar a relação entre recursos laborais, exigências laborais, *burnout* e engajamento.

O estudo da independência dos constructos relativos a *burnout* e engajamento – aspeto diversas vezes referido ao longo deste trabalho – é um tema abordado em Demerouti, Mostert, e Bakker (2010). Nele recorre-se às MBI-GS, UWES e OLBI (*Oldenburg Burnout Inventory*) – um instrumento que permite analisar o *burnout* e o engajamento como constructos bipolares, recorrendo, para isso, a itens redigidos tanto na negativa como na positiva. Neste enquadramento teórico, a OLBI mede transversalmente duas medidas fundamentais: exaustão e *disengagement from work*. Com este instrumento – e a acrescentar à componente somática – fica também coberta a componente cognitiva da exaustão. A análise fatorial confirmatória realizada confirmou a existência desse contínuo para a identificação (cinismo e dedicação), mas não para a energia (exaustão e vigor).

Dois estudos de origem finlandesa optam por uma abordagem um pouco mais invulgar. No primeiro caso, Salmela-Aro, Tolvanen, e Nurmi (2009) teorizam que as estratégias usadas e a forma (e.g., atitude) com que os indivíduos enfrentam os mais diversos aspetos da sua vida podem ter um papel fundamental no desenvolvimento de *burnout* e engajamento. Este estudo associa o bem-estar ao engajamento no trabalho e o mal-estar ao *burnout*, procurando relacioná-los ainda com outros elementos. O objetivo geral deste estudo era o de perceber que tipo de impacto podem ter as estratégias de realização dos sujeitos, aquando estudantes, no desenvolvimento de *burnout* e de engajamento mais tarde (já na vida laboral, passados 10, 14 e 17 anos). Assim, este estudo procurou testar se a colocação em prática de estratégias de otimismo enquanto estudante está associada tanto a níveis mais elevados de engajamento como a níveis mais reduzidos de *burnout* na vida adulta. Por outro lado, quis também aferir se existiram relações semelhantes, mas em sentidos opostos, entre estratégias de evitamento e novamente *burnout* e engajamento. Os resultados obtidos no decorrer do estudo confirmaram de forma robusta as hipóteses apresentadas, bem como a linha de conclusões de estudos anteriores, que este se propunha corroborar.

Num outro estudo, Hyvönen, Feldt, Salmela-Aro, Kinnunen, e Mäkikangas, (2009) analisaram o conteúdo dos objetivos profissionais de jovens gestores – faixa etária 23-35 anos, embora numa distribuição marcadamente masculina (85.5%) – e procuraram relacioná-lo com os seus níveis de bem-estar ocupacional. Neste trabalho, os objetivos pessoais (em que se inserem também os profissionais) são conceptualizados como integrantes do constructo de ação pessoal (*personal action construct*, ou PAC)¹², e procura-se saber que tipo de relação existe entre os diversos tipos de objetivos profissionais identificados pelo estudo (ou seja, objetivos de competência, de progressão profissional, de bem-estar, de estabilidade laboral, objetivos organizacionais e objetivos financeiros) e níveis de *burnout* e *job engagement*. Com esta abordagem, o estudo procura estender o âmbito da análise dos objetivos pessoais, tanto por se focar em objetivos de teor profissional (que os autores referem até então serem pouco explorados pela literatura), como por fomentar a sua análise a novos níveis (intrapessoal, organizacional). Para além do levantamento dos objetivos profissionais e sua associação a indicadores de bem-estar, esta investigação analisou ainda a correspondência entre categorias de objetivos profissionais e diversos parâmetros de auto-avaliação seus correspondentes (e.g., importância atribuída, comprometimento, esforço despendido, etc.).

Apresentamos, na Tabela 2, algumas das principais características das investigações analisadas nesta secção.

Tabela 2

Síntese dos aspetos mais determinantes dos estudos analisados nesta secção

<i>Autores (ano)</i>	<i>Aspetos investigados</i>	<i>Ideias principais</i>	<i>Metodologia</i>	<i>Comentários</i>
Hakanen et al. (2006)	<i>Burnout</i> e <i>engajamento</i> em professores	Aplicação do modelo JD-R (existência de processos energéticos e motivacionais)	Modelos de equações estruturais; validação cruzada dos resultados	Aplicabilidade do modelo JD-R a este contexto sai corroborada
González-Romá et al. (2006)	Natureza bipolar do <i>burnout</i> e <i>engajamento</i>	As dimensões exaustão e vigor, e cinismo e dedicação são conceptualizáveis através de um contínuo	Aplicação do método escalar de Mokken (não-paramétrico; baseado em IRT)	Bipolaridade do constructo é confirmada

12 Conceito que serve para designar, de forma abrangente, “unidades” de intenções de ação, como é o caso de projetos pessoais e tarefas de vida (Hyvönen et al., 2009).

Tabela 2 (Continuação)

Síntese dos aspetos mais determinantes dos estudos analisados nesta secção

<i>Autores (ano)</i>	<i>Aspetos investigados</i>	<i>Ideias principais</i>	<i>Metodologia</i>	<i>Comentários</i>
Kim et al. (2009)	Associação de <i>burnout</i> e engajamento a fatores de personalidade	<i>Burnout</i> está associado a neuroticismo e engajamento a conscienciosidade e neuroticismo	Análises correlacionais e de regressão	Estudo refuta a conceção bipolar de <i>burnout</i> e engajamento
Demerouti et al. (2010)	Independência dos constructos <i>burnout</i> e engajamento	Utilização da OLBI, que analisa simultaneamente os dois constructos	Análises fatoriais confirmatórias	Contínuo foi confirmado para a identificação, mas não inequivocamente para a energia
Salmela-Aro et al. (2009)	Influência das estratégias de realização enquanto estudante nos níveis de <i>burnout</i> e engajamento na vida adulta	Devem ser promovidas estratégias de otimismo e evitadas estratégias de evitamento	Design longitudinal; modelos de curvas de crescimento latente	Resultados obtidos confirmaram as hipóteses apresentadas
Hyvönen et al. (2009)	Relação entre objetivos profissionais e indicadores de saúde ocupacional (e.g., <i>burnout</i> ; engajamento)	Objetivos organizacionais estão associados a melhor saúde ocupacional e objetivos de bem-estar e segurança laboral a pior	Análise qualitativa; análises correlacionais e de covariância	Objetivos profissionais ajudam a explicar a variabilidade em indicadores de bem-estar

INTERVENÇÃO E APLICABILIDADE

Enquadrado nos fenómenos analisados ao longo deste texto, Gil-Monte (2005) conclui acerca da necessidade de modificar as condições de trabalho – nomeadamente os seus aspetos psicossociais – de maneira a evitar a proliferação de *burnout*. Tal transformação deverá envolver os trabalhadores de forma proativa, e incluir processos que fomentem o desenvolvimento das suas competências técnicas e sociais. O autor salienta ainda o papel fundamental da formação na prevenção do *burnout* – elemento-chave para que se opere um desenvolvimento integrado aos níveis organizacional, interpessoal e individual,

bem como do ambiente social¹³ – e do caminho que esta abre à otimização da relação entre o indivíduo e o posto de trabalho por si ocupado. As iniciativas formativas permitem também agilizar uma gestão organizacional mais efetiva, tanto a nível das respostas que a organização tem de dar às perturbações que ocorrem na dinâmica organizacional fruto de transformações culturais ocorridas no meio ambiente (por exemplo, novas exigências impostas por clientes), como das expectativas dos próprios colaboradores relativamente à interação com os restantes níveis organizacionais – elemento esse que frequentemente está na origem de *burnout* (Gil-Monte, 2005).

Salmela-Aro et al. (2009), por outro lado, recomendam que se promova o uso de estratégias otimistas e se procure reduzir comportamentos de evitamento de tarefa nos estudantes, elicitando, assim, condições mais favoráveis à promoção de engajamento, e irradicação de *burnout* mais tarde, ao longo da vida. Consideramos também aqui ser relevante referir o papel que a promoção de características de resiliência pode ter na prevenção de sintomatologia associada ao *burnout*, bem como na promoção de engajamento – proatividade face a oportunidades de mudança, criatividade no desenho de respostas inovadoras e sistemáticas, disponibilidade para correr riscos em prol da elicitação de transformações, flexibilidade perante a ambiguidade e positividade face a desafios e dificuldades, são alguns aspetos que as chefias podem e devem procurar desenvolver nos seus colaboradores, promovendo, assim, um ambiente laboral globalmente mais saudável (Cabral & Brustolin, 2010).

A propósito da população médica, Roberts (1997) formula um conjunto de recomendações no sentido de prevenir o desenvolvimento de *burnout*. O autor chama a atenção para a dificuldade que normalmente estes profissionais têm em admitir e lidar com a síndrome; por outro lado, questiona também se não existirá uma relação entre o seu desenvolvimento e as motivações que os indivíduos encontram para enveredar na profissão – aspeto que, num momento posterior, poderá manifestar-se ao contribuir para o precipitar de outros problemas, nomeadamente aos níveis de relações interpessoais e expectativas laborais. O autor salienta ainda a importância de não fomentar a conotação do *burnout* como uma limitação moral ou de caráter, devendo-se antes procurar gerar ambientes laborais capazes de facilitar a que o doente que dele padece o possa reconhecer e resolver.

No sentido de tornar mais saudável a vivência profissional dos médicos, Roberts (1997)

13 Neste âmbito, Gil-Monte (2005) postula um conjunto de prescrições: ao nível organizacional, sugere que os colaboradores sejam formados em ações de desenvolvimento e mudança organizacional; ao nível interpessoal, dá relevo às questões de apoio social e desenvolvimento de aptidões sociais, auto-eficácia e liderança; e ao nível individual destaca a necessidade de formar os colaboradores quanto a formas eficazes de enfrentar o stress. Finalmente, referindo-se ao quarto nível – o da envolvente social – que é, em muitas circunstâncias, externo à organização, o autor salienta a necessidade de se intervir de forma sistémica, ao nível dos órgãos de decisão política.

sugere que seja atribuída uma dimensão prazerosa à prática laboral, bem como cultivadas, paralelamente à prática laboral, outras experiências que o indivíduo considere importantes ao seu bem-estar. Pode também ser benéfico estabelecer variadas formas de *rotinas descompressoras*. O autor sublinha também a necessidade de uma mudança cultural na profissão, de maneira a abordar de forma mais construtiva este tipo de perturbações. Já a um nível formativo, o autor salienta a necessidade de uma reestruturação do ensino médico, por forma a integrar o desenvolvimento de competências básicas de gestão pessoal, incluindo uma melhor compreensão da vertente humana. Finalmente, ao nível organizacional, refere a premência de se operar uma mudança de atitudes junto das instâncias que governam as instituições de saúde, com vista a atribuir um enfoque especial aos recursos humanos, bem como implementar um modelo organizacional inclusivo, participativo, coerente e aberto. Por fim, salienta também a necessidade de providenciar serviços de aconselhamento de carreira, e abrir caminho a uma maior flexibilização entre trabalho a tempo inteiro e parcial.

Também Hakanen et al. (2006) reforçam esta linha, transmitindo-nos que uma das principais implicações do seu estudo foi constatar-se, junto da população docente e meios ambientes seus concomitantes, a necessidade de reduzir as exigências laborais, bem como potenciar o desenvolvimento de circunstâncias facilitadoras da emergência de novos recursos laborais. Estas conclusões vêm mais uma vez convergir com as prescrições de Gil-Monte (2005), que salienta a necessidade de se desenvolverem competências nos colaboradores a diversos níveis, e de implementar técnicas que permitam intervir no *burnout*, devendo estas incidir particularmente em focos grupais e ambientais, em detrimento dos individuais. Entre essas técnicas, inclui-se a reestruturação de tarefas, clarificação e participação nos processos de tomada de decisão, melhoramento de processos de supervisão, clarificação de objetivos, clarificação de linhas de autoridade, melhoramento de redes de comunicação organizacionais, melhoramento de condições de trabalho e sistemas de recompensa, promoção de ascensão profissional com base em critérios claros e equitativos, incremento à autonomia e flexibilidade laboral, entre outros.

Algumas entidades governamentais têm também vindo a tomar medidas com vista a procurar dar resposta aos problemas de saúde ocupacional. A título de exemplo, o governo espanhol tem vindo a dinamizar a resposta anual ao questionário ECVT (*Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo*), cujos itens procuram avaliar diversos aspetos relacionados com a qualidade de vida laboral dos espanhóis, tais como relações sociais dos trabalhadores, suas circunstâncias socio-laborais, e valores e atitudes em relação ao trabalho. O âmbito deste questionário segue a lógica verificada na literatura, que estabelece que a existência de certos recursos laborais (e.g., apoio social de colegas e superiores hierárquicos, partilha de *feedback* sobre desempenho, existência de

aptidões pessoais variadas, elevado grau de autonomia, surgimento de oportunidades de aprendizagem) está associada a um bom engajamento no trabalho (Gil-Monte, 2005). Tal ocorre porque os recursos laborais tanto potencializam a motivação intrínseca às tarefas, como – no caso de tal não se assinalar – servem de fonte de motivação extrínseca, uma vez que representam instrumentos facilitadores a que se atinjam os objetivos¹⁴.

SÍNTESE

O *burnout* e o engajamento no trabalho são fenômenos que estão inseridos nas temáticas de qualidade de vida no trabalho e saúde ocupacional, e que têm vindo a receber uma atenção crescente por parte da comunidade científica ao longo dos últimos anos. Tal, com certeza, estará relacionado com a atualidade cada vez mais saliente do tema – assim o demonstram as estatísticas apresentadas ao longo deste texto.

Por esta razão, é da maior importância que as organizações saibam acomodar os contributos da ciência no sentido de uma melhor compreensão e abordagem desta problemática, e com isso dar mais condições aos seus recursos humanos para que possam encetar uma prática laboral na plenitude das suas capacidades e competências.

Paralelamente deve-se também promover uma transformação societal e de mentalidades, tanto no sentido de possibilitar que as pessoas que padecem de *burnout* possam mais facilmente encontrar soluções para este problema, como para que as organizações de todos os estratos passem a ser mais sensíveis à necessidade de promover um maior envolvimento dos seus colaboradores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cabral, P. M., & Brustolin, P. K. (2010). Desenvolvimento da capacidade de resiliência: Uma alternativa frente aos desafios da contemporaneidade?. In C. Bitencourt (Coord.), *Gestão contemporânea de pessoas: Novas práticas, conceitos tradicionais* (pp. 285-295). Porto Alegre, Brasil: Bookman.
- Demerouti, E., Mostert, K., & Bakker, A. B. (2010). *Burnout and work engagement: A thorough investigation of the independency of both constructs*. *Journal of occupational health psychology*, 15(3), 209-222.

14 Ainda a propósito de iniciativas governativas, não podemos deixar de dar relevo à quantidade de publicações e estudos inscritos na área temática de qualidade de vida no trabalho com origem na Finlândia, com destaque para os diversos relatórios e documentos publicados pelo *Finnish Institute of Occupational Health*. Trata-se de um exemplo que deixa evidente as assimetrias verificadas entre estados-membros da União Europeia relativamente à importância que é atribuída a questões de saúde laboral.

- Dias, S., & Queirós, C. (2011, Dezembro). *Burnout e engagement em enfermeiros portugueses. Em saúde e qualidade de vida: Uma meta a atingir*. In V Congresso em Saúde e Qualidade de Vida (pp. 300-308). Porto, Portugal: Escola Superior de Enfermagem do Porto, Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida.
- European Agency for Safety and Health at Work. (2009). *OSH in figures: Stress at work – facts and figures* (European Risk Observatory Report EN 9). Luxembourg, LX: Office for Official Publications of the European Communities.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid, España: Pirámide.
- González-Romá, V., Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Lloret, S. (2006). *Burnout and work engagement: Independent factors or opposite poles?*. *Journal of Vocational Behavior*, 68(1), 165-174.
- Hakanen, J. J., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2006). *Burnout and work engagement among teachers*. *Journal of school psychology*, 43(6), 495-513.
- Hyvönen, K., Feldt, T., Salmela-Aro, K., Kinnunen, U., & Mäkikangas, A. (2009). Young managers' drive to thrive: A personal work goal approach to *burnout* and work engagement. *Journal of Vocational Behavior*, 75(2), 183-196.
- Jesus, T. M. (2009). *Burnout e engagement dos técnicos de ambulância de emergência do instituto nacional de emergência médica* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Portugal.
- Kahn, W. A. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal*, 33(4), 692-724.
- Kim, H. J., Shin, K. H., & Swanger, N. (2009). *Burnout and engagement: A comparative analysis using the Big Five personality dimensions*. *International Journal of Hospitality Management*, 28(1), 96-104.
- Leiter, M. P., & Bakker, A. B. (2010). Work engagement: Introduction. In A. B. Bakker & M. P. Leiter (Coord.), *Work Engagement: A Handbook of Essential Theory and Research* (pp. 1-9). New York, USA: Psychology Press.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 9(5), 16-22.
- Maslach, C. (1998). A multidimensional theory of *burnout*. In C. L. Cooper (Coord.), *Theories of Organizational Stress* (pp. 68-85). Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced *burnout*. *Journal of occupational behavior*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1986). *MBI – Maslach burnout inventory, manual research edition*. Palo Alto, USA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach burnout inventory manual*. Palo Alto, USA: Consulting Psychologists Press.

- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job *burnout*. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.
- Noro, N. T. (2004). *Síndrome de burnout entre trabalhadores de um hospital geral*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Engenharia, Porto Alegre, Brasil.
- Pienaar, J., & Willemse, S. A. (2008). *Burnout*, engagement, coping and general health of service employees in the hospitality industry. *Tourism Management*, 29(6), 1053-1063.
- Pinto, A. M., Lima, M. L., & Silva, A. L. (2008). Delimitação do Conceito de *Burnout*. In A. M. Pinto & M. J. Chambel (Coord.), *Burnout e engagement em contexto organizacional: Estudos com amostras portuguesas* (pp. 15-52). Lisboa, Portugal: Livros Horizonte.
- Pocinho, M., & Perestrelo, C. X. (2011). Um ensaio sobre *burnout*, engagement e estratégias de coping na profissão docente. *Educação e Pesquisa*, 37(3), 513-528.
- Roberts, G. A. (1997). Prevention of burn-out. *Advances in Psychiatric Treatment*, 3(5), 282-289.
- Salmela-Aro, K., Tolvanen, A., & Nurmi, J. E. (2009). Achievement strategies during university studies predict early career *burnout* and engagement. *Journal of Vocational Behavior*, 75(2), 162-172.
- Sanches, A. (2016, 18 Janeiro). Esgotados e pouco realizados: Mais trabalhadores com sintomas de *burnout*. *Público*. Recuperado de <https://www.publico.pt/sociedade/noticia/esgotados-e-pouco-realizados-mais-trabalhadores-com-sintomas-de-burnout-1720651>
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2010). Defining and measuring work engagement: Bringing clarity to the concept. In A. B. Bakker & M. P. Leiter (Coord.), *Work Engagement: A handbook of essential theory and research* (pp. 10-24). New York, USA: Psychology Press.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and *burnout*: A two sample confirmatory analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Schwartz, M. S., & Will, G. T. (1953). Low morale and mutual withdrawal on a mental hospital ward. *Psychiatry*, 16(4), 337-353.
- Tarnowski, M., & Carlotto, M. S. (2007). Síndrome de *Burnout* em estudantes de psicologia. *Temas em Psicologia*, 15(2), 173-180.
- Trindade, L. D., Lautert, L., Beck, C. L., Amestoy, S. C., & de Pires, D. E. (2010). Estresse e síndrome de *burnout* entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(5), 684-689.
- Tuominen-Soini, H. (2012). *Student motivation and well-being: Achievement goal orientation profiles, temporal stability, and academic and socio-emotional outcomes* (Unpublished doctoral thesis). University of Helsinki, Institute of Behavioural Sciences, Finland.

LEITURAS RECOMENDADAS

- Cole, M. S., Walter, F., Bedeian, A. G., & O'Boyle, E. H. (2012). Job *burnout* and employee engagement a meta-analytic examination of construct proliferation. *Journal of management*, 38(5), 1550-1581.
- Halbesleben, J. R. (2010). A meta-analysis of work engagement: Relationships with *burnout*, demands, resources, and consequences. In A. B. Bakker & M. P. Leiter (Coord.), *Work Engagement: A handbook of essential theory and research* (pp. 102-117). New York, USA: Psychology Press.
- Pinto, A. M., & Chambel, M. J. (2008). *Burnout e engagement em contexto organizacional: Estudos com amostras portuguesas*. Lisboa, Portugal: Livros Horizonte.

CAPÍTULO III

BURNOUT NOS MOTORISTAS DE PESADOS DE LONGO CURSO

CRISTÓVÃO DA SILVA GONÇALVES

ANA PAULA LOURO DIOGO BOTELHO DE SOUSA

Resumo: O presente estudo tem por objetivo avaliar os níveis de *burnout* dos motoristas de pesados de longo curso e analisar a influência de algumas variáveis sociodemográficas (idade, tempo de serviço na profissão e na empresa, vínculo contratual e falta de valorização por parte das chefias) nos níveis de *burnout* experienciados pelos participantes do estudo. O *burnout* é uma síndrome de esgotamento profissional, definido como um estado de exaustão emocional causado pelas exigências da vida profissional. No mundo do trabalho, há profissões que são particularmente atingidas por esta síndrome, devido, sobretudo, à exigência física e psicológica inerente à profissão, como por exemplo, a de motorista de pesados de longo curso. A amostra do presente estudo integrou 40 motoristas de uma empresa portuguesa de média dimensão, que opera no setor dos transportes internacionais, que responderam ao Maslash *Burnout Inventory* – MBI (Delbrouck, 2006). Esta amostra evidencia níveis moderados, tendencialmente elevados, de *burnout*; os resultados mais evidentes sugerem que uma maior idade, maior antiguidade na empresa, o regime contratual de efetividade e a falta de valorização pelas chefias são fatores potenciadores do *burnout*.

Palavras-chave: burnout; stresse; motoristas; exaustão emocional; despersonalização

Abstract: The present study aims to evaluate the burnout levels of long distance truck drivers and analyze the influence of some sociodemographic variables (age, length of service in the profession and in the company, type of employment and lack of appreciation on the part of managers) in levels of burnout experienced by study participants. Burnout is a syndrome of professional exhaustion, defined as an emotional state of exhaustion caused by the professional life demands. In the working world, there are professions that are particularly affected by this syndrome, due, mainly, to the physical and psychological demands inherent

to the profession, such as the long-distance truck drivers. The sample of the present study integrated 40 drivers of a medium size Portuguese company operating in the international transport sector, who responded to Maslach Burnout Inventory – MBI (Delbrouck, 2006). This sample shows moderate, tendentiously high, levels of burnout; results indicate that a greater age and a greater length of service, the contractual system of effectiveness and the lack of appreciation by the superiors as potentiating key factors of burnout.

Keywords: burnout; stress; truck drivers; emotional exhaustion; depersonalization

INTRODUÇÃO

Nos dias de hoje, o trabalho é um dos aspetos mais importantes da vida dos seres humanos (Martinez & Paraguay, 2003). Enquanto atividade produtiva, o trabalho proporciona um sentido de identidade e de propósito, e desempenha um papel positivo muito importante no bem-estar social, económico e psicológico das pessoas. Paradoxalmente, quando o trabalho não se desenrola da melhor forma, origina situações de stresse, que podem ter impactos verdadeiramente devastadores na saúde dos trabalhadores (Dolan, García, & Díez-Piñol, 2005).

A profissão de motorista é uma atividade sujeita a inúmeros agentes indutores de stresse, de várias naturezas. No entanto, a saúde ocupacional dos motoristas parece uma área que tem vindo a ser negligenciada e que necessita de atenção urgente (Vetrivel, Suganya Bharathi, & Priyadharshini, 2014). Se atendermos ao facto de que a esmagadora maioria dos motoristas exerce a sua função num local de trabalho móvel, aliando o controlo de uma grande quantidade de tarefas (muitas vezes, simultâneas) à condução do veículo exposto a inúmeros perigos, num ambiente hostil de tráfego, frequentemente, bastante intenso, percebemos que, só por si, estes fatores já seriam suficientes para causarem elevados níveis de stresse a estes profissionais. No entanto, não podemos negligenciar o facto de que o stresse também pode ser propiciado por insuficientes horas de sono, a que estes profissionais estão sujeitos, assim como pelo trabalho físico inerente a esta profissão, sendo que, estes encontram-se entre outros fatores que podem comprometer a condução segura dos motoristas profissionais. Da mesma forma, a pressão dos horários e outras contingências que podem ocorrer durante as viagens, estão na origem de elevados níveis de stresse que podem provocar danos inaceitáveis à saúde dos motoristas (Vetrivel et al., 2014).

RISCOS PSICOSSOCIAIS

As ciências sociais têm vindo a lidar com a redução dos riscos psicossociais, há já muitos anos (Frangopoulos, Eloff, & Venter, 2013). O termo *psicossocial* foi construído

pela junção das palavras psique e social; a psique está diretamente relacionada com as predisposições psicológicas dos indivíduos; já a palavra social relaciona-se com o papel que os indivíduos desempenham na sociedade e na interação destes com os outros. Ao usar-se o termo psicossocial para se descrever o risco, a ênfase recai “sobre os riscos que resultam de percepções e da psique do indivíduo” (Frangopoulo et al., 2013, p. 54) relativamente àquela que será a sua reação aos estímulos do ambiente social que o rodeiam (Frangopoulos et al., 2013).

Para a Organização Internacional do Trabalho (International Labour Office, 1986), os fatores psicológicos são definidos como as interações entre as competências do indivíduo e as necessidades do trabalho, tendo em conta o seu conteúdo, a organização e a gestão do trabalho, assim como as condições ambientais e organizacionais. Nesta perspetiva, os riscos psicossociais resultam das interações de todos estes fatores que, aliados às experiências vivenciadas pelos trabalhadores, podem originar a percepção de influências perigosas para a sua saúde.

Os riscos psicossociais e o stresse relacionado com o trabalho são das questões que maiores desafios apresentam em matéria de segurança e saúde no trabalho. Têm um impacto significativo na saúde de pessoas, organizações e economias nacionais. Cerca de metade dos trabalhadores europeus considera o stresse uma situação comum no local de trabalho, que contribui para cerca de 50% dos dias de trabalho perdidos. À semelhança de muitas outras questões relacionadas com a saúde mental, o stresse é frequentemente objeto de incompreensão e estigmatização. No entanto, se forem abordados enquanto problema organizacional e não falha individual, os riscos psicossociais e o stresse podem ser controlados da mesma maneira que qualquer outro risco de saúde e segurança no local de trabalho. (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2015)

Nas palavras de Aziz, Wuensch e Brandon (2010), o stresse no trabalho pode ser definido como o “grau em que o emprego de alguém é visto como tendo efeitos nocivos sobre a sua saúde física e mental” (p. 631). Os estados de stresse acontecem quando a pessoa deixa de ter capacidade de resposta aos estímulos ambientais, quando não consegue responder a estes de forma eficaz, ou quando o consegue com prejuízo da sua saúde (Dolan et al., 2005). Na verdade, o stresse resulta da percepção da pessoa relativamente à falta de equilíbrio entre aquilo a que aspira e aquela que é a realidade do seu trabalho (as suas condições). Ou seja, o stresse “é a diferença percebida entre as exigências profissionais e a capacidade da pessoa para as levar a cabo” (Dolan et al., 2005, p. 21).

Para o período de 2007-2012, a Comissão Europeia (CE) delineou uma estratégia que passava por uma redução de 25% dos acidentes de trabalho na Europa dos 27. De entre os vários setores sobre os quais incidem as recomendações emanadas pela CE,

a notação especial recai sobre a indústria dos transportes (Eurostat, 2010; Commission of the European Communities, 2007). De entre as 15 indústrias analisadas no relatório do Eurostat (2009), a dos transportes ocupa a terceira posição das mais afetadas por problemas de saúde e segurança no trabalho, sendo os problemas musculoesqueléticos, o stresse, a fadiga, a ansiedade, a depressão e os efeitos colaterais decorrentes dos turnos de trabalho, os problemas de saúde mais comumente reportados por estes trabalhadores.

BURNOUT

O *burnout* tem vindo a ser genericamente aceite como uma importante reação afetiva ao stresse ocupacional crónico (Fernet, Gagné, & Austin, 2010, p. 1163), sendo classificado como um estado de exaustão em que a pessoa se encontra emocionalmente esgotada, desmotivada e com falta de comprometimento profissional. Para Scarnera, Bosco, Soleti, e Lancioni (2008), a síndrome de *burnout* é vista como um “processo e não como um evento” (p. 222). Por outras palavras, o *burnout* não é ocasionado por situações pontuais e excecionais, mas antes, pela exposição diária e continuada a situações de muito stresse. No mesmo sentido, Maslach (2005) também defende que o “*burnout* no trabalho é uma síndrome psicológica que envolve uma reação prolongada aos agentes indutores de stress interpessoais crónicos” (p. 41). Fernet et al. (2010) simplificam a explicação do conceito ao afirmarem que a pessoa em estado de *burnout* se sente assolada por uma perda muito significativa de energia emocional (exaustão emocional), avalia-se a si mesma de forma negativa (falta de realização pessoal), bem como aos outros (despersonalização). Para Maslach (2005, p. 41), as três principais dimensões desta reação são uma exaustão avassaladora, sensações de ceticismo e desligamento do trabalho, assim como uma sensação de ineficácia e falta de realização. Segundo esta autora, a exaustão emocional acontece quando a pessoa sente que já ultrapassou os seus limites, sentindo-se exausta, extenuada e esgotada física e emocionalmente; a despersonalização é uma reação negativa, na qual a pessoa se mostra insensível ou demasiadamente desligada do seu trabalho; já a falta de realização profissional (ou ineficácia) acontece quando a pessoa desenvolve sentimentos de incompetência e de falta de realização pessoal no trabalho, assim como um sentimento de que não é suficientemente eficaz na sua atividade laboral.

Naturalmente, os efeitos adversos resultantes do *burnout* fazem-se sentir tanto ao nível individual como organizacional, sendo que, no caso individual, estes problemas são do foro psicossomático e psicológico (Cunradi, Chen, & Lipton, 2009). O cansaço, a fadiga, a falta de experiência, o medo de cometer alguma negligência e o trabalho em período noturno são algumas das causas que têm vindo a ser apontadas como principais agentes da síndrome do *burnout* (Landa, Berrios-Martos, López-Zafra, & Luzón, 2006).

A investigação sobre os processos psicológicos a que os motoristas de pesados de mercadorias podem estar sujeitos, nomeadamente aqueles processos que estão na origem das suas atitudes e comportamentos, assim como o impacto que estes fatores possam ter sobre eles, é muito escassa (Shepherd, Thomas, Williams, & Liao-Troth, n.d.). Sendo este grupo de profissionais que opera no centro de uma indústria exigente, como é a dos transportes a motor, onde impera a imprevisibilidade dos horários resultante de eventuais problemas de tráfego e se exigem elevados níveis de desempenho, desenvolvendo, portanto, um papel muito importante na cadeia de abastecimento (Shepherd et al., n.d.), a investigação científica a estes trabalhadores é deveras pertinente. O conhecimento teórico e prático que daí resultar irá “proporcionar uma melhor compreensão dos fundamentos psicológicos do seu comportamento” (Tokar citado por Shepherd et al., n.d., p. 2).

A enorme pressão dos *timings*, assim como os fatores ambientais (que não conseguem controlar), podem tornar estes profissionais especialmente suscetíveis à exaustão emocional. A experiência crónica de situações de stresse pode levar à fadiga física e à exaustão emocional que, por sua vez, afetam negativamente o desempenho no trabalho e a segurança rodoviária (Kemp, Kopp, & Kemp, 2013). Com efeito, a intensa pressão do tempo a que estes trabalhadores estão sujeitos, já que o sistema de entregas *just-in-time* tornou-se padrão em que operam muitas das cadeias de abastecimento, pode ser uma importante fonte de stresse que pode originar situações de *distress* mental e de exaustão emocional (Kemp et al., 2013, pp. 216-217).

CARACTERIZAÇÃO DA FUNÇÃO DE MOTORISTA INTERNACIONAL DE PESADOS

A profissão de motorista de pesados com reboque, concretamente daqueles que fazem serviço internacional, é, cada vez mais, uma função difícil, exigente, potencialmente causadora de stresse, severamente penosa ao nível psicológico, desprestigiada, mal paga e não reconhecida. Nos últimos anos, Portugal assumiu-se como um dos países líderes nos transportes internacionais, tanto pelos baixos ordenados que pratica, como pelo aumento das exportações e pela localização geográfica, que permite enviar facilmente os camiões para quase todos os países da Europa.

Quando um motorista tem de fazer um descanso obrigatório, seja de 12, 24 ou 45 horas (este último, por imposição legal, não se pode fazer em França), tem de se preocupar com inúmeros fatores, tais como, ter de ser um local onde se sinta em segurança para pernoitar e consiga dormir sem temer pela vida; onde não lhe causem danos ao camião (sejam cortes nas lonas do reboque, furtos de peças, tais como pneus suplentes, de

combustível ou de mercadoria). O local tem de oferecer garantias de que a carga não será furtada. Como na maior parte dos casos tal garantia não existe, o motorista não dorme ou não descansa convenientemente, pois mantém-se sempre alerta a todos os ruídos, devido à insegurança física que sente que poderá ser gerada em caso de furto, ou, pior ainda, de roubo.

Relativamente aos camiões que transportam mercadorias sujeitas a controlo de temperatura (frigoríficos), estes possuem motores a *diesel* que nunca podem se desligados, pois são responsáveis por manter a temperatura constante no interior do reboque. Estes motores produzem grande ruído, perturbando o sono desses motoristas, mas também o dos outros que partilham o mesmo parque. Como os seguros de mercadoria (vulgo seguro CMR) não cobrem situações de furto em caso de ausência do motorista do veículo, este tem de fazer descansos obrigatórios de 45h sempre dentro da viatura (exceto em França), não lhe sendo, assim, permitido, de forma alguma, alienar-se completamente das suas tarefas, mesmo enquanto goza uma folga ou um descanso.

O motorista é ainda responsável pelo cumprimento e pelo respeito de todas as regras de trânsito, é responsável pelo cumprimento dos tempos de repouso e de condução, pela limpeza e manutenção básica da viatura (verificação da pressão dos pneus, níveis dos líquidos, funcionamento das luzes), bem como pela reparação de algumas avarias, por exemplo, furos. Adicionalmente, o motorista tem de seguir sempre pela rota definida pela empresa; caso se desvie ou se engane, os quilómetros que efetuou a mais são-lhe descontados no vencimento, bem como o valor de portagens pagas em autoestradas não autorizadas pela empresa.

OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo teve como principal objetivo a avaliação dos níveis de *burnout* dos motoristas da TAF, procurando perceber, através das relações com as variáveis sociodemográficas, se o *burnout* será um fator decisivo nos níveis de rotatividade que esta empresa tem vindo a vivenciar. Com base nessa evidência, procura-se contribuir para baixar os níveis de rotatividade da empresa em análise. É também objetivo deste estudo contribuir para a melhoria das condições de trabalho desta amostra de motoristas, através da implementação de medidas que minimizem os seus níveis de *burnout*.

HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com a problemática em análise e com o quadro teórico que fundamenta este estudo, e objectivando a orientação deste, enunciaram-se as seguintes hipóteses de investigação:

- H1. Existe uma relação positiva entre a idade e o *burnout* dos motoristas;
- H2. Existe uma relação positiva entre o tempo de profissão e o *burnout* dos motoristas;
- H3. O tipo de vínculo com a empresa determina diferenças significativas nos níveis de *burnout* dos motoristas;
- H4. A falta de valorização pelas chefias determina diferenças significativas nos níveis de *burnout* dos motoristas.

MÉTODO

Caracterização da amostra

A seleção dos participantes teve por base uma metodologia de amostragem não probabilística, acidental (ou de conveniência), uma vez que utiliza um grupo de indivíduos intencionalmente selecionados, disponíveis e facilmente acessíveis (Fortin, 2009) ao investigador: os motoristas internacionais de pesados de mercadorias ao serviço da empresa TAF – Transportes Antunes Figueiras, S.A.. O processo de recolha dos dados efetuou-se através de questionário autoadministrado.

A amostra integrou 40 indivíduos, todos do sexo masculino, com idades compreendidas entre 24 e 65 anos ($M = 45,53$ anos; $DP = 10,08$ anos). As idades dos participantes foram agrupadas em quatro classes: 1) até aos 35 anos ($n = 8$); 2) dos 36 aos 45 anos ($n = 13$); 3) dos 46 aos 55 anos ($n = 3$); a 4) 56 ou mais anos ($n = 6$).

Quanto ao estado civil, a maioria dos respondentes são casados ou vivem em união de facto ($n = 23$; 57,5%), seguindo-se os solteiros ($n = 9$; 22,5%) e os divorciados ou separados ($n = 7$; 17,5%). No estado civil de viúvo, apenas temos um registo, correspondente a 2,5% da amostra. As frequências absolutas e relativas da amostra, distribuídas segundo o estado civil e as classes etárias (Tabela 1), mostram-nos que as classes etárias com maior representatividade são as que se compreendem entre os 36 e os 45 anos e entre os 46 e os 55 anos, com 13 respondentes em cada grupo (correspondentes a 32,5% da amostra, respetivamente). Seguidamente, temos a classe que compreende os respondentes com idade igual ou inferior a 35 anos ($n = 8$; 20% da amostra), sendo que a classe etária com menor representatividade é a dos participantes com maior idade (>

a 56 anos), com apenas seis registos (15% da amostra). Na análise da idade em função do estado civil, verificamos que os casados têm uma maior representatividade na classe etária compreendida entre os 46 e os 55 anos, com 10 respondentes (25%), e uma menor representatividade no grupo mais jovem, com apenas dois participantes (5%). Os solteiros estão em maioria na classe etária mais jovem (até aos 35 anos), com cinco respondentes (15%), sendo a sua representatividade nula na classe etária mais elevada (> 56 anos). Já os divorciados apenas se fazem representar nas classes etárias dos 36 aos 45 anos (n = 5; 12,5%) e dos 46 aos 55 anos (n = 2; 5%). O único participante viúvo (2,5%) inclui-se na classe etária com idade igual ou superior a 56 anos.

Tabela 1

Frequências absolutas e relativas da amostra segundo o estado civil e as classes etárias

	<i>Classes Etárias</i>									
	< 35 anos		36-45 anos		46-55 anos		> 56 anos		Total	
Estado civil	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Solteiro	5	15,0	2	5,0	1	2,5	0	0,0	9	22,5
Casado/União de facto	2	5,0	6	15,0	10	25,0	5	12,5	23	57,5
Divorciado/Separado	0	0,0	5	12,5	2	5,0	0	0,0	7	17,5
Viúvo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,5	1	2,5
Total	8	20,0	13	32,5	13	32,5	6	15,0	40	100,0

No que concerne ao tempo a que estes profissionais exercem esta profissão, os dados indicam um mínimo de seis meses e um máximo de 40 anos. O tempo médio do exercício da profissão de motorista é de 17,39 anos ($DP = 11,30$ anos). Quanto ao tempo de serviço na empresa TAF, verifica-se um tempo mínimo de dois meses e máximo de 20 anos, registando-se um tempo de serviço médio de apenas 4,96 anos ($DP = 4,88$ anos).

Cruzámos o tempo de serviço na empresa com o estado civil dos participantes, tendo sido considerados os seguintes intervalos na variável tempo de serviço na empresa: 1) até 1 ano (n = 6); 2) de 1 a 3 anos (n = 15); 3) dos 4 aos 10 anos (n = 13); e 4) mais que 10 anos (n = 6). Os resultados obtidos, (Tabela 2), permitem constatar que os solteiros e os divorciados são os menos representados nos menores tempos de serviço (até um ano: n = 1; 2,5%; entre 1 e 3 anos: n = 2; 5%, respetivamente), levando-nos a crer que esta

profissão tem vindo a ser pouco procurada pelos motoristas com estados civis de menor compromisso. Na verdade, quando comparados os dados destes respondentes com os dados dos casados, verificamos que, dos 23 (57,5%) respondentes desta amostra, 15 (37,5%) estão ao serviço da empresa até há três anos. Destes, quatro (10%) estão há menos de um ano, sendo que 11 (27,5%) estão ao serviço da empresa entre um e três anos. Parece, assim, confirmar-se que esta é uma profissão com uma maior procura pelos sujeitos casados (ou comprometidos) do que pelos descomprometidos (solteiros). Quanto ao vínculo com a empresa, a grande maioria (n = 26; 65%) detém contrato de trabalho a termo, sendo apenas 14 (35%) os que se encontram em regime de efetividade (contrato de trabalho sem termo).

Tabela 2

Frequências absolutas e relativas da amostra segundo o estado civil e o tempo de serviço na empresa

Estado Civil	Tempo de Serviço na Empresa								Total	
	< 1 ano		1-3 anos		6-10 anos		> 10 anos			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Solteiro	1	2,5	2	5,0	5	12,5	1	2,5	9	22,5
Casado/União de facto	4	10,0	11	27,5	4	10,0	4	10,0	23	57,5
Divorciado/Separado	1	2,5	2	5,0	4	10,0	0	0,0	7	17,5
Viúvo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,5	1	2,5
Total	6	15,0	15	37,5	13	32,5	6	15,0	40	100,0

Instrumento de recolha dos dados

O instrumento que serviu de base à recolha dos dados foi um questionário auto-administrado, denominado Questionário QAB (acrónimo de Questionário de Avaliação do *Burnout*), composto por duas partes distintas: 1) Instrumento de avaliação *burnout* - *Maslach Burnout Inventory* (MBI); 2) questionário relativo aos dados sociodemográficos, que contempla um conjunto de variáveis pessoais e profissionais caracterizadoras da amostra. De entre as aspectos profissionais, questionámos sobre o tempo de serviço na empresa, o tipo de vínculo contratual, e um conjunto de perguntas relacionadas com o sentimento de falta de realização no trabalho, entre as quais, se essa falta de realização se devia, por exemplo, ao facto de não se sentir valorizado pelas chefias.

No que diz respeito ao MBI, e como o próprio nome indica, trata-se de um instrumento proposto por Maslach (Delbrouck, 2006, p. 253) e é um inventário de autoavaliação que utiliza uma escala de respostas do tipo Likert. É composto por 22 itens que avaliam a forma como cada sintoma é sentido, devendo ser descrito pelo indivíduo em sete opções de resposta que variam entre 0 = nunca e 6 = sempre. A versão utilizada neste estudo é a que se encontra publicada por Delbrouck (2006, p. 253) no *Journal du Médecin*. Este inventário tem uma estrutura trifactorial, que contempla as dimensões já referidas: Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Profissional.

A exaustão emocional refere-se à ausência de recursos emocionais e ao sentimento do indivíduo de que nada tem para oferecer ao outro (Maslach & Jackson, 1982, citado por Carrera, 2011, p. 12). Segundo Carrera (2011), esta dimensão (ou subescala) contempla 9 descritores (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20). Pontuações inferiores a 15 são tidas como um baixo grau de exaustão emocional; pontuações compreendidas entre 15 e 24 determinam um grau moderado de exaustão emocional; e pontuações superiores a 24 indicam um elevado grau de exaustão emocional (Maslach & Jackson, 1997, citado por Carrera, 2011, p. 39). A despersonalização refere-se ao desenvolvimento de atitudes negativas, providas de falta de sensibilidade para com os indivíduos a quem se destinam os serviços (Maslach & Jackson, 1981). Carrera (2011) informa que esta dimensão é avaliada por cinco itens: 5, 10, 11, 15 e 22. Pontuações inferiores a 4 indicam um baixo grau de despersonalização; as compreendidas entre 4 e 9 assinalam um grau de despersonalização moderado; e pontuações superiores a 9 sinalizam um grau elevado de despersonalização (Maslach & Jackson, 1997, citado em Carrera, 2011, p. 39). Por fim, a realização pessoal refere-se à percepção do indivíduo de que lhe é impossível sentir-se realizado com o seu trabalho, o que fomenta uma diminuição das suas expectativas pessoais, assim como sentimentos de fracasso e baixos níveis de autoestima (Maslach & Jackson, 1982, citado em Carrera, 2011, p. 12). Segundo Carrera (2011), esta subescala abrange as seguintes oito questões: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21. Pontuações superiores a 39 indicam um baixo grau de realização pessoal; as pontuações situadas entre 33 e 39 sugerem um grau moderado de realização pessoal; e as pontuações inferiores a 33 assinalam um grau elevado de realização pessoal (Maslach & Jackson citado em Carrera, 2011, p. 39).

O cálculo dos valores de cada subescala efetua-se através da soma dos valores dos itens constituintes de cada dimensão (Melo, Gomes, & Cruz, 1999). De acordo com estes autores, “elevados níveis de *burnout* estão associados a elevados *scores* de exaustão emocional e despersonalização, mas também a baixos *scores* de realização pessoal” (p. 601).

FIABILIDADE DO MBI

Com o objectivo de se utilizar este inventário, segundo a estrutura proposta por Maslach (Delbrouck, 2006), procedeu-se ao agrupamento dos itens de cada subescala, de acordo

com a distribuição sugerida pelo seu autor. A decisão de dispensar a realização da análise factorial deve-se, por um lado, ao reduzido tamanho da amostra e, por outro, ao facto de se estar a utilizar um instrumento de medida amplamente estudado, adaptado e validado para a população portuguesa, cujos resultados têm vindo, sistematicamente, a confirmar a sua estrutura factorial (e.g., Melo et al., 1999). Após o agrupamento dos itens pelas respectivas subescalas, procedeu-se ao cálculo dos coeficientes de consistência interna para cada uma das três subescalas.

Para análise da fiabilidade, tomaram-se os 22 itens constituintes do MBI e submeteram-se ao cálculo dos coeficientes de consistência interna. O resultado devolveu um α de Cronbach de 0,691 ($n = 38$), valor que, ficando ligeiramente abaixo dos critérios propostos por Nunnally (1978), que defende que o valor mínimo (considerado suficiente) dos coeficientes de consistência interna não deve ser inferior a 0,70, e atendendo ao reduzido tamanho da amostra e ao facto de o α obtido não se afastar muito daquele balizador, considerámos aceitável. Por este motivo, e atendendo a que a realização do processo multi-etapas de eliminação de itens, proposto por John e Benet-Martínez (2000)¹ implicava a eliminação de nove itens, e que tal procedimento determinava o total desaparecimento da subescala realização pessoal, optámos por dispensá-lo. Mantivemos todas as dimensões da escala, usando-a tal como a proposta por Maslach (Delbrouck, 2006), cientes desta pequena fragilidade, mas procurando uma completa avaliação do *burnout*.

Após o agrupamento dos itens pelas respectivas subescalas, procedemos ao cálculo dos coeficientes de consistência interna para cada uma das três subescalas, cujos resultados se podem consultar na Tabela 3. Conforme se pode verificar, apenas a subescala exaustão emocional evidenciou um bom valor de *alpha de Cronbach* ($\alpha = 0,843$), por ser superior a .80 (Pestana & Gageiro, 2008); as subescalas despersonalização e realização pessoal alcançaram valores de *alfa de Cronbach* considerados fracos ($\alpha = 0,670$ e $\alpha = 0,669$, respetivamente). Contudo, apesar das fragilidades encontradas nestas duas subescalas, decidimos aceitar estes valores de consistência interna, não apenas porque os valores obtidos nestas duas subescalas não se encontram muito distantes do patamar considerado por Nunnally (1978) como suficientes (0,70), como por estarmos perante uma investigação em ciências sociais em que, analisados com os devidos cuidados os resultados obtidos, e tendo em conta o contexto de computação do índice, podemos considerar aceitável um *alpha de Cronbach* de 0,60 (DeVellis, 1991). Face ao exposto, prosseguimos com o estudo utilizando o MBI na sua forma original, tomando os devidos cuidados nos resultados obtidos nas análises estatísticas subsequentes.

¹ Segundo Pestana e Gageiro (2008), deve considerar-se inadmissível um valor um *alpha de Cronbach* inferior a .60.

Tabela 3

Fiabilidade estatística do MBI - Maslach Burnout Inventory

Subescalas	Itens avaliadores	Alphas de Cronbach
Exaustão Emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20	0,872
Despersonalização	5, 10, 11, 15 e 22	0,670
Realização Pessoal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21	0,669

RESULTADOS

Estatísticas descritivas do MBI

As estatísticas descritivas do MBI apresentam-se na Tabela 4, onde se podem consultar as pontuações mínimas e máximas, assim como as pontuações médias, os desvios-padrão e os erros padrão deste instrumento de medida. Como se pode observar, as respostas dos inquiridos inserem-se entre valores mínimos de 0,00 (na subescala *despersonalização*) e 16,00 (na subescala de *realização pessoal*), e máximos de 51,00 (na *exaustão emocional*), 26,00 (na *despersonalização*) e 29,50 (na *realização pessoal*).

Tabela 4

Pontuações mínimas e máximas, médias, desvios-padrão e erros-padrão das subescalas do MBI

Subescalas do MBI	Mínimo	Máximo	Média (M)	Desvio-Padrão (DP)	Erro-Padrão (EP)
Exaustão Emocional	2,00	51,00	20,13	10,74	1,699
Despersonalização	0,00	26,00	8,93	5,71	0,903
Realização Pessoal	16,00	43,00	29,50	7,42	1,173

Atendendo aos valores médios alcançados nas três subescalas, podemos afirmar que esta amostra indica níveis moderados de exaustão emocional (M = 20,13; DP = 10,74) e, igualmente, moderados, mas tendencialmente elevados, de despersonalização (M = 8,93; DP = 5,71). Da mesma forma, verificamos níveis elevados de realização pessoal (M = 29,50; DP = 7,42).

Relação entre a idade e o *burnout* (H1)

A correlação de Pearson (Tabela 5) das subescalas (dimensões) do MBI com a idade não atinge o limiar de significação estatístico convencionado. Este resultado pode dever-se ao reduzido número participantes no estudo. Contudo, e apesar de os valores não serem significativos, verificamos que a exaustão emocional tem uma relação tendencialmente negativa com a idade, sugerindo que quanto mais velhos forem os sujeitos menor tende a ser o nível de exaustão emocional experienciado. A mesma tendência verifica-se com a realização pessoal, isto é, a uma maior idade correspondem menores níveis de realização pessoal. Já a despersonalização parece ter propensão para aumentar com a idade dos participantes. Apesar de esta correlação não atingir o limiar de significação estatístico convencionado, apresenta uma magnitude de $R^2 = 5,81\%$, o que indica uma associação positiva entre a idade dos motoristas e a dimensão do *burnout* – despersonalização –, sugerindo que quanto maior a idade dos motoristas, mais elevado o nível de despersonalização experienciado pelos mesmos.

Tabela 5
Coefficientes de correlação de Pearson entre a idade e o Burnout

MBI	Idade	
	r	R ²
Exaustão Emocional	-0,028	0,08
Despersonalização	0,241	5,81
Realização Pessoal	-0,101	1,02

Relação entre o tempo de profissão e o *burnout* (H2)

Pretende-se agora verificar se o *tempo de profissão* possui alguma influência nos níveis *burnout* experienciados pelos motoristas da nossa amostra (H2). Para testar esta hipótese, foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson entre as três subescalas do MBI e as variáveis *tempo de profissão* e *tempo de profissão na empresa* (Tabela 6).

Tabela 6

Coefficientes de correlação de Pearson entre o tempo de profissão, o tempo de serviço na empresa e o Burnout

MBI	Tempo de Profissão		Tempo de Profissão na Empresa	
	r	R ²	r	R ²
Exaustão Emocional	-0,029	0,08	-0,067	0,45
Despersonalização	0,181	3,28	0,317*	10,05
Realização Pessoal	-0,052	0,27	-0,237	5,62

* $p < 0,05$

Conforme se pode verificar pela análise da tabela anterior, o tempo de profissão possui uma correlação nula com o *burnout*, levando-nos a admitir que esta variável parece não ter influência nos níveis de *burnout* dos motoristas participantes do estudo. Porém, quando consideramos o *tempo de profissão na empresa*, já encontramos uma correlação positiva com a dimensão do *burnout despersonalização* ($r = 0,317$; $p = 0,046$; $R^2 = 10,05\%$), sugerindo que, quanto mais tempo se encontram ao serviço desta empresa, maiores os níveis de *despersonalização* experienciados por estes trabalhadores. A *realização pessoal*, embora apresente uma correlação que não atinge o limiar de significação estatístico convencional, indica uma magnitude de $R^2 = 5,62\%$ demonstrativa de uma associação negativa com o *tempo de profissão na empresa* (ou seja, um maior tempo de serviço na empresa determina, possivelmente, menores níveis de *realização pessoal*). Estes resultados levam-nos a admitir que a H2 encontrou suporte empírico. O *tempo de profissão na empresa* possui influência nos níveis de *burnout* dos motoristas, nas dimensões *despersonalização* e *realização pessoal*.

Influência do tipo de vínculo com a empresa no *burnout* (H3)

O teste desta hipótese realizou-se com recurso a uma análise multivariada da variância (MANOVA, com procedimento *general linear model*), tendo sido consideradas as três subescalas do MBI como variáveis dependentes (VD) e o tipo de vínculo organizacional como variável independente (VI). Esta VI foi operacionalizada em dois níveis: 1) Contrato a termo ($n = 26$) e 2) Contrato sem termo/efetivo ($n = 14$).

Assegurados os pressupostos para a realização da MANOVA [o teste de *M de Box* encontrou um $M = 6,18$; $F(6, 4599) = 0,93$; $p = 0,474$], prosseguimos com a análise dos resultados do teste multivariado, que indicam a inexistência de um efeito global

estatisticamente significativo [Λ de Wilks = 0,870; $F(3, 36) = 1,79$; $p = 0,166$]. Todavia, a análise dos testes univariados permitem-nos verificar a existência de diferenças significativas ao nível da *despersonalização*, ao encontrarem um $F(1, 38) = 4,81$; $p = 0,034$. As pontuações médias, os desvios-padrão e os resultados dos testes univariados indicam-se na Tabela 7; a Figura 1 representa graficamente estes resultados.

Tabela 7

Pontuações médias e desvios-padrão das subescalas do MBI em função do tipo de vínculo com a empresa: Testes univariados

MBI	Tipo de Vínculo com a Empresa						F (1, 38)
	Contrato a termo (n = 26)		Contrato sem termo/efetivo (n = 14)		Total (N = 40)		
	M	DP	M	DP	M	DP	
Exaustão Emocional	19,69	9,47	20,93	13,15	20,13	10,74	0,12
Despersonalização	7,54	4,44	11,50	6,99	8,93	5,71	4,81*
Realização Pessoal	29,92	7,32	28,71	7,83	29,50	7,42	0,63

* $p < 0,05$

Como podemos verificar, os motoristas em regime de efetividade demonstram níveis de despersonalização significativamente mais elevados do que os que se encontram em regime de contrato a prazo. A análise das pontuações médias também nos informa que os motoristas efetivos mostram maiores níveis de exaustão emocional e uma menor realização pessoal, embora estes dois resultados não sejam estaticamente significativos. Estes resultados sugerem que o tipo de vínculo determina diferenças significativas nos níveis de *burnout*, pelo que a H3 recebe suporte empírico.

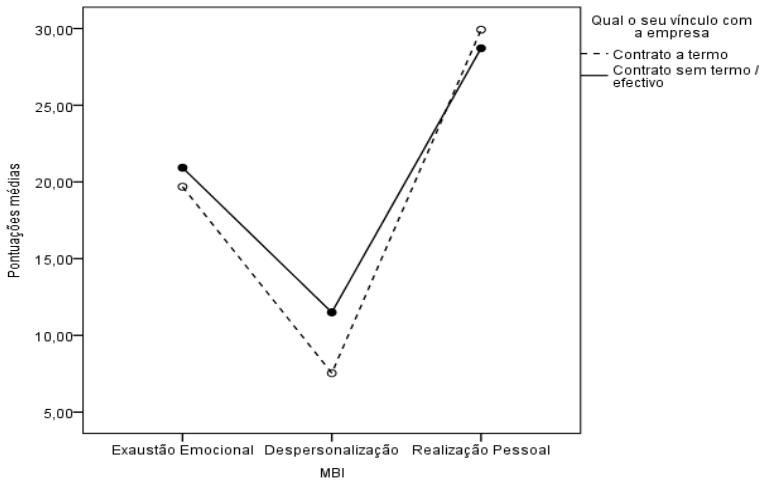


Figura 1. Pontuações médias das subescalas do MBI em função do tipo de vínculo com a empresa.

Influência da falta de valorização pela chefia no *burnout* (H4)

Por fim, analisamos a influência da *falta de valorização pela chefia* no *burnout* desta amostra de motoristas. A realização da MANOVA retomou como VD as três subescalas do MBI, tendo agora tomado como VI a resposta à questão “sente-se valorizado pela chefia?”. Esta VI operacionaliza-se em dois níveis, pelos quais se distribuem os participantes: 1) Sim ($n = 10$); 2) Não ($n = 30$). Verificado estarem assegurados os pressupostos à utilização confiável da MANOVA [$M = 4,54$, $F(6, 1700) = 0,66$, $p = ,686$], prosseguimos com o estudo com confiança nos resultados. O teste multivariado devolveu um Λ de Wilks = $0,773$, $F(3, 36) = 3,53$, $p = 0,024$, demonstrando que o efeito global é estatisticamente significativo. Da inspeção aos testes univariados verificamos que as diferenças significativas encontradas residem na subescala *exaustão emocional*: $F(1, 38) = 9,09$, $p = 0,005$. As pontuações médias, os desvios-padrão e os resultados dos testes univariados podem consultar-se na Tabela 8.

Tabela 8

Pontuações médias e desvios-padrão das subescalas do MBI em função da razão não ser valorizado pela chefia: Testes univariados

MBI	Falta de Valorização da Chefia						F (1, 38)
	Sim (n = 10)		Não (n = 30)		Total (N = 40)		
	M	DP	M	DP	M	DP	
Exaustão Emocional	28,20	8,48	17,43	10,15	20,13	10,74	9,09**
Despersonalização	9,50	6,67	8,73	5,46	8,93	5,71	0,13
Realização Pessoal	28,40	7,97	29,87	7,33	29,50	7,42	0,29

** p < 0,01

Verificamos que os motoristas que consideram não ser valorizados pelas chefias indicam níveis de exaustão emocional significativamente superiores aos daqueles que não consideram que a chefia não os valoriza. Na Figura 2, disponibilizamos a representação gráfica destes resultados, que nos permitem admitir como plausível que a falta de valorização por parte das chefias favorece, de forma significativa, o *burnout* dos motoristas. Tais resultados conferem suporte empírico à H4.

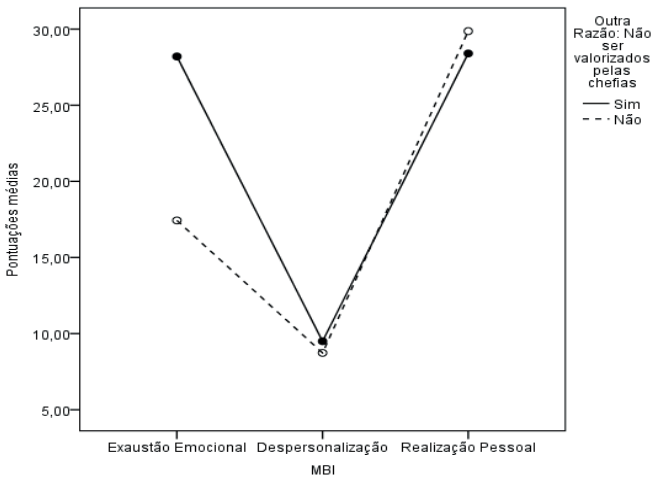


Figura 2. Pontuações médias das subescalas do MBI em função de não ser valorizado pelas chefias.

DISCUSSÃO

Não obstante a pertinência do estudo das variáveis consideradas nesta investigação e nesta população, constatámos que, na literatura da especialidade, dificilmente encontramos estudos idênticos passíveis de serem comparados com os nossos, quer nacionais, quer internacionais. Com efeito, os trabalhos que existem em Portugal sobre o *burnout* têm como alvo de estudo, em regra, profissionais da saúde e do ensino. Como estas profissões são maioritariamente desenvolvidas por funcionários de empresas públicas e o ramo de atividade aqui estudado é principalmente detido por privados, esta condição é suficiente para trazer duas diferenças principais, a nosso ver: 1) Os motoristas são do setor privado e não do público, logo, existe uma perspetiva e um grau de ansiedade diferente (pressão pelos objetivos, o nível motivação, a estabilidade de emprego, entre outros); 2) naturalmente, é enorme a diferença na natureza das funções desempenhadas entre as amostras que existem como termo de comparação.

Os resultados deste estudo sugerem que a exaustão emocional tem uma relação tendencialmente negativa com a idade, indicando que a uma maior idade cabem menores níveis de exaustão emocional. A mesma tendência verifica-se com a realização pessoal (a uma maior idade correspondem menores níveis de realização pessoal). Já a despersonalização parece ter propensão para aumentar com a idade dos participantes. Comparámos estes resultados com os obtidos por Leenders (2010), que realizou um estudo com trabalhadores holandeses mais velhos, acima de 50 anos, onde procurou investigar o desgaste destes trabalhadores e a existência de uma possível relação entre as dimensões de *burnout* exaustão, cinismo e competência e as intenções de reforma antecipada, tendo encontrado uma correlação negativa da idade com a exaustão emocional (quanto maior é a idade menor é a exaustão emocional). No entanto, enquanto no presente estudo se encontraram correlações positivas entre a idade e a despersonalização e negativas com a realização pessoal, o estudo de Leenders (2010) mostra exatamente o inverso. Esta diferença de resultados pode, a nosso ver, dever-se a vários fatores, como as características distintas das amostras estudadas, a sua dimensão, a cultura, entre outros. Tal poderá constituir um estímulo à continuação da investigação neste domínio, para melhor se compreender os processos envolvidos na relação entre as variáveis estudadas.

O tempo de profissão também parece influenciar os níveis de *burnout* dos motoristas, sendo ao nível do tempo de profissão na empresa, nas dimensões despersonalização e realização pessoal, que esta influência é mais evidente (quanto maior o tempo de serviço na empresa, maiores os níveis de despersonalização). Estes resultados são consistentes com os alcançados por Xanthopoulou et al. (2007), que analisaram a forma como a interação entre as exigências e os recursos do trabalho dos funcionários de uma organização holandesa de cuidados domiciliários afetam as dimensões nucleares de *burnout* (exaustão e cinismo).

Os motoristas em *regime de efetividade* revelaram níveis de *despersonalização* significativamente piores do que os que se encontram em *regime de contrato a prazo*. Este resultado leva-nos a crer que os níveis mais baixos de *despersonalização* devem-se ao facto de os motoristas efetivos se sentirem mais seguros na empresa, devido ao tipo de vínculo laboral que possuem com a empresa.

No que concerne à variável falta de valorização pelas chefias, os resultados por nós encontrados neste estudo sugerem a existência de diferenças significativas nos níveis de *burnout* dos motoristas. Por outras palavras, os motoristas que consideram não ser valorizados pelas chefias apresentaram níveis de exaustão emocional significativamente superiores ao daqueles que não consideram que a chefia não os valoriza. Atendendo a que esta variável está, de certa forma, relacionada com a satisfação no trabalho, concluímos ser admissível supor que os motoristas que não se sentem valorizados pelas suas chefias sentem menores níveis de satisfação no trabalho. Este resultado é corroborado por Tsigilis, Koustelios, e Togia (2004), que encontram uma relação negativa muito forte entre o *burnout* e a satisfação no trabalho, num estudo que examinou a relação multivariada entre *burnout*, a satisfação no trabalho e o seu grau de distinção.

SÍNTESE

Como previamente referido, em Portugal a pesquisa em sobre *burnout* nos motoristas (de pesados de mercadorias, passageiros ou outros) é muito parca. Esta condição, se, por um lado, se constitui como uma mais-valia, porque, ao tratar-se de um estudo pioneiro no país, vem trazer algum contributo ao entendimento desta temática nestes trabalhadores específicos, por outro lado, o facto de não existirem estudos que pudéssemos usar como termo de comparação, principalmente na discussão dos resultados, constituiu uma forte limitação. Contudo, os estudos de outros autores sobre os temas aqui abordados proporcionaram um suporte valioso a esta investigação. Com efeito, os resultados encontrados, no nosso estudo, sugerem a prossecução dos estudos nesta área, através da introdução de novas variáveis relacionadas com o *burnout* e, mais especificamente, no que concerne aos riscos psicossociais dos motoristas internacionais de pesados de mercadorias.

Concluímos que a *despersonalização* tende a aumentar com o avanço da idade; que os motoristas com mais tempo de serviço na empresa não se sentem realizados pessoalmente, tratando (eventualmente) pior os clientes (maior *despersonalização*); que os que detêm contratos de trabalho a termo parecem gerir melhor os seus níveis de *burnout*; e que a falta de valorização pelas chefias também surte um impacto negativo no *burnout* dos motoristas.

Se atendermos a que a despersonalização é um fator negativo para a empresa e para a sua imagem, recomenda-se a implementação de formação na área da gestão das emoções que permita contrariar esta tendência e manter o vínculo à empresa dos motoristas com mais idade. De igual forma, devem ser promovidas atividades sistemáticas (formações, *ateliers* e atividades lúdicas) que fomentem o convívio e, conseqüentemente, a motivação nos motoristas com mais tempo de casa (antiguidade na empresa). Sugere-se, ainda, que sejam criadas ferramentas para que a efetividade não seja vista como um fim de linha na carreira profissional, associado a sentimentos de que não há nada mais para além do que já se atingiu. Aconselha-se, para aumentar a realização pessoal destes trabalhadores, que seja promovida, por parte das chefias, a valorização do trabalho realizado pelos motoristas.

Como qualquer investigação científica, também esta não é isenta de limitações, que convém destacar. A primeira, e eventualmente a principal, é o facto de a recolha dos dados ter sido realizada por meio de questionário de autorresposta. Se esta forma de recolha de dados pode ser mais célere, económica e proporcionar uma mais fácil e rápida leitura dos resultados, por outro lado, existe o problema da desejabilidade social que não se consegue evitar neste método de amostragem, na qual os participantes podem decidir responder com base em critérios do que consideram socialmente aceite e não ter manifestado as suas verdadeiras opiniões. O tamanho da amostra também foi uma limitação, embora, ao tratar-se de um estudo de caso, e atendendo ao facto de a empresa ser de média dimensão, consideramos positiva a taxa de retorno das respostas (cerca de 60% da população de motoristas). Também o facto de se tratar de um estudo de caso que, embora tendo toda a validade científica, não permite extrapolar os resultados para a população em geral, constituiu, igualmente, uma limitação ao estudo.

Quanto a futuras investigações, sugere-se que seja usada uma amostra maior, num estudo transversal, com recolha de dados em dois momentos distintos e comparação destes para verificar a estabilidade temporal das respostas obtidas ou como uma forma de se avaliar se as recomendações efetuadas e postas em prática surtiram efeitos positivos. Aconselhamos que sejam realizados novos estudos com amostras que permitam a comparação entre géneros (que neste estudo não foi possível), assim como a introdução de uma nova variável ao estudo do *burnout* nos motoristas, que poderá ser a idade da frota (condições de trabalho).

Espera-se que este trabalho contribua para a investigação científica nesta área e que as conclusões alcançadas, que levaram às recomendações aqui propostas, venham baixar de forma efetiva os níveis de *burnout* dos motoristas. É espectável que as medidas aqui propostas permitam melhorar as políticas de gestão dos recursos humanos (com foco principal nos motoristas) e que estas medidas tenham o impacto positivo esperado, não apenas em termos do crescimento da empresa, mas também na melhoria das condições de trabalho destes profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2015). *Riscos psicossociais e stresse no trabalho*. Recuperado de <https://osha.europa.eu/pt>
- Aziz, S., Wuensch, K. L., & Brandon, H. R. (2010). A Comparison among worker types using a composites approach and median splits. *The Psychological Record*, 60, 627-642.
- Carrera, J. F. (2011). Stress e *burnout*: Um estudo de caso de assistentes sociais que trabalham com idosos em IPSS's (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Portugal.
- Commission of the European Communities. (2007). *Improving quality and productivity at work: Community strategy 2007-2012 on health and safety at work (2007-2012)*. Brussels, Belgium: Author.
- Cunradi, C. B., Chen, M.-J., & Lipton, R. (2009). Association of occupational and substance use factors with *burnout* among urban transit operators. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 86(4), 562-570. doi:10.1007/s11524-009-9349-4
- Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de exaustão (burnout)*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Newbury Park, USA: SAGE Publications.
- Dolan, S. L., García, S., & Díez-Piñol, M., (2005). *Autoestima, estrés y trabajo*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Eurostat. (2009). *Population and social conditions*. Luxemburgo, LX: Publications Office of the European Union.
- Eurostat. (2010). *MEDSTAT II: Transport, energy and environment in the Mediterranean partner countries*. Luxemburgo, LX: Publications Office of the European Union.
- Fernet, C., Gagné, M., & Austin, S. (2010). When does quality of relationships with coworkers predict *burnout* over time? The moderating role of work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 31, 1163-1180. doi: 10.1002/job.673
- Fortin, M.-F. (2009). *Processo de investigação: Da conceção à realização* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Frangopoulos, E. D., Eloff, M. M., & Venter, L. M. (2013). Psychosocial risks: Can their effects on the security of information systems really be ignored? *Information Management & Computer Security*, 21(1), 53-65. doi: 10.1108/09685221311314428
- International Labour Office. (1986). *Psychosocial factors at work: Recognition and control*. Geneva, Switzerland: Author
- John, O. P., & Benet-Martínez, V. (2000). Measurement: Reliability, construct validation, and scale construction. In H. T. Reis & C. M. Judd (Eds.), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (pp. 339-369). Cambridge, United Kingdom: University Press.

- Kemp, E., Kopp, S. W., & Kemp, E. (2013). Six days on the road: Will I make it home safely tonight? Examining attitudes toward commercial transportation regulation and safety. *The International Journal of Logistics Management*, 24(2), 210-229. doi: 10.1108/IJLM-08-2012-0080
- Landa, J. M., Berrios-Martos, M. P., López-Zafra, E., & Luzón, M. C. (2006). Relación entre *burnout* e inteligência emocional y su impacto en salud mental, bienestar y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 479-493.
- Leenders, K. H., (2010). *Burnout* and older workers' intentions to retire. *International Journal of Manpower*, 31(3), 306-321. doi: 10.1108/01437721011050594.
- Martinez, M. C., & Paraguay, A. I. (2003). Satisfação e saúde no trabalho: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 6, 59-78.
- Maslach, C. (2005). Entendendo o *Burnout*. Em A. M. Rossi, P. L. Perrewé & S. L. Sauter (Orgs), *Stress e qualidade de vida no trabalho: Perspetivas atuais da saúde ocupacional* (pp. 41-55). São Paulo, Brasil: Editora Atlas
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced *burnout*. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Melo, B., Gomes, A., & Cruz, J. (1999). *Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do Burnout para profissionais de Psicologia. Avaliação Psicológica: Forma e conceitos*. Braga, Portugal: APPORT.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York, USA: McGraw-Hill.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Scarnera, P., Bosco, A., Soleti, E., & Lancioni, G. E. (2009). Preventing *burnout* in mental health workers at interpersonal level: An Italian pilot study. *Community Mental Health Journal*, 45(3), 222-227. doi: 10.1007/s10597-008-9178-z
- Shepherd, C. D., Thomas, S., Williams, D., & Liao-Troth, S. (n.d.). *Exploring job burnout: Is there a relationship with truck driver turnover intentions?*. Recuperado de https://cscmp.org/sites/default/files/user_uploads/academia/downloads/12proceed/presentation4.pdf
- Tsigilis, N., Koustelios, A., & Togia, A. (2004). Multivariate relationship and discriminant validity between job satisfaction and *burnout*. , 19(7), 666-675.
- Vetrivel, S. C., Suganya Bharathi, S., & Priyadarshini, G. (2014). Stress management among bus drivers: An empirical study. *Advances in Management*, 7(11), 18-23.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Dollard, M. F., Demerouti, E., Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & Schreurs, P. J. (2007). When do job demands particularly predict *burnout*? *Journal of Managerial Psychology*, 22(8), 766-786. doi: 10.1108/026839 40710837714

CAPÍTULO IV

BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PERIOPERATÓRIA: ESTUDO TRANSVERSAL

LÚCIA GONÇALVES, PEDRO GODINHO,
ISABEL ARQUEIRO, JOANA LAVADO,
SANDRA LEAL, ELISABETE VALENTE

Resumo:

Introdução: O *burnout* é uma síndrome de esgotamento causada pela vida profissional. As profissões de saúde são particularmente atingidas devido à exigência física e psicológica que implicam. Este estudo investigou *burnout* em profissionais de saúde perioperatória no Centro Hospitalar de Leiria (assistentes operacionais [AO], enfermeiros e médicos).

Métodos: Entre dezembro de 2015 e janeiro de 2016 foi disponibilizado um questionário *online* contendo a versão portuguesa do *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey*, e questões sociodemográficas e laborais.

Resultados: Um total de 77 profissionais participou no estudo (15 AOs, 48 enfermeiros e 14 médicos), com idade média 45,4 anos e 85,7% do sexo feminino. Seis profissionais apresentaram *burnout* (7,8%; todos estes enfermeiros). Enfermeiros apresentaram maior prevalência de elevada exaustão emocional (EE), comparativamente a médicos e AOs (58,3%, 50,0%, 20,0%, respetivamente; $p = 0,035$). A pontuação de EE foi superior em mulheres (27,0, 17,0; $p = 0,012$). A dimensão Despersonalização não apresentou diferenças significativas entre os 3 grupos de profissionais, tal como a dimensão baixa realização pessoal.

Discussão: Este estudo permitiu uma primeira visão do *status* psicológico em profissionais de saúde perioperatória, sugerindo alguns grupos mais suscetíveis a *burnout* e confirmando a exigência física e emocional associada a estas profissões.

Palavras-chave: burnout; pessoal de saúde; perioperatório

Abstract:

Introduction: Burnout is a state of exhaustion caused by the professional life. Health professions are particularly at risk, due to their physical and psychological demands.

This study assessed burnout in perioperative professionals in Centro Hospitalar de Leiria (orderlies, nurses and physicians).

Methods: Between December 2015 and January 2016, an online questionnaire was made available with the Portuguese version of the Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey, as well as professional and sociodemographic questions.

Results: A total of 77 professionals participated (15 orderlies, 48 nurses and 14 physicians), mean age 45.4 years and 85.7% female. Burnout was observed in 6 workers (7.8%; all nurses). Nurses presented higher prevalence of emotional exhaustion, compared with physicians and orderlies (58.3% vs 50.0% vs 20.0%; $p=.035$). Emotional exhaustion score was higher in females (27.0 vs 17.0; $p=.012$). Depersonalization was not significantly different between professional groups, as well as diminished personal accomplishment.

Discussion: This study provides a preliminary view of the psychological status of perioperative health professionals, suggesting some susceptible groups and confirming the stress associated with such professions.

Keywords: burnout; health care providers; perioperative

INTRODUÇÃO

O *burnout* (ou síndrome do esgotamento profissional) foi introduzido na literatura científica por Freudenberger (1974) como um estado de exaustão física e mental, causado pela vida profissional. Esta síndrome considerou-se comum em profissionais de serviços humanos, resultante da tensão emocional e esforços derivados do contacto com pessoas, em especial com problemas (Pires, Mateus, & Câmara, 2004).

A definição mais usada e aceite na comunidade científica encontra-se fundamentada na perspetiva sociopsicológica, a qual define o *burnout* em 3 dimensões (Carlotto, Nakamura, & Câmara, 2006; Poghosyan, Aiken, & Sloane, 2009): Exaustão emocional (EE) definida por sentimentos de excessivo stresse emocional, Despersonalização (DS), caracterizada por atitude insensível e indiferente (em profissionais de saúde, traduz-se na execução dos cuidados de saúde, face ao doente) e Baixa realização pessoal/profissional (RP), caracterizada por sentimento de incompetência na atividade laboral.

O profissional de saúde encontra-se particularmente vulnerável a esta síndrome devido à exigência física e psicológica associada ao trabalho, sobrecarga laboral e carácter humanista da profissão (de Valk & Oonstrom, 2007; Peterson et al. 2008). Nesta área laboral, o *burnout* traz consequências negativas para profissionais, doentes e entidades prestadoras, devido ao decréscimo na qualidade do tratamento prestado e elevado absentismo resultantes desse processo (Kowalski et al., 2010; Salyers et al., 2016; Zoni, Albini, Benedetti, Parrinello, & Lucchini, 2009).

DESENVOLVIMENTO

Vários estudos internacionais foram publicados, recentemente, no âmbito da avaliação da prevalência e dos fatores de risco associados ao *burnout* em profissionais de saúde, com resultados variáveis (prevalências entre 10,4% e 45,8%), que podem ser explicados por diferenças culturais, nas condições de trabalho e nas profissões exercidas (Magalhães et al., 2015; Shanafelt et al., 2012). Em Portugal, o *burnout* tem sido estudado em diversas profissões e contextos. Por exemplo, num estudo em unidades de cuidados intensivos, observou-se uma prevalência de 31% (Teixeira, Ribeiro, Fonseca, & Carvalho, 2013). Foi também publicado recentemente um estudo com uma amostra de profissionais que exerciam as suas funções em unidades de cuidados paliativos, apresentando uma percentagem de *burnout* de apenas 3%, mas com 13% dos profissionais mostrando alto risco para desenvolver a síndrome, traduzido na publicação por um *score* de risco em 2 das 3 dimensões do *burnout* (Pereira et al., 2014). Mais recentemente, foi publicado um estudo analisando médicos e enfermeiros com funções em hospitais, unidades de saúde familiares, unidades de cuidados de saúde personalizados e instituições privadas portuguesas (Marôco et al., 2016). Entre os profissionais analisados neste estudo, 21,6% apresentaram *burnout* moderado e 47,8% *burnout* elevado.

Embora os múltiplos estudos realizados e publicados, em Portugal, no grupo específico dos profissionais de saúde que trabalham no bloco operatório, existe alguma falta de informação, nomeadamente quanto à prevalência da síndrome e fatores de risco associados. Sendo este um problema de impacto, não só nos profissionais de saúde como também na qualidade dos serviços de saúde prestados. É importante reconhecer a sua epidemiologia, a fim de se planearem e implementarem estratégias preventivas e interventivas eficazes.

MÉTODO

Este foi um estudo transversal, conduzido no Centro Hospitalar de Leiria (CHL), entre dezembro de 2015 e janeiro de 2016, com o objetivo de analisar a prevalência de *burnout* em profissionais de saúde, e avaliar potenciais fatores de risco. O estudo incidiu sobre uma amostra de profissionais de saúde (médicos [internos e especialistas], enfermeiros e assistentes operacionais [AO]), com pelo menos 6 meses de experiência no CHL, os quais foram convidados a participar no estudo. Para o efeito, foi enviado um convite por correio electrónico aos referidos profissionais, explicando-se o estudo e convidando-os a participar nele, sendo disponibilizado um *link* para um questionário *online* anonimizado (criado utilizando-se o *software* LimeSurvey). Foi pedido aos participantes para preencherem a versão portuguesa do *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS; Elvivo, Pinto, Fronteira, & Mendes, 2014). Este questionário é composto por 22 questões divididas nas dimensões EE, DS e RP. Neste inquérito, foram ainda colocadas algumas

questões sociodemográficas e de cariz laboral, para caracterização da amostra. A Tabela 1 apresenta os diferentes graus para cada dimensão do questionário MBI-HSS consoante a sua pontuação (Ribas, 2010). Neste estudo, definiu-se a presença de *burnout* pela pontuação elevada nas escalas de exaustão emocional e despersonalização e uma pontuação baixa na escala de realização pessoal.

Tabela 1
Graus de pontuação do inventário de burnout de Maslach

	Exaustão emocional	Realização pessoal	Despersonalização
Grau baixo	≤ 18	≤ 33	≤ 5
Grau moderado	19-26	34-39	6-9
Grau elevado	≥ 27	≥ 40	≥ 10

Nota. Fonte: Ribas, 2010.

Após a resposta, a participação dos profissionais no estudo foi dada como terminada, sendo os dados incluídos na base de dados do estudo e analisados.

No âmbito desta publicação, apenas os resultados do estudo referente aos profissionais de saúde que exercem funções no bloco operatório são apresentados e discutidos.

Análise de dados

Para a caracterização da amostra foi efetuada uma análise descritiva dos dados, recorrendo-se a estatísticas para o efeito. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas, enquanto as variáveis numéricas foram sumarizadas por medidas de tendência central (médias e medianas) e de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo).

A proporção de participantes com *burnout* foi sumarizada e acompanhada pelos respetivos intervalos de confiança a 95% (IC95%).

Foram efetuadas comparações entre grupos de participantes usando o teste do qui-quadrado ou teste exacto de Fisher, para comparação de variáveis categoriais. Para comparações de variáveis numéricas entre 2s grupos, foi utilizado o teste *t* para amostras independentes, ou teste de Mann-Whitney. Por sua vez, a análise de variância ou o teste de Kruskal-Wallis, foram utilizados para comparar variáveis numéricas face a 3 ou mais grupos.

O tratamento e respetiva análise dos dados foram realizados através do programa informático SPSS® Versão 22.0 (Statistical Package for Social Sciences) para o Windows.

RESULTADOS

Os dados demográficos e laborais referentes aos 77 profissionais que participaram no estudo encontram-se descritos nas Tabelas 2 e 3, respetivamente. Dado o baixo número de médicos internos, estes foram avaliados em conjunto com especialistas num só grupo, designado *médicos*, nas análises comparativas descritas mais à frente neste capítulo.

Tabela 2
Dados sociodemográficos

	Total (<i>n</i> = 77)	
Idade, anos: média ± <i>DP</i>	45,4 ± 8,5	
Sexo feminino, <i>n</i> (%)	66	(85,7%)
Estado civil, <i>n</i> (%)		
Solteira(o)	8	(10,4%)
Divorciada(o)	12	(15,6%)
Casada(o) ou União de facto	57	(74,0%)
Grau académico, <i>n</i> (%)		
1º ciclo	1	(1,3%)
2º ou 3º ciclo	8	(10,4%)
12º ano	6	(7,8%)
Bacharelato	1	(1,3%)
Licenciatura	35	(45,5%)
Pós-Graduação	8	(10,4%)
Especialidade	8	(10,4%)
Mestrado	9	(11,7%)
Doutoramento	1	(1,3%)

Nota. *DP* = Desvio padrão.

Tabela 3
Dados profissionais

	Total (n = 77)	
Profissão, n (%)		
Assistente operacional	15	(19,5%)
Enfermeiro	48	(62,3%)
Médico interno	4	(5,2%)
Médico especialista	10	(13,0%)
Tipo de horário, n (%)		
Fixo	30	(39,0%)
Por turnos	47	(61,0%)
Tipo de horário, n (%)		
Fixo	30	(39,0%)
Por turnos	47	(61,0%)
Salário bruto, n (%)		
500 - 999 €	12	(16,4%)
1000 - 1499 €	40	(54,8%)
1500 - 1999 €	7	(9,6%)
2000 - 2499 €	3	(4,1%)
>2499 €	11	(15,1%)
Não respondeu (dados omissos)	4	
Tipo de contrato, n (%)		
Por tempo indeterminado	65	(84,4%)
Resolutivo certo	7	(9,1%)
Resolutivo incerto	1	(1,3%)
Outro*	4	(5,2%)

*Outras respostas incluem: *efetivo* (n = 2); *quadro* (n = 1); e *quadro função pública* (n = 1).

Na Figura 1 podemos observar os resultados sobre a prevalência de *burnout* na amostra de profissionais estudada. As pontuações totais e por grupos, tendo em conta

o sexo (masculino vs feminino), podem ser visualizadas na Figura 2. Adicionalmente, importa referir que as pontuações elevadas nas dimensões de EE e DS, em conjunto com pontuações baixas obtidas na dimensão de RP, estão apresentadas nas referidas figuras.

Em termos de resultados, e pela observação das referidas figuras, verificamos que um total de 6 profissionais apresentou *burnout* (7,8% do total da amostra; IC95%: 1,8 - 13,8%). Estes profissionais pertencem ao grupo de enfermeiros do sexo feminino, representando 12,5% do total dos enfermeiros inquiridos neste estudo. Relativamente às três dimensões do *burnout* – EE, DS e RP, acresce referir que o grupo dos enfermeiros deste estudo foi o que apresentou maior prevalência de EE, comparativamente ao grupo dos médicos e ao grupo dos assistentes operacionais (58,3%, 50,0%, e 20,0%, respetivamente; $p = 0,035$).

Adicionalmente, neste estudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à relação entre as variáveis sociodemográficas estudadas e as três dimensões de *burnout*, pelo que optámos por não apresentar os respetivos resultados neste capítulo.

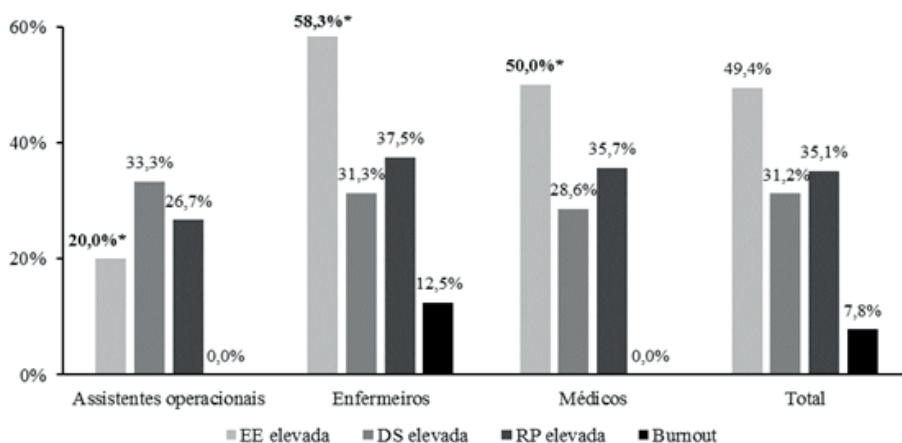


Figura 1. Distribuição de *burnout* entre os profissionais de saúde. DS = despersonalização; EE = exaustão emocional; RP = realização pessoal. *Análise estatisticamente significativa (qui-quadrado; $p = 0,035$).

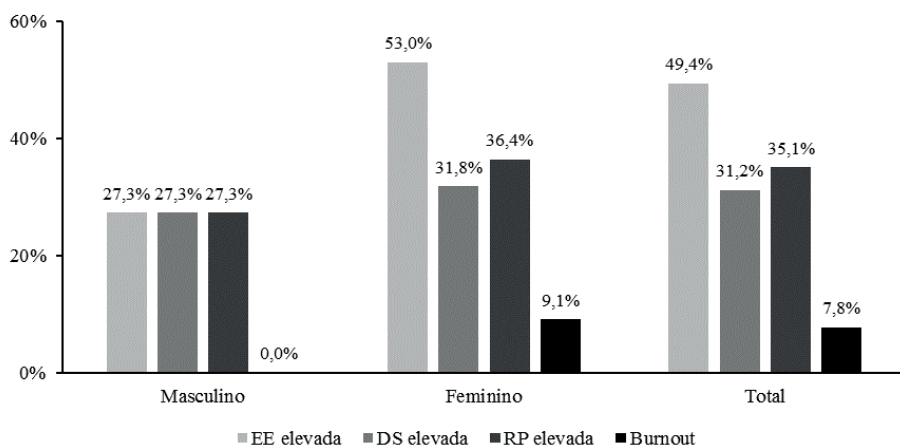


Figura 2. Distribuição de *burnout* e pontuações necessárias para a sua classificação segundo o sexo. DS = despersonalização; EE = exaustão emocional; RP = realização pessoal.

Os resultados sobre as pontuações obtidas pelos participantes do estudo na escala de *burnout* (MBI-HSS), por sexo e profissão, estão descritos nas Tabelas 4 e 5, respetivamente. Uma análise aos referidos quadros/resultados permitem-nos observar, como resultado mais evidente, a existência de um *score* médio de EE superior no sexo feminino, comparativamente ao masculino (27,0, 17,1, respetivamente; $p = 0,012$). Relativamente às restantes dimensões (DS e RP), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre sexos. Ao compararmos classes profissionais, verificamos uma maior percentagem de enfermeiros com exaustão emocional elevada, comparativamente a AOs e médicos (58,3%, 20,0%, 50,0%, respetivamente; $p = 0,035$), enquanto as restantes dimensões não mostraram diferenças estatisticamente significativas entre classes.

Tabela 4
Pontuações nas dimensões de MBI-HSS por sexo

	Total	Feminino	Masculino	Valor p
EE				
Média±DP	25,6 ± 12,3	27,0 ± 11,5	17,1 ± 13,9	0,012
Med (mín-max)	25,0 (3-54)	27,0 (8-54)	12,0 (3-43)	TT

Tabela 4 (Continuação)
Pontuações nas dimensões de MBI-HSS por sexo

	Total	Feminino	Masculino	Valor <i>p</i>
DS				
Média± <i>DP</i>	6,9 ± 5,7	6,9 ± 5,8	6,6 ± 5,2	0,994
<i>Med</i> (mín-max)	5,0 (0-22)	5,5 (0-22)	5,0 (0-17)	MW
RP				
Média± <i>DP</i>	34,6 ± 8,6	34,5 ± 8,5	35,2 ± 10,0	0,580
<i>Med</i> (mín-max)	36,0 (9-48)	35,5 (9-48)	39,0 (17-45)	MW

Nota. *DP* = desvio padrão; DS = despersonalização; EE = exaustão emocional; *Med* = mediana; MW = Mann-Whitney; RP = realização pessoal; TT = teste *t*.

Tabela 5
Pontuações nas dimensões de MBI-HSS por profissão

	Total	Assistentes operacionais	Enfermeiros	Médicos	Valor <i>p</i>
EE					
Média± <i>DP</i>	25,6 ± 12,3	20,5 ± 10,3	27,8 ± 12,7	23,6 ± 11,4	0,103
<i>Med</i> (mín-max)	25,0 (3-54)	20,0 (8-46)	28,0 (3-54)	26,0 (4-40)	ANOVA
DS					
Média± <i>DP</i>	6,9 ± 5,7	7,1 ± 5,7	6,9 ± 6,1	6,4 ± 4,5	0,952
<i>Med</i> (mín-max)	5,0 (0-22)	6,0 (0-18)	5,0 (0-22)	5,5 (0-16)	KW
RP					
Média± <i>DP</i>	34,6 ± 8,6	36,9 ± 10,5	33,7 ± 8,4	35,1 ± 7,2	0,232
<i>Med</i> (mín-max)	36,0 (9-48)	39,0 (9-48)	35,0 (12-47)	5,5 (36-45)	KW

Nota. ANOVA = análise de variância; *DP* = desvio padrão; DS = despersonalização; EE = exaustão emocional; *Med* = mediana; KW = Kruskal-Wallis; RP = realização pessoal.

Acresce referir que, tendo em conta que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da relação entre cada dimensão de *burnout* (EE, DS e RP) e as variáveis sociodemográficas e profissionais consideradas neste estudo, optámos por não apresentar os referidos resultados.

DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado com o objetivo de avaliar a prevalência de *burnout* e potenciais fatores de risco em uma amostra de profissionais que exercem funções no bloco operatório do CHL. Em termos de amostra, a maioria dos profissionais participantes são do sexo feminino (85,7%), e pertencem à categoria dos enfermeiros (62,3%).

A presença de elevada EE e DS, acompanhada de baixa RP (sinais indicativos de presença de *burnout*) observou-se, predominantemente no grupo dos enfermeiros, e do sexo feminino ($n = 6$; 7,8% da amostra total; 9,1% dos participantes do sexo feminino; 12,5% dos participantes enfermeiros). Na literatura científica nacional sobre este tema, alguns estudos recentes corroboram a ideia de existência de um risco superior de *burnout* no grupo de profissionais do sexo feminino, apesar da diferença de riscos, entre as classes profissionais, não ser clara em alguns estudos (Pereira et al., 2014; Teixeira et al., 2013). Curiosamente, em estudos internacionais realizados em ambiente perioperatório, a diferença entre sexos não parece ser evidente, e em alguns estudos os resultados apontam para um risco superior na classe médica (Hyman et al., 2011). Ainda assim, várias publicações focadas no estudo de *burnout* em enfermeiros alertam para elevado risco de desenvolvimento da síndrome dentro desta classe profissional, em vários serviços hospitalares (Gómez-Urquiza et al., 2016; Jesse, Abouljoud, Hogan, & Eshelman, 2015; Nie et al., 2015).

A leitura dos resultados obtidos com este estudo deve ter em consideração a representação superior de enfermeiros e de profissionais do sexo feminino na amostra, podendo existir uma sub-representação de outras classes profissionais e do sexo masculino, com possível impacto nos resultados finais. Independentemente destes pontos, é inegável que o desgaste físico e emocional em profissionais de saúde no bloco operatório é um facto consensual com a literatura da especialidade (Basinska & Wilczek-Ruzyczka, 2013; Hyman et al., 2011; Rama-Maceiras, Jokinen, & Kranke, 2015).

Analisando os resultados obtidos neste estudo relativamente a cada uma das dimensões de *burnout* (EE, DS e RP), apesar de se observar uma percentagem baixa de profissionais com *burnout*, existe uma proporção substancialmente superior de profissionais com pelo menos um resultado de risco em cada dimensão. De salientar que, em cada um destes domínios, apenas a EE foi mais prevalente no grupo dos enfermeiros e, neste, em particular no sexo feminino, não existindo diferenças significativas entre os grupos profissionais, nas restantes dimensões de avaliação desta síndrome (DS e RP).

Estes resultados sugerem que as diferenças entre sexos e classes profissionais podem não ser evidentes. Além disso, apesar da prevalência de *burnout* ser, aparentemente, relativamente baixa neste estudo, podem existir mais profissionais em risco de desenvolver

este problema, e que não participaram no nosso estudo. Com efeito, não podemos afirmar que a nossa amostra é representativa da população destes profissionais do CHL, nem dos restantes centros hospitalares do país.

Importante destacar, também, o possível efeito *protetor* de baixa DS e elevada RP face à EE, que pode explicar a baixa prevalência de *burnout* (58,3% dos enfermeiros apresentaram elevada EE, apesar de apenas 12,5% revelarem *burnout*). Este efeito protetor já foi discutido anteriormente por Hyman et al. (2011). Ainda assim, dado que os níveis de exaustão emocional mostraram ser elevados em enfermeiros, especialmente do sexo feminino, poderá justificar-se um acompanhamento adequado destes grupos potencialmente mais suscetíveis.

Relativamente aos fatores profissionais e salariais da amostra, não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre estas e as três dimensões do *burnout* (EE, DS e RP). Apesar disso, acreditamos que estes fatores não devem ser ignorados, pois o desgaste físico e a baixa remuneração já demonstraram, em estudos anteriores, ter algum tipo de impacto na saúde mental dos profissionais de saúde, justificando, por isso, uma avaliação cuidada da relação entre estas variáveis (de Valk & Oostrom, 2007).

Destaca-se, neste estudo, a avaliação do risco de *burnout* em assistentes operacionais – uma classe pouco estudada na literatura sobre o assunto. Com efeito, e no presente estudo, observou-se, nesta classe de profissionais, um nível de EE significativamente inferior às restantes classes profissionais consideradas no estudo (enfermeiros e médicos), apesar de nas restantes dimensões do *burnout* (RP e DS) os resultados obtidos se mostrarem semelhantes entre as três categorias profissionais inquiridas (AO, enfermeiros e médicos). Pelo exposto, consideramos pertinente estudar mais aprofundadamente os riscos e as consequências do *burnout* em AOs, cujo trabalho, como sabemos, tem grande impacto na qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Para uma grande parte da população, a atividade laboral tem um importante papel na sua vida, perspetivando-se que esta seja uma das principais fontes de satisfação, embora, segundo Truchot (2004), tal nem sempre se verifique. Devido à sobrecarga laboral, à pressão psicológica associada à responsabilidade da profissão e ao aumento da competitividade neste setor, vários autores (de Valk & Oostrom, 2007; Felton, 1998; Kowalski et al., 2010) realçam a ocorrência de um aumento do risco de *burnout* em profissionais de saúde. Esta ocorrência tem suportado a realização de estudos que procuram avaliar os fatores de risco e a prevalência de *burnout* neste campo profissional.

Este foi um estudo de carácter transversal, com recurso ao método do inquérito por questionário *online*, cuja veracidade das respostas dependeu unicamente da perceção dos profissionais participantes no estudo, pelo que não está isento de subjetividade ao nível das respostas dos participantes. Para diagnóstico definitivo é necessária uma avaliação clínica por

um profissional especializado. Conscientes desta limitação (avaliação de um constructo com base unicamente nas percepções dos respondentes), acreditamos, contudo, que obtivemos resultados preliminares de interesse para aprofundar futuros trabalhos, dado que os mesmos suportam os resultados obtidos em outros estudos, quanto ao risco de *burnout* em profissionais de saúde perioperatória. Com efeito, este estudo serviu também para nos alertar para a necessidade de considerar estratégias de avaliação de risco e acompanhamento destes indivíduos de forma sistemática. Adicionalmente, seria de especial importância a realização de uma avaliação nacional, em maior escala, do desgaste físico e emocional dos profissionais de saúde perioperatória, dada a importância destas profissões na manutenção da vida do doente cirúrgico e no funcionamento adequado dos serviços cirúrgicos hospitalares.

SÍNTESE

Este estudo permitiu-nos obter uma primeira visão do *status* psicológico em profissionais de saúde perioperatória, no que respeita à presença de *burnout* e de cada uma das suas dimensões: EE, DS e RP. Adicionalmente, identificaram-se alguns grupos de profissionais com potencial risco de desenvolver *burnout*. Os resultados deste estudo, incluindo prevalência de *burnout* e elevado *score* de exaustão emocional, em especial na classe de enfermeiros, alertam para a necessidade de realização de estudos mais robustos de âmbito nacional na saúde perioperatória e da implementação de medidas de diagnóstico e acompanhamento dos profissionais de saúde afetados por este problema. Com a realização deste estudo, os autores alertam também para o impacto que esta síndrome pode ter ao nível das organizações, nomeadamente, organizações de saúde, diminuindo a produtividade dos profissionais e segurança dos doentes, aumentando a probabilidade do erro humano. Uma correta gestão dos recursos humanos, numa área tão exigente como a saúde, é essencial e indispensável para o bom funcionamento das organizações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Basinska, B. A., & Wilczek-Ruzyczka, E. (2013). The role of rewards and demands in *burnout* among surgical nurses. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 26(4), 593-604. doi: 10.2478/s13382-013-0129-8
- Carlotto, M. S., Nakamura, A. P., & Câmara, S. G. (2006). Síndrome de *Burnout* em estudantes universitários da área da saúde. *PSICO*, 37(1), 57-62.
- de Valk, M., & Oostrom, C. (2007). *Burnout* in the medical profession: Causes, consequences and solutions. *Occupational Health [At Work]*, 04(1), 1-5.
- Elvio, J., Pinto, A. M., Fronteira, I., & Mendes, A. (2014). Estudo RN4CAST em Portugal: Percepção dos enfermeiros sobre *burnout*. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 2(9), 47-59.

- Felton, J. S. (1998). *Burnout* as a clinical entity-its importance in health care workers. *Occupational Medicine*, 48(4), 237-250.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Gómez-Urquiza, J. L., Aneas-López, A. B., Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Díaz-Rodríguez, L., & Fuente, G. A. (2016). Prevalence, risk factors, and levels of *burnout* among oncology nurses: A systematic review. *Oncology Nursing Forum*, 43(3), E104-20. doi: 10.1188/16.ONF.E104-E120
- Hyman, S. A., Michaels, D. R., Berry, J. M., Schildcrout, J. S., Mercaldo, N. D., & Weinger, M. B. (2011). Risk of *burnout* in perioperative clinicians: A survey study and literature review. *Anesthesiology*, 114(1), 194-204. doi: 10.1097/ALN.0b013e318201ce9a
- Jesse, M. T., Abouljoud, M. S., Hogan, K., & Eshelman, A. (2015). *Burnout* in transplant nurses. *Progress in Transplantation*, 25(3), 196-202. doi: 10.7182/pit2015213
- Kowalski, C., Driller, E., Ernstmann, N., Alich, S., Karbach, U., Ommen, O., Schulz-Nieswandt, F., & Pfaff, H. (2010). Associations between emotional exhaustion, social capital, workload, and latitude in decision-making among professionals working with people with disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 31(2), 470-479. doi: 10.1016/j.ridd.2009.10.021
- Magalhães, E., Oliveira, Á. C., Govêia, C. S., Ladeira, L. C., Queiroz, D. M., & Vieira, C. V. (2015). Prevalência de síndrome de *burnout* entre os anestesiológicos do Distrito Federal. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 65(2), 104-110. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2013.07.016
- Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). *Burnout* em profissionais da saúde portugueses: Uma análise a nível nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 29(1), 24-30. doi: 10.20344/amp.6460
- Nie, Z., Jin, Y., He, L., Chen, Y., Ren, X., Yu, J., & Yao, Y. (2015). Correlation of *burnout* with social support in hospital nurses. *International Journal of Clinical And Experimental Medicine*, 8(10), 191449-9.
- Pereira, S. M., Teixeira, C. M., Ribeiro, O., Hernández-Marrero, P., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2014). *Burnout* em médicos e enfermeiros: Estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal. *Referencia*, 4(3), 55-64.
- Peterson, U., Demerouti, E., Bergstrom, G., Samuelsson, M., Asberg, M., & Nygren, A. (2008). *Burnout* and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 84-95. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04580.x
- Pires, S., Mateus, R., & Câmara, J. (2004). Síndrome de *burnout* nos profissionais de saúde de um centro de atendimento a toxicodependentes. *Revista Toxicodependências*, 10(1), 15-23.
- Poghosyan, L., Aiken, L. H., & Sloane, D. M. (2009). Factor structure of the Maslach *burnout* inventory: An analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 894-902. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.03.004
- Rama-Maceiras, P., Jokinen, J., & Kranke, P. (2015). Stress and *burnout* in anaesthesia: A real world problem? *Current Opinion in Anaesthesiology*, 28(2), 151-158. doi: 10.1097/ACO.0000000000000169

- Ribas, C. (2010). *Síndrome de burnout em profissionais de saúde: Uma abordagem bioética num estudo preliminar* (Tese de mestrado). Universidade do Porto, Portugal.
- Salyers, M. P., Bonfils, K. A., Luther L., Firmin, R. L., White, D. A., Adams, E. L. & Rollins, A. L. (2016). The relationship between professional *burnout* and quality and safety in healthcare: A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 32(4), 475-482. doi: 10.1007/s11606-016-3886-9
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., West, C. P., Sloan, J., & Oreskovich, M. R. (2012). *Burnout* and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives Of Internal Medicine*, 172(18), 1377-1385. doi: 10.1001/archinternmed.2012.3199
- Teixeira, C., Ribeiro, O., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2013). *Burnout* in intensive care units - a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: A descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiology*, 13(1), 38. doi: 10.1186/1471-2253-13-38
- Truchot, D. (2004). *Epuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions*. Paris, France: Dunod.
- Zoni, S., Albin, E., Benedetti, L., Parrinello, G., & Lucchini, R. (2009). Application of an integrated method for risk assessment of related work-stress in health care. *Giornale Italiano di Medicina Del Lavoro Ed Ergonomia*, 31(2), 217-220.

LEITURAS RECOMENDADAS

- Maslach, C., Goldberg, J. (1998). Prevention of *burnout*: New perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, 7, 63-74.
- Maslach, C., Jackson, S., Leiter M. (1996). *The Maslach Burnout Inventory* (3 ed.) Palo Alto, USA: Consulting Psychologists Press.

CAPÍTULO V

TRAUMAS NO TRABALHO: UMA NOVA LEITURA DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

CARLOS EDUARDO CARRUSCA VIEIRA

Resumo: O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é um quadro psicopatológico grave que vem se tornando frequente na contemporaneidade. Neste capítulo, baseado numa tese de doutoramento, objetivamos discutir o que faz com que uma situação vivida no contexto laboral se torne uma experiência traumática e de que forma se opera a passagem dessa vivência para o distúrbio. Propomos apresentar a análise de dois casos clínicos realizados junto a trabalhadores que viveram situações potencialmente traumáticas e que desenvolveram o TEPT. O primeiro caso é o de um vigilante acometido pelo TEPT logo após um assalto ao banco onde trabalhava; o segundo é o de uma segurança que testemunhou o suicídio de um colega no local de trabalho, desenvolveu esse distúrbio, mas, acompanhada por psicólogos e psiquiatras, conseguiu superá-lo. O estudo destes casos foi inspirado no método biográfico proposto por Le Guillant e no referencial da Clínica da Atividade e da Ergologia. As nossas conclusões revelam que o TEPT resulta de uma síntese de experiências traumáticas que se potencializam reciprocamente. Os sentimentos de impotência, desamparo, insegurança e desvalorização constituem importantes mediadores para o desenvolvimento desse transtorno.

Palavras-chave: transtornos de estresse pós-traumáticos; psicologia do trabalho; clínicas do trabalho; saúde mental e trabalho; psicologia concreta

Abstract: Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) is a serious psychopathologic disorder that has become more common nowadays. This chapter was based on a doctoral thesis, and aims to discuss what makes an event experienced at the workplace be a traumatic experience, and how such experience may be the causal agent of a psychological disorder. We proposed to present an analysis of two clinical case studies carried out with workers who went through potentially traumatic events, and have developed PTSD. The first case reports a bank guard who has developed a PTSD right after experiencing a robbery event at the bank he used

to work for; the second case reports a guardian who witnessed a workmate committing suicide at the workplace, developed a PTSD, and overcome it with the help of psychologists and psychiatrists. These two case studies were based on the biographic method proposed by Le Guillant and on the references provided by the Clinic of Activity and Ergology. The findings showed that PTSD results from a synthesis of traumatic experiences that potentiate each another, reciprocally. The feeling of helplessness, hopelessness, insecurity and worthlessness are important drives for the development of such disorder.

Keywords: stress disorders, post-traumatic; occupational psychology; clinics of occupational and work-related diseases and mental health; concrete psychology

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) é um distúrbio psíquico que vem se tornando frequente na contemporaneidade. Nos contextos de trabalho, cada vez mais assolados pela violência, a incidência e a prevalência desse transtorno têm sido constatadas por um conjunto significativo de estudos.

Neste capítulo, elaborado a partir da nossa tese de doutoramento¹ (Vieira, 2014), analisamos o que faz com que uma situação vivida no contexto laboral se torne uma experiência traumática e de que forma se opera a passagem dessa vivência para o TEPT.

Inicialmente, procedemos a uma revisão histórica sobre o TEPT e expomos as bases teórico-metodológicas do nosso estudo. Na sequência, apresentamos nossa proposta metodológica e a análise do caso de dois trabalhadores que vivenciaram experiências traumáticas, propondo uma nova leitura da etiologia do TEPT.

Os estudos sobre o TEPT

O TEPT é uma perturbação psicológica que tem sido estudada desde o final do século XIX. Em 1889, o neurologista alemão Herman Oppenheim dedicou-se ao estudo desse transtorno – à época, chamado de *neurose traumática* – em vítimas de acidentes ferroviários. Numa perspectiva organicista, Oppenheim conceituou a neurose traumática como uma afeção orgânica capaz de produzir alterações no sistema nervoso central (Schestatsky, Shansis, Ceitlin, Abreu, & Hauck, 2003).

1 Tese de doutoramento em Psicologia orientada pela Prof.^a Doutora Maria Elizabeth Antunes Lima, da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais.

O interesse científico pela neurose traumática foi revigorado nos períodos posteriores às duas grandes guerras mundiais (Ventura-Velázquez, Bravo Collazo, & Hernandez Tápanes, 2005). Nesses períodos, os sintomas dessa perturbação foram agrupados sob diferentes denominações, como *síndrome do coração irritável*, *choque da granada*, *síndrome de esforço* ou *neurose de guerra* (Figueira & Mendlowicz, 2003). Com os estudos psicanalíticos de Sigmund Freud e dos seus discípulos, essa afeição deixou de ser considerada uma perturbação de etiologia orgânica para se tornar um distúrbio de natureza psíquica. Na década de 1980, a neurose traumática foi reconhecida pelas classificações internacionais de distúrbios mentais sob a denominação de Transtorno (ou Estado) de Estresse Pós-traumático (Schestatsky et al., 2003). De acordo com Figueira e Mendlowicz (2003), duas características podem ser consideradas centrais na etiologia do TEPT. A primeira concerne à situação traumática, caracterizada como um evento que envolve “a ocorrência ou a ameaça consistente de morte ou ferimentos graves para si ou para outros, associada a uma resposta intensa de medo, desamparo, ou horror” (Figueira & Mendlowicz, 2003, p. 12). A segunda característica refere-se à existência de uma resposta psicopatológica que se desenvolve em três dimensões de sintomas, a saber: “o reexperimentar do evento traumático, a evitação de estímulos a ele associados e a presença persistente de sintomas de hiperestimulação autonômica” (Figueira & Mendlowicz, 2003, p. 13). Em síntese, o quadro sintomatológico do TEPT pode ser apresentado, seguindo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais edição IV (DSM- IV; Associação Americana de Psiquiatria, 1994), de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1.
Características principais do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)

Exposição a um evento traumático	Revivescência do Trauma	Esquiva/Entorpecimento Emocional	Hiperestimulação Autonômica
(Critério A)	(Critério B)	(Critério C)	(Critério D)
A existência de um evento traumático claramente reconhecível como um atentado à integridade física, própria ou alheia, que haja sido experimentado direta ou indiretamente pela pessoa afetada e que lhe tenha provocado temor, angústia ou horror	Lembranças intrusivas Pesadelos traumáticos <i>Flashbacks</i> dissociativos	Esforços para evitar pensamentos e sentimentos associados com o trauma Esforços para evitar atividades, locais ou pessoas associadas com o trauma	Insônia Irritabilidade Dificuldade em concentrar-se Hipervigilância

Tabela 1 (Continuação)

Características principais do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)

Exposição a um evento traumático	Revivescência do Trauma	Esquiva/Entorpecimento Emocional	Hiperestimulação Autônômica
(Critério A)	(Critério B)	(Critério C)	(Critério D)
	Sofrimento psíquico evocado por estímulos relacionados ao trauma	Redução do interesse nas atividades Sensação de distanciamento em relação a outras pessoas Restrição da expressão afetiva, entorpecimento emocional	Resposta de sobressalto exagerada
	Reatividade fisiológica evocada por estímulos relacionados ao trauma	Sentimento de um futuro abreviado	

O TEPT também se caracteriza por importantes alterações fisiológicas, neuroquímicas, neuroendócrinas e cognitivas que afetam consideravelmente a saúde do indivíduo (Araújo, Lacerda, & Bressan, 2006). Além disso, é altamente comórbido com outros transtornos, como depressão, fobia, transtornos de humor e ansiedade. Mais de um terço das pessoas acometidas por esse distúrbio não se consegue recuperar, mesmo depois de muitos anos (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995).

O TEPT acomete vítimas de desastres naturais, como terremotos (Kato, 1998), acidentes de trânsito (Cavalcante, Morita, & Haddad, 2009) e violências praticadas pelos próprios seres humanos (e.g., ataques terroristas, violência sexual, assaltos e sequestros; Ventura-Velázquez et al., 2005). Segundo Kessler et al. (1995), as situações mais associadas ao TEPT são, entre os homens, a exposição ao combate e o seu testemunho, e, entre as mulheres, o estupro e o abuso sexual. A literatura científica revela que o percentual de indivíduos acometidos por esse transtorno eleva-se significativamente quando o contexto é de guerra, cenário de violências múltiplas e intermitentes, o que sugere uma relação entre tais situações e o aparecimento desse distúrbio.

Nos contextos de trabalho, o TEPT tem-se tornado relativamente frequente, sobretudo em profissões mais expostas a situações de violência.

TEPT nos contextos de trabalho

Nos últimos anos, a violência tem-se constituído como um grave problema nos diferentes contextos de trabalho. Os estudos realizados junto a várias categorias profissionais revelam que a violência, com ou sem agressões físicas, pode constituir um fator importante no desenvolvimento das perturbações mentais apresentadas pelos trabalhadores. O TEPT, em particular, incide sobre bancários (Bucasio et al., 2005), policiais militares (Câmara Filho & Sougey, 2004), bombeiros (Milet & Sougey, 2010), combatentes militares, mesmo aqueles que atuam em missões de paz (Souza, 2011), entre outros profissionais.

Os resultados de boa parte dessas investigações sugerem um paralelismo estreito entre as experiências de trabalho e o processo de adoecimento dos trabalhadores. Entretanto, o reconhecimento da existência (ou não) de uma relação causal entre os fatores do contexto de trabalho e o aparecimento de transtornos mentais ainda é objeto de polémica no campo científico e na justiça do trabalho. Trata-se, segundo Lima (2003), do problema mais *espinhoso* do campo da saúde mental e trabalho (SM&T), cuja resolução é *decisiva* para a proteção da saúde dos trabalhadores. Neste estudo, seguindo o caminho da vertente teórica aberta por Le Guillant (2006a), pretendemos avançar na compreensão da génese do TEPT nos contextos de trabalho, respondendo à questão decisiva colocada por esse autor: “Como se opera a passagem da situação concreta para o sofrimento moral, para o conflito interno, para a angústia e, em seguida, para o distúrbio?” (Le Guillant, 2006a, p. 274).

Propomos entender o que faz de uma experiência vivida no contexto de trabalho um acontecimento traumático e como se dá a passagem dessa experiência para um TEPT. Não se trata apenas de constatar a existência ou não de um *nexo causal*, expressão que, inclusive, não traduz adequadamente a complexidade e a dinâmica do processo de desenvolvimento dos distúrbios mentais. Importa-nos, sobretudo, analisar, a partir da trajetória biográfica do indivíduo, a articulação entre as experiências vividas na génese do TEPT.

Nessa direção, adiante expomos as bases conceituais de nossa proposta de investigação do TEPT nos contextos laborais.

As bases ontológicas e teóricas de uma compreensão renovada do TEPT

A perspetiva em que nos inspirámos para estudar a etiologia do TEPT nos contextos de trabalho baseia-se nas contribuições da filosofia de Karl Marx (1844/2009), da Psicologia Concreta (Politzer, 1928/2004), da Psicopatologia do Trabalho (Le Guillant, 2006a, 2006b), da filosofia de Sève (2000) e de duas abordagens clínicas do trabalho, a Clínica

da Atividade (Clot, 2010) e a Ergologia (Schwartz, 2011). Cada uma dessas abordagens teóricas apresenta contribuições decisivas para uma compreensão renovada da etiologia do TEPT e da sua relação com as experiências de trabalho, conforme discutiremos adiante.

A ontologia marxiana e a crítica à especulação

As reflexões marxianas constituíram a plataforma do nosso estudo. Ainda que a referência ao filósofo alemão Karl Marx, numa investigação sobre a etiologia do TEPT, possa causar estranhamento, o resgate das proposições desse filósofo revela que, em Marx, mais do que uma importante teoria crítica sobre o capitalismo, encontra-se uma fecunda reflexão filosófica que ataca frontalmente a especulação e que se ocupa de uma ontologia do ser social (Chasin, 2009).

A crítica instaurada por Marx, segundo Chasin (2009), opõe-se à lógica da razão especulativa, que toma a si mesma como um fundamento para a compreensão do mundo, e que se baseia na *coisa da lógica*, não na *lógica da coisa*. Na posição ontológica erigida por Marx, a decifração do mundo deve dar-se por meio da captura ativa da lógica específica dos objetos de estudo, de tal forma que são os próprios *seres* e as *coisas* que servem de parâmetro para o ato de conhecer.

Outrossim, na ontologia marxiana, a objetividade é reconhecida como uma categoria primária de todo ser, não havendo um ser que não seja objetivo, o que seria um absurdo. O ser social, em particular, situa-se além dos limites dados pela biologia. A sua essência não é dada pela natureza. O ser social é um ser ativo, objetivo, sócio-histórico e relacional, capaz de transformar as suas condições de existência, engendrando, por meio da sua atividade intencional, novas possibilidades de autoconstrução e de construção da vida humano-societária (Marx, 1844/2009). Ele é produto das suas relações sociais e do seu trabalho, este último configurado como um facto ontológico fundador do ser social e uma categoria central no desenvolvimento humano-societário (Chasin, 2009; Marx, 1844/2009).

Tais constatações ontológicas são essenciais num estudo psicológico como o nosso, visto que alertam o pesquisador para os riscos de se ignorar as determinações mais elementares e os nexos constitutivos do ser social, tratando a esfera psíquica como uma instância à parte, autónoma e, portanto, independente da efetividade desse ser.

Nos casos clínicos que serão apresentados neste capítulo, o leitor poderá perceber que a articulação entre as esferas subjetivas e objetivas, bem como a análise da atividade dos sujeitos, são requisitos fundamentais para a compreensão do adoecimento.

O legado da Psicologia Concreta de Georges Politzer

De forma convergente e coerente com a abordagem marxiana, na Psicologia Concreta de Politzer (1928/2004), encontramos uma crítica severa aos procedimentos especulativos e à abstração presentes na Psicologia Clássica, e, em certa medida, na psicanálise freudiana.

A crítica ontológica de Politzer (1928/2004) condena, entre outros aspetos, as tentativas de compreensão dos factos psicológicos por meio da sua conversão em “sensações elementares” e a crença de que esses factos psicológicos resultam de “processos psíquicos” e não de “atos de pessoas concretas” (p. 78). O essencial da crítica do autor referido dirige-se à abstração, vista como um procedimento constitutivo da Psicologia Clássica, na qual os “factos psicológicos” são explicados por meio de “processos psicológicos” e “em terceira pessoa”, o que nos leva a encontrar “generalidades” que se situam “acima ou abaixo do indivíduo em particular” (Politzer 1928/2004, p. 78).

Ao contrário da Psicologia Clássica, que converte os “factos psicológicos” em “dramas nocionais” e “impessoais”, subtraindo-lhes a relação intrínseca com a vida particular do indivíduo, a Psicologia Concreta volta-se para o estudo do “drama humano”, esforçando-se para encontrar os sentidos particulares dos “factos psicológicos”, preservando, sempre, a indissociabilidade entre esses factos e a vida do indivíduo (Politzer 1928/2004, p. 78). Nessa direção, o autor afirma a importância de se focalizar o “ato” quando buscamos a compreensão dos fatos psicológicos, uma vez que o ato é a “única noção inseparável do eu em sua totalidade” (Politzer 1928/2004, p. 78).

As considerações de Politzer permitem-nos ver nas perturbações mentais e, em particular, no TEPT, uma criação dos sujeitos que só pode ser compreendida com referência aos atos e à história do sujeito singular, sendo essencial não desligar os factos psicológicos do indivíduo em particular em momento algum.

A Psicopatologia do Trabalho de Louis Le Guillant

O psiquiatra francês Louis Le Guillant retoma valiosas contribuições do legado de Politzer e funda uma abordagem psicopatológica do trabalho voltada para o estudo das condições de trabalho e de vida dos indivíduos. Nos seus estudos, Le Guillant (2006b) evidencia a sua intenção de compreender o *drama* dos seus doentes na sua significação emotiva, razão pela qual ele se volta para o estudo das suas trajetórias biográficas. Com a convicção de que o indivíduo e o seu meio formam uma unidade histórica e dialética *indissolúvel*, o autor busca analisar as perturbações psicológicas sob uma perspectiva que integra as dimensões objetivas e subjetivas da vida dos seus doentes.

A nosso ver, a sua abordagem teórico-metodológica é a que mais avança na direção de uma real compreensão a respeito das relações entre as condições de vida, o trabalho e o surgimento de distúrbios mentais.

Segundo Lima (2010), Le Guillant não considera a subjetividade como um mero reflexo das condições objetivas, nem propõe uma causalidade linear entre o contexto social e o adoecimento psíquico. Para ele, não é a condição social em si que é patogênica, mas, sobretudo, “suas discordâncias, os conflitos que ela contém e impõe ao sujeito” (p. 11). Le Guillant concebe as manifestações psicopatológicas como uma *criação subjetiva*, pois, entre as agressões do meio e o adoecimento, há sempre a atividade dramatizada do sujeito (Clot, 2010). Os distúrbios mentais são compreendidos, na sua perspectiva, como uma “expressão do drama humano”, com toda a sua significação emotiva (Le Guillant, 2006a, p. 285).

Inspirado pela perspectiva politzeriana, Le Guillant (2006b) propôs um método biográfico cujo objetivo consiste em analisar a trajetória do indivíduo, os seus modos de julgar e conduzir a sua vida, o seu sistema de valores, a representação do mundo forjada por essa história, bem como as suas condições de vida e trabalho. Esse método exige um resgate minucioso da história de vida e trabalho dos doentes, num movimento constante de articulação entre os aspetos objetivos e subjetivos da biografia individual.

As contribuições desse autor são relevantes para nós, pois, assim como ele, valorizamos a história e as experiências concretas dos sujeitos, bem como a busca pelo valor das suas vivências, das suas ressonâncias e dos seus efeitos no processo de adoecimento.

Lucien Sève e a *personalidade biográfica*

Na esteira das reflexões de Marx e Politzer, o filósofo Lucien Sève empreendeu um esforço no sentido de construir uma ciência do singular. Para ele, o fundamental é compreender a dinâmica biográfica da personalidade, “a dialética do seu crescimento, de suas crises, bloqueios e transformações” (Sève, 2000, p. 3).

Numa perspectiva francamente inspirada em Politzer (1928/2004), Sève acredita ser necessário retomar o “drama humano”, que é a própria existência do indivíduo. Ele o faz por meio do conceito de “personalidade biográfica”, o que lhe permite explorá-la no seu desenvolvimento global, entendendo-a como uma variante histórica, dependente das formações históricas de individualidade, ou seja, das “matrizes materiais e simbólicas da personalização biográfica” (Sève, 2000, p. 8). Para o referido autor, a personalidade biográfica e a vida singular são produzidas mediante o emprego do tempo por parte do indivíduo. Isto significa que a personalidade se produz, ao longo da biografia do indivíduo, a partir da sua atividade no mundo e das suas relações sociais. A personalidade biográfica deve, então, ser entendida como uma

cronologia, não como uma *topologia*. Decorre disso a premência de examinar, na lógica do emprego do tempo, o sistema temporal das atividades que constitui a vida do indivíduo, as atividades que estruturam esse sistema, as relações temporais entre as diferentes atividades e os efeitos que acarretam no desenvolvimento psicológico e no curso da vida.

O pensamento de Sève (2000) reapresenta pressupostos marxistas e politzerianos importantes no que diz respeito à constituição de uma *ciência do singular*, o que consideramos fundamental.

As contribuições da Clínica da Atividade e da Ergologia

As duas abordagens clínicas do trabalho em que nos fundamentamos têm em comum o fato de que tomam a atividade como uma categoria central, indissociável da construção da saúde, dos processos de subjetivação e do desenvolvimento humano. Esse é um dos pressupostos deste estudo, e configura-se, a nosso ver, como um elemento que nos possibilita uma compreensão renovada da etiologia do TEPT nos contextos laborais.

As contribuições da Clínica da Atividade

A Clínica da Atividade proposta por Clot (2007) apresenta-se como um contraponto à *divisão do trabalho* instituída no próprio campo de análise do trabalho, de acordo com a qual os ergonomistas deveriam se incumbir de analisar a atividade e delegar a outros a responsabilidade de complementar essa análise, abordando as questões de ordem subjetiva. Ela visa superar o divórcio entre a atividade e a subjetividade, e restituir a questão do sentido para o *interior* da atividade (Clot, 2007).

Os avanços propostos pela Clínica da Atividade não dispensam os conhecimentos produzidos pela Psicopatologia do Trabalho, pela Psicologia do Trabalho e pela Ergonomia da Atividade. Ela os incorpora e ratifica o seu interesse em transformar o trabalho, restituindo e/ou ampliando o poder de agir dos sujeitos sobre eles mesmos e sobre o campo profissional (Clot, 2006), o que justifica a sua dimensão clínica.

Mas, se de um lado, Clot se inspira na tradição da escola francesa de análise do trabalho, por outro, a sua abordagem não se restringe à análise da tarefa prescrita e da atividade realizada. Com base na tradição da Psicologia sócio-histórica de Vygotsky e de seus colaboradores, Yves Clot resgata a proposição de que “o homem está pleno a cada minuto de possibilidades não realizadas”, sendo que “o comportamento realizado é uma ínfima parcela do que é possível” (Vygotsky, 1925/1932/2003, p. 76).

No contexto laboral, essa formulação permite entender que a atividade realizada é apenas aquela que venceu entre uma *infinidade de possibilidades* (Clot, 2010). Daí deriva a necessidade de incorporar nas análises os aspectos subjetivos subjacentes à atividade, o “continente escondido da subjetividade”, designado pelo conceito de “real da atividade” (Clot, 2006, p. 116). O real da atividade corresponde às atividades impedidas, contrariadas, suspensas, desejadas e abortadas, além daquelas feitas a contragosto para evitar o que deve ser feito ou o retrabalho (Clot, 2010).

A Clínica da Atividade não é uma abordagem do campo da SM&T, mas certamente subsidia uma melhor compreensão da relação entre os distúrbios mentais e o trabalho, sobretudo porque considera que a atividade e o poder de agir do sujeito estão estreitamente vinculados aos processos de saúde e de doença.

O poder de agir, no contexto laboral, é definido por Clot (2010) como “o raio de ação efetivo do sujeito” e como o “poder de recriação” em sua esfera profissional (p. 15). O agir, especialmente a ampliação do poder de agir, consiste em fazer da experiência vivida um meio para se viver outras experiências, o que se traduz num processo de desenvolvimento. Porém, quando a atividade é impedida, o sujeito não se liberta das suas pré-ocupações e nem consegue lidar com os seus conflitos. Nessa direção, Clot (2010) entende que a obstrução da atividade pode levar a *paixões tristes*, obstáculos ao desenvolvimento e às defesas psíquicas.

A atividade impedida ou contrariada, aquilo que não é realizado, não é, portanto, menos real do que a atividade realizada. Ao contrário, a atividade não realizada continua a agir, ela insiste. As atividades impedidas “formam resíduos incontrolados que acabam adquirindo ainda mais energia para exercer, na atividade do indivíduo, uma influência contra a qual ele pode ficar sem defesa” (Clot, 2010, p. 103). Diante dos conflitos suscitados pela sua atividade, o sujeito não fica passivo e luta para vencê-los, sendo esse um dos meios pelos quais se revela o seu ofício.

No enfrentamento dos conflitos originados e/ou mobilizados pela atividade, o sujeito pode recorrer a diferentes tipos de defesas psicológicas como um meio de autoconservação da vida, “frágil preservação de um equilíbrio”, ou como uma “busca ativa do equilíbrio” (Clot, 2010, p. 109). As primeiras podem preservar o indivíduo, mas não o conduzem à saúde, uma vez que, segundo Clot (2010), o que define a saúde é, de certo modo, “a possibilidade de viver sem defesas, ao superá-las no momento em que elas se tornam normas de vida restritivas” (Clot, 2010, p. 111). A saúde não equivale à *normalidade defensiva*, pois, diferentemente desta, a saúde é a transformação da doença num novo meio de existir, ela é “a metamorfose de uma experiência vivida em um meio de viver outras experiências e, finalmente, a transfiguração de um paradoxo experimentado em história possível, de uma vivência em um meio de agir” (Clot, 2010, p. 113).

As contribuições da Ergologia

A perspectiva ergológica fundada por Yves Schwartz e colaboradores, na década de 1990, também contribuiu significativamente para um avanço na análise da atividade de trabalho. Fundamentada em diferentes domínios científicos, especialmente na experiência dos trabalhadores, a Ergologia concebe a atividade como um “impulso de vida, de saúde, sem limite predefinido” (Durrive & Schwartz, 2008, p. 23). Pressupõe que sempre há valores, normas e saberes em jogo na atividade, e se interessa pela compreensão das *dramáticas dos usos de si*, conceito que dá visibilidade e importância aos microdebates sobre normas e valores, e às escolhas que todo sujeito é convocado a fazer quando trabalha.

O *uso de si* pode ser concebido como um movimento dirigido à própria vida, como uma tentativa de construí-la, ao menos parcialmente, em face das normas, adversidades, imposições e exigências do meio. Schwartz, Durrive, e Duc (2010) sintetizam bem essa ideia, dizendo que a vida “é sempre tentativa de criar-se parcialmente, talvez com dificuldade, mas, ainda assim, como centro em um meio e não como algo produzido por um meio” (Schwartz et al., 2010, p. 190). Esse uso de si é uma exigência incontornável para o sujeito, pois a vida não se pode manifestar de forma sadia se é determinado completamente pelas imposições do meio exterior. Para os referidos autores, na vida e no trabalho, o sujeito busca recentrar o meio em torno das suas normas e valores, tentando “fazer valer ali suas próprias normas de vida, suas próprias referências, através de uma síntese pessoal de valores” (Schwartz et al., 2010, p. 195). Nesse processo de renormalização, reinterpretação, debate e apropriação das normas, cada um tenta, a seu modo, ser sujeito da sua atividade e do seu destino. Ao fazer uso de si e ao efetuar renormalizações, o trabalhador recria e reinventa, não sem correr riscos de fracassar, o que pode levar ao sofrimento no trabalho.

O debate acerca das normas e dos valores presentes nos meios sociais, as negociações em torno dos possíveis usos de si e as renormalizações da atividade são elementos centrais no processo de construção da saúde. Todavia, quando as normas antecedentes apontam para uma *heterodeterminação total*, as possibilidades de construção da saúde veem-se ameaçadas. (Schwartz, 2011).

Percurso metodológico

Na direção já indicada, além da revisão teórica que realizámos, a fim de resgatar as contribuições já existentes sobre o assunto e ampliar nossa visão sobre os fatores relacionados à gênese do TEPT, procedemos ao estudo dos dois casos de trabalhadores

que passaram por situações potencialmente traumáticas, o que nos permitiu compreender melhor os desfechos das suas experiências e a etiologia desse transtorno. Ambos os casos foram estudados na perspetiva do método biográfico proposto por Le Guillant (2006b), exposto adiante.

O método biográfico de Le Guillant

Neste capítulo, optamos por apresentar dois estudos de caso da nossa tese de Doutoramento que se inspiraram no método biográfico proposto por Le Guillant exposto anteriormente². Como já dissemos, e segundo Le Guillant (2006b), o essencial nesse método é compreender o sistema de valores do doente, os seus modos de julgar e conduzir a vida, bem como a representação do mundo forjada por sua história, de modo a apreender a significação dos factos clínicos e o papel de certas experiências de vida e trabalho na génese e no desenvolvimento dos seus distúrbios. No âmbito dessa proposta metodológica, os relatos feitos pelos próprios sujeitos são elementos preciosos, pois refletem um dado contexto psicológico de trabalho e vida capaz de amplificar ou minimizar os efeitos de certas vivências. Assim, privilegiámos a experiência individual, visando a apreensão dos dramas vividos pelos nossos entrevistados em toda a sua intensidade emocional.

Sem perder de vista a importância de articular as dimensões subjetivas e objetivas nos dramas relatados pelos nossos entrevistados, dirigimos o nosso olhar para os sentidos que eles próprios atribuíram às experiências traumáticas que vivenciaram. Concebemos a experiência traumática como um *drama* – com toda a sua significação emocional (Le Guillant, 2006b) – um verdadeiro facto psicológico – que subentende um sujeito e os seus atos concretos (Politzer, 1928/2004), cujos sentidos só podem ser desvendados com a participação indispensável do próprio sujeito da experiência.

Os sujeitos participantes do estudo

Tratando-se de uma investigação de carácter qualitativa, a nossa amostra foi definida intencionalmente. Procurámos por indivíduos que vivenciaram ou tinham conhecimento sobre o problema em questão e que representassem as características de um determinado grupo (Turato, 2000).

2 Na nossa tese de Doutoramento (Vieira, 2014), apresentámos na íntegra os dois casos aqui expostos e o caso de um bancário que foi vítima de sequestro com aprisionamento em cárcere, mas que não desenvolveu o TEPT. Para fins da nossa explanação, limitamo-nos a expor aqui os dois casos clínicos em que se constatou o diagnóstico de TEPT.

Por meio dos estudos de caso, tentámos evidenciar o processo de adoecimento e as suas mediações, objetivando explicitar de que forma se opera a passagem das experiências traumáticas para o TEPT. O primeiro caso é o de um vigilante acometido pelo TEPT logo após um assalto ao banco onde trabalhava; o segundo é o de uma segurança que testemunhou o suicídio de um colega no local de trabalho, desenvolveu esse distúrbio, mas, acompanhada por psicólogos e psiquiatras, conseguiu superá-lo.

O material empírico, no âmbito do qual se basearam os estudos de caso, foi obtido mediante entrevistas não diretivas de caráter aberto, realizadas junto dos referidos trabalhadores. Tais entrevistas foram orientadas por uma atitude clínica, o que significa que, além do interesse em entender melhor o processo singular de adoecimento, mantivemos uma postura de acolhimento dos sujeitos (Fontanella, Campos, & Turato, 2006), inclusive em relação às suas demandas por um tratamento posterior ao estudo.

Durante as entrevistas, os trabalhadores foram convidados a falar sobre as suas vivências, preocupações e opiniões, motivados por uma pergunta de partida, vinculada aos objetivos do estudo (Fontanella et al., 2006). Assim, foi solicitado aos participantes que falassem sobre o seu adoecimento, as suas experiências de trabalho e a sua história de vida. Tratando-se de uma entrevista de caráter aberto, encorajámos a livre expressão de considerações por parte dos entrevistados, o que proporcionou novas associações ao que era dito.

A investigação da trajetória pessoal e profissional dos entrevistados contribuiu para entender os relatos dos sujeitos participantes de forma mais profunda, situando o que foi dito ou não num quadro de referência mais amplo, que envolveu uma compreensão dos seus valores, crenças e expectativas.

O caso do vigilante Ricardo: *O assalto foi a gota d'água*

A seguir, vamos recapitular a história de Ricardo (nome fictício) e a sua trajetória profissional, para, depois, analisar as experiências que ele vivenciou como vigilante e as repercussões do episódio do assalto na sua vida. Na análise do seu caso, propomos uma hipótese sobre a gênese e o desenvolvimento do TEPT à luz do material empírico colhido.

Por se tratar de um estudo com caráter longitudinal (uma vez que pudemos acompanhar o trabalhador ao longo de sete anos: de 2005 a 2012), mesmo que pontualmente, acreditamos que a análise que propomos apresenta um grande potencial explicativo do seu processo de adoecimento.

A história do vigilante Ricardo

O vigilante Ricardo atuou numa agência bancária durante quase 13 anos, ao longo dos quais não teve, sequer, um problema realmente importante. Chegou a ser considerado como um funcionário muito querido pelos colegas, o “xodó do pessoal” (Ricardo, 20 de Agosto, 2005). Entretanto, em 2002, após a implementação de novas normas de segurança na agência bancária, passou a ser taxado como um vigilante “chato” (Ricardo, 20 de Agosto, 2005), porque insistia em cobrar dos funcionários obediência às referidas normas.

Ricardo sofria ridicularizações e era constantemente desautorizado pelos gestores quando exigia dos funcionários obediência às normas, o que afetou, significativamente, a sua identidade profissional e a sua autoestima. Sem contar com o apoio dos seus colegas, sentia-se desmoralizado, profundamente abalado emocionalmente e inseguro quanto ao seu emprego. Em 2004, ele enfrentou um assalto ao banco e foi afastado por um psiquiatra, que lhe deu o diagnóstico de TEPT.

Desde o início de nosso contato, Ricardo deixava claro que acreditava que o seu adoecimento não tinha relação apenas com o assalto que enfrentou: “creio que eu esteja estressado mesmo, essa doença minha foi causada pelo relacionamento dos funcionários, não pelo assalto. O assalto acabou de... foi a gota d’água, entendeu?” (Ricardo, 20 de Agosto, 2005).

À medida que aprofundamos a nossa investigação, descobrimos que os conflitos enfrentados no contexto de trabalho que antecederam o episódio do assalto realmente exerceram um papel importante no adoecimento do vigilante. As relações profissionais deterioraram-se no contexto específico de um dado modo de organização do trabalho, atingindo os seus valores e mobilizando, de modo insuportável, as suas emoções e defesas. O vigilante, como ele mesmo afirmou, passou a perceber-se de forma negativa: “de xodó do pessoal”, ele virou uma “bactéria” (Ricardo, 20 de Agosto, 2005) que sofria as agressões do seu meio.

Para um sujeito como ele, que sempre valorizou o facto de ser “honesto, capaz e digno” (Ricardo, 20 de Agosto, 2005), a experiência vivida no banco ocasionou uma erosão dos seus valores pessoais, levando a uma incoerência e a uma rutura entre a sua história “passada” (Ricardo, 20 de Agosto, 2005) e a sua história recente, o que foi sintetizado por ele: “De um cara bonzinho, eu passei a ser o vilão da história” (Ricardo, 20 de Agosto, 2005).

As experiências dolorosas que viveu durante dois anos na agência bancária parecem constituir o prelúdio do seu adoecimento, como ele asseverou: “O estresse eu já tava. O trauma veio depois” (Ricardo, 20 de Agosto, 2005). Entretanto, ainda que as experiências vividas tenham sido avassaladoras, elas não foram suficientes para o desenvolvimento

do TEPT, o que só aconteceu após o episódio do assalto ao banco. Nesse episódio, ele foi surpreendido pelos assaltantes, que renderam os vigilantes com armas de fogo. Sentiu muito medo de morrer, o que reaparece em *flashbacks* intrusivos que experimenta até hoje: “Eu vejo a imagem do cara, a arma do cara que me... imagino certinho o rosto do cara e vendo a hora de morrer” (Ricardo, 20 de agosto, 2005).

O trauma causado pelo episódio do assalto, porém, não consistiu somente na abordagem dos criminosos. Após a fuga dos assaltantes, Ricardo e outro vigilante enfrentaram críticas severas dos gestores do banco e da empresa prestadora de serviços de vigilância, que os acusaram de nada terem feito para impedir o assalto:

De cara, o cara falou assim: “Vocês ficaram tapado vendo os cara lá roubar e não fizeram nada”, o gerente do banco falou. Ele falou assim: “Vocês ficaram tapado, os dois tapado lá e não fizeram nada! . . . O gerente do banco me chamou de tapado. Isso me machucou pra caramba, cara! O gerente da empresa [de segurança privada] falou que nós era bundão Isso acabou comigo, cara! Isso me levou . . . foi uma das coisas que me levou pro fundo do poço também. (Ricardo, 27 de Agosto, 2005)

Essas críticas atingiram profundamente a reputação profissional de Ricardo e o seu sentimento de valor próprio, empurrando-o em direção à doença mental, ao “fundo do poço” (Ricardo, 27 de Agosto, 2005), como afirma o vigilante. Outro aspeto que compõe o que denominamos de *trauma causado pelo episódio do assalto* foi a ausência de apoio aos vigilantes logo após o ocorrido, visto que, em seguida, eles receberam dos gestores novas armas para terminar a jornada de trabalho. Ninguém lhes ofereceu apoio ou lhes perguntou se eles estavam a sentir-se em condições para trabalhar. Os sintomas do TEPT que o vigilante desenvolveu e o sofrimento decorrente do seu adoecimento ficam evidentes nos seus depoimentos:

Eu sinto angústia, vazio no peito, muita ansiedade. Outra coisa que não passa é você ver a cena do bandido. O bandido, ele não sai da sua cabeça não. Ele é permanente, como se tivesse parado no tempo. As coisas parece que ficou parada no tempo. Faz tanto tempo que já passou, mas aquilo tá gravado, tá na mente, não sai aquela situação. . . . Assusto com qualquer coisa . . . Por exemplo, se eu tiver numa sala assim e você chegar e abrir a porta, eu já assusto. (Ricardo, 13 de março, 2012)

Diante de tudo isso, como compreender a etiologia do TEPT nesse caso? É o que discutimos a seguir.

Análise do caso do vigilante Ricardo

Vimos que Ricardo já se sentia uma “bactéria” (Ricardo, 27 de Agosto, 2005) e que os seus valores pessoais já haviam sido profundamente atingidos pelos conflitos com os colegas, o que mobilizava, cada vez mais, os seus afetos e as suas defesas psíquicas. No episódio do assalto, porém, além da abordagem criminoso que lhe causou uma grande tensão, fazendo com que ele se sentisse impotente, houve ainda um momento dramático, de desamparo e angústia, em que os gestores proferiram críticas à atuação dos vigilantes. Essas críticas representaram naquele episódio o *tiro de misericórdia* – sem misericórdia – contra o qual Ricardo não conseguiu se defender, instaurando-se nele uma doença mental, considerada aqui não como uma falência das defesas psíquicas, mas como uma “supercompensação psicológica” (Clot, 2010, p. 115), um excesso de defesas que, paradoxalmente, ao invés de proteger o indivíduo, o esgotam. Não é por acaso que Ricardo se refere às críticas que lhe foram dirigidas dizendo: “Pra mim, isso foi pior do que levar um tiro” (Ricardo, 13 de março, 2012). Nesse momento, o seu ódio ultrapassou o limite que ele era capaz de suportar. Impôs-se outro modo de vida, ainda mais defensivo e restritivo, considerado aqui como uma doença mental. A impressão é de que o vigilante passou a viver intoxicado pela raiva, emoção que parece ter-se cristalizado e da qual ele não conseguiu libertar-se mais.

Ricardo passou a acreditar que, se tivesse reagido de outra forma, teria sido possível livrar-se do peso dessas críticas e, mais ainda, transformar a imagem que havia sido construída sobre si mesmo na relação com os funcionários do banco. As críticas dos gestores vieram reforçar ainda mais o conflito. Criticado por “não ter feito alguma coisa” (Ricardo, 13 de março, 2012) durante o assalto, ele se viu ainda mais desvalorizado, impotente e desamparado, o que parece ter sido a verdadeira “gota d’água” (Ricardo, 27 de Agosto, 2005) no seu processo de adoecimento. Assim, o sentido traumático do episódio do assalto deve ser reportado às experiências anteriores que fragilizaram Ricardo, à ameaça de morte e à experiência de ter se sentido abandonado e desvalorizado após enfrentar uma situação tão difícil.

As críticas dos gestores constituem, em nosso entendimento, um elemento fundamental para a compreensão desse caso, mas elas não agiram isoladamente, longe disso, elas potencializaram os conflitos que Ricardo já vivia na relação com os funcionários da agência bancária e, ao mesmo tempo, foram potencializadas por esses mesmos conflitos, assim como pela situação dramática (ameaça de morte) em que se encontrou durante o assalto, sempre relatada com angústia por ele.

As críticas à sua conduta fizeram com que Ricardo revivesse as situações extremamente dolorosas ocorridas no período anterior ao assalto, situações consideradas por ele como

traumáticas (“o trauma eu já tava”; Ricardo, 27 de Agosto, 2005), além de atualizá-las na forma de afetos postos por ele como manifestações do estresse (“o estresse veio depois”; Ricardo, 27 de Agosto, 2005). Tudo isso parece ter exacerbado as suas reações defensivas, que se manifestam agora na forma de sintomas relacionados ao TEPT.

A nossa tese, portanto, é a de que o episódio do assalto e as críticas posteriores reforçaram os sentimentos de impotência, desvalorização e desamparo já despertados nos conflitos vividos anteriormente com os funcionários do banco, sendo percebido por Ricardo como uma prova da sua impotência, do seu fracasso na profissão. O quadro de TEPT que ele desenvolveu é, pois, uma síntese de toda uma trajetória de experiências dolorosas vividas que corroeram os seus valores pessoais e a sua autoestima, mobilizando reações defensivas típicas desse transtorno.

O seu caso evidencia que o TEPT pode resultar de uma sucessão de experiências dolorosas que, em certo momento, ultrapassam o limite do suportável. O distúrbio de estresse pós-traumático foi constituído com base na síntese dos episódios vividos, conforme o próprio Ricardo concluiu: “Porque, quando você mistura dois produtos, eles se transformam, vira um outro produto” (Ricardo, 13 de março, 2012).

O caso da segurança Eva: *Talvez, não foi tanto a cena do suicídio*

Eva (nome fictício) trabalhou como guardiã durante dez anos e foi demitida por justa causa em 2010, após o suicídio de um auxiliar de serviços gerais no seu local de trabalho, um fórum cível. Logo depois do incidente, ela manifestou sintomas típicos de uma reação aguda ao estresse e, mais tarde, desenvolveu o TEPT. Apesar de ter sido desamparada pela empresa de vigilância para a qual trabalhava, Eva foi acompanhada durante quatro meses por psicólogos do Núcleo de Atendimento aos Vigilantes Vítimas de Violência no Trabalho (NAPSI), da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, unidade São Gabriel, e também por psiquiatras de um centro de referência em saúde mental (CERSAM) durante seis meses, aproximadamente.

À época do incidente, ocorrido em 2010, Eva foi atendida no NAPSI por uma estagiária do curso de Psicologia, sob nossa supervisão. O seu caso despertou o nosso interesse em entender melhor o desenvolvimento do TEPT. No início de 2012, soubemos que Eva não apresentava mais os sintomas do TEPT que experimentou durante alguns meses. O nosso interesse voltou-se, então, não apenas para a compreensão de seu adoecimento, mas também para os fatores que lhe possibilitaram superar essa perturbação tão grave.

A história de Eva

Eva formou-se no curso de vigilância patrimonial em 1999 e passou a exercer profissionalmente a função de guardiã em 2000, numa empresa de segurança que não existe mais. Também prestou serviços durante três anos num centro de hematologia e hemoterapia em Minas Gerais, onde realizava tarefas ligadas à vigilância e outras alheias à sua função, como é comum na área da segurança privada. Foi desligada do setor em que trabalhava em virtude da falência da empresa de vigilância. Após alguns anos, Eva decidiu retornar à área da vigilância e, tendo sido contratada por uma empresa de segurança, passou a prestar serviços num fórum cível, no qual trabalhou até 2010.

Enfrentou situações difíceis no seu trabalho no Fórum Cível, por ter de exigir obediência de cidadãos às normas internas da instituição. Apesar da tentativa de diálogo, nem sempre as pessoas aceitavam as regras, deixando os vigilantes numa situação constrangedora, principalmente diante das autoridades a quem eram subordinados. Todavia, no seu entendimento, o pior aconteceu quando um dos seus colegas, um auxiliar de serviços gerais, cometeu suicídio no local de trabalho, diante de Eva, de outro vigilante e de funcionários.

No dia do incidente, os autocarros estavam em greve e a guardiã chegou 20 minutos atrasada, às 7h20min., para a troca de turno com outro vigilante. Enquanto se organizavam para trocar a placa do painel balístico que é utilizado nos coletes, um auxiliar de serviços gerais, que, segundos antes, estava a varrer a parte externa do fórum, correu para a recepção, pegou a arma dos vigilantes na gaveta da recepção e disparou contra o próprio peito, dando fim à sua vida. Eva relata ter sido surpreendida pela situação, que aconteceu de forma muito rápida:

Na minha mente, no momento em que ele entrou correndo, eu achei que ele ia pegar a mangueira que tava debaixo do portão. . . . Eu não vi o momento que ele tirou [a arma da gaveta]. . . . Aí, de repente ele fez assim... com a arma no peito... gritei bem alto: "O. [nome fictício], não!". E ele simplesmente disparou o tiro. Não lembro assim muito, só lembro que ficou assim uma marca na blusa dele. (Eva, 21 de abril, 2010)

A surpresa de Eva foi tão grande que ela diz não conseguir se lembrar de tudo o que houve, tendo dificuldades para estabelecer uma sequência clara dos factos. Logo após o suicídio do colega, Eva disse às pessoas que estavam à sua volta que estava tudo bem, mas o acontecimento a deixara abalada e ela precisava de apoio, o que, definitivamente, não recebeu por parte da empresa de vigilância e do Fórum Cível. Eva lembra-se de se

ter sentido impotente e paralisada, como se a sua “mente tivesse parado” (Eva, 21 de abril, 2010). Mesmo assim, ela agiu baseada nos seus valores profissionais, dizendo às pessoas que estava tudo bem, a fim de acalmá-las diante do ocorrido.

Após o incidente, a Polícia Militar e o supervisor de segurança da empresa de vigilância compareceram ao Fórum, sem manifestar qualquer apoio aos vigilantes. Em seguida, Eva e o seu colega prestaram depoimento numa delegacia de polícia. Segundo a guardiã, eles sentiram-se pressionados, de certo modo, a confessar o que teria sido, supostamente, um *homicídio*.

Algumas horas depois de ter prestado depoimento à polícia, Eva foi chamada à empresa de vigilância e demitida por justa causa. Ela recebeu com imenso espanto e tristeza essa determinação por parte do supervisor, que a responsabilizou e, também, ao seu colega pelo incidente. Para ela, essa situação foi pior do que a própria cena do suicídio, embora a cena esteja bem presente na sua memória:

Eu lembro como se fosse hoje. Ele [o supervisor] falou: “Você é culpada!”. Foi o que mais eu fiquei triste. Talvez, não foi tanto a cena que aconteceu, mas eu fiquei triste de ele falar assim: “Você foi culpada, justa causa!”. Isso aí foi o que mais me marcou: “Você merece justa causa!”. Não foi tanto ter presenciado o que eu presenciei. São coisas que acontecem dia a dia, até coisas piores. Ali, ele simplesmente pegou a arma e disparou. Mas, a partir do momento em que eu fui condenada por uma coisa que eu não fiz . . . Ele mesmo disse, o chefe lá: “Você foi responsável pela morte dele!”. Foi onde tirou meu chão . . . A frase dele não saía da minha mente! (Eva, 21 de março, 2012)

Naquele momento, atordoada, Eva não conseguia “pensar direito” (Eva, 21 de março, 2012). Recordava-se, entretanto, de se ter sentido com “as mãos sujas de sangue” (Eva, 21 de março, 2012): “A minha mente é como se . . . é como se não funcionasse. . . É como se eu tivesse suja de sangue” (Eva, 21 de abril, 2010). A guardiã sentiu-se indiretamente responsável pelo que aconteceu, por ter chegado 20 minutos atrasada ao serviço.

Os primeiros atendimentos foram realizados nos dois dias após o incidente na casa da trabalhadora, que não se sentia em condições de sair. Com o tempo, verificamos sintomas típicos de reações agudas ao estresse e do próprio TEPT. Ela dizia: “eu tento fingir de conta que não aconteceu nada, . . . mas, de repente . . . volta tudo na minha mente e eu vejo a arma, eu vejo ele apontando ela no peito” (Eva, 21 de abril, 2010). Aos poucos, sem focalizar diretamente o episódio traumático vivido, mas, ao contrário, resgatando os seus recursos, valores e perspectivas de futuro, a estagiária conseguiu ajudá-la a fortalecer-se para voltar à experiência traumática e ressignificá-la.

Análise do caso da guardiã Eva

Da mesma forma que a história de Ricardo, o caso de Eva também oferece elementos para afirmar que o seu quadro de TEPT não resulta de um único evento ou de um fator isolado. Este quadro desenvolveu-se pela acumulação de experiências que tiveram um forte impacto na sua autoestima e nos seus valores, abalando profundamente as suas relações consigo mesma, com os outros e com o mundo.

A partir da sua narrativa, podemos concluir que a cena do suicídio do colega de trabalho não constituiu a sua experiência traumática isoladamente, a qual, em última instância, determinou o seu adoecimento. Para Eva, a conduta do seu gestor, que a demitiu por justa causa, teve um peso considerável, sendo qualificada como a mais marcante do episódio. Todavia, trata-se de uma situação cujo impacto não pode ser avaliado corretamente sem que se considere a que a precede, a do suicídio do colega de trabalho.

No incidente do suicídio do seu colega de trabalho, a sensação de desamparo e o sentimento de impotência aparecem de forma nítida e intensa para Eva, a ponto de ela apresentar uma dissociação peritraumática, reação por meio da qual ela tentou, psicologicamente, proteger-se daquela situação insuportável. Apesar de se lembrar pouco do episódio, Eva recorda-se das ações que imaginou serem possíveis naquela situação. Segundo afirma, ela chegou a pensar em retirar a arma da mão do seu colega de trabalho, ação que não conseguiu realizar.

Em seguida, a ausência de suporte psicossocial e as acusações por parte do gestor da empresa de segurança incidiram, de forma importante, no curso da experiência vivida pela trabalhadora, potencializando o efeito do incidente e suscitando conflitos subjetivos, que, por algum tempo, ela não conseguiu elaborar e integrar na sua história sem uma conotação degradante para a sua autoestima. Mas foi sobretudo o impacto das críticas do gestor que ficou evidente nos seus relatos e que parece ter contribuído para o surgimento de um conflito em torno da tentativa frustrada da guardiã de retirar a arma do seu colega, evitando o seu suicídio. Esse conflito acentuou-se ainda mais após ela ouvir as acusações da chefia.

Como se pode notar nos relatos de Eva, a acusação dos gestores, materializada na demissão por justa causa, significou para ela ter cometido um homicídio. É como se ela tivesse de se reconhecer como a assassina do seu colega de trabalho. Esse sentimento de culpa emergiu no seu acompanhamento psicológico: “eu tive que lutar muito pra entender que a culpa não foi minha”, “porque, a todo tempo, eu começava a achar que, de alguma forma, é praticamente como se eu tivesse dado o tiro nele” (Eva, 21 de março, 2012).

Vimos que, antes do acompanhamento psicológico, as tentativas recorrentes de Eva transformar a experiência vivida foram frustradas. Ela sentiu-se incapaz de elaborá-la,

permanecendo presa ao conflito subjetivo, que sempre a reportava às experiências vividas, marcadas pelas significações que lhe foram atribuídas. Na impossibilidade de uma elaboração desse conflito, ela tentou proteger-se por meio de defesas psicológicas, que, ao invés de a permitirem livrar-se do trauma, aprisionaram-na, colocando-a num círculo vicioso, num processo de repetição incessante das experiências dolorosas e de reações defensivas.

Vemos, igualmente, nesse percurso que, para ser capaz de transformar a experiência vivida num meio de viver outras experiências (Clot, 2010), Eva teve de ultrapassar os julgamentos feitos pelo gestor da empresa de vigilância, atribuindo outros sentidos à sua experiência e aprendendo com ela. O acompanhamento psicológico permitiu que ela reinterpretasse essa experiência e encontrasse saídas. Hoje, ela não se sente culpada em relação ao que aconteceu com o seu colega de trabalho, apoiando essa consideração, inclusive, na sentença dada pela Justiça do Trabalho, que reconhece a arbitrariedade da sua demissão por justa causa, e no parecer do delegado de polícia, que não a incriminou.

Considerações finais

O estudo da gênese dos transtornos mentais constitui uma árdua e complexa tarefa. Na nossa avaliação, contudo, acreditamos ter avançado na compreensão da etiologia do TEPT nos contextos de trabalho. Seguindo a perspectiva teórica de Marx, Politzer, e Sève, evidenciamos que a história e a atividade dos sujeitos, nas suas dimensões objetivas e subjetivas, constituem categorias centrais no entendimento da gênese do TEPT. Os valores individuais emergiram como uma categoria indispensável para a compreensão da atividade e do valor traumático das experiências vividas no contexto de trabalho.

A contribuição mais importante do nosso estudo, porém, consistiu na elucidação do modo como se opera a passagem das experiências traumáticas ao TEPT, respondendo a uma tarefa posta por Le Guillant (2006a), ainda na década de 60 do século XX. Nesse tocante, nosso esforço foi no sentido de demonstrar que a experiência traumática recente possui um papel importante na gênese desse transtorno, pois ela se traduz por uma intensificação de ameaças já vividas e por um profundo abalo dos valores e da autoestima do sujeito, que o levam a viver um conflito para o qual não encontra saída. Os sentimentos de impotência, desamparo e insegurança experimentados pelos nossos entrevistados diante de situações objetivas que ameaçam os seus valores pessoais e a sua vida e/ou a de outrem, bloqueando a sua atividade, foram apreendidos como importantes mediadores na gênese do TEPT.

Em concordância com as conclusões de Le Guillant (2006a), evidenciamos nos casos clínicos que o processo de adoecimento psíquico, ainda que possa parecer um

“acontecimento súbito e instantâneo”, consiste, na verdade, num “encadeamento de situações e contradições”, resultando de “efeitos acumulados antecipadamente, de forma lenta e gradual” (pp. 284-285).

Vale ressaltar que, na análise da etiologia do TEPT, não ignorámos o papel das experiências traumáticas progressas do sujeito. O que fizemos foi considerá-las dentro de uma perspectiva teórica mais coerente com a lógica desse transtorno, na qual as experiências anteriores e atuais se potencializam, reciprocamente, culminando no adoecimento. Acompanhando as reflexões de Politzer (1928/2004), tentámos não nos desligar dos factos psicológicos do indivíduo em particular em momento algum.

Concebemos, dessa forma, o TEPT como um distúrbio psíquico que se instaura na tentativa frustrada do sujeito de se defender da ameaça mortal representada pelo trauma internalizado. Evidenciamos, nessa direção, que o indivíduo, na tentativa de se proteger, acaba por *criar* a doença, num processo de supercompensação psicológica que leva a um colapso das suas defesas psíquicas.

Nosso estudo evidenciou, igualmente, que, ao invés de se focalizar apenas nas predisposições psicológicas, construídas em algum momento da história individual, é mais adequado tentar compreender o processo de transformação da história do sujeito que culmina no seu desenvolvimento ou na amputação do seu poder de agir.

A análise dos casos que examinamos reforça a nossa hipótese da existência de um encadeamento de experiências que leva ao surgimento do TEPT, e sugere mais: se o evento potencialmente traumático for seguido de um apoio psicossocial, talvez, o TEPT não se desenvolva. Todavia, consideramos essencial que a prevenção seja dirigida também à tentativa de se evitar a ocorrência de tais eventos, medida que, sem dúvida, seria a mais eficaz no caso do TEPT, já que esse distúrbio não se desenvolve sem que haja a vivência de uma experiência traumática.

SÍNTESE

O presente capítulo apresenta uma leitura renovada do processo de desenvolvimento do TEPT. Na esteira das reflexões de autores do campo da Filosofia e Psicologia que, como nós, se inspiraram nas reflexões ontológicas de Karl Marx, analisámos a trajetória biográfica de trabalhadores que foram acometidos pelo TEPT, evidenciando a intrincada relação entre aspetos objetivos e subjetivos na etiologia desse distúrbio. Com o aporte teórico de duas abordagens clínicas do trabalho (Clínica da Atividade e Ergologia), evidenciámos, igualmente, o papel central da história e da atividade dos sujeitos nos processos de construção da sua saúde e doença no contexto laboral. Assim, numa nova

perspetiva, concebemos o TEPT como um processo de supercompensação psicológica que instaura defesas psíquicas e comportamentais, que resultam em prejuízos significativos para a vida dos sujeitos afetados. Finalmente, ressaltámos a importância da prevenção aos eventos potencialmente traumáticos no contexto de trabalho e do apoio psicossocial como estratégia de prevenção ao desenvolvimento do TEPT.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, C. M., Lacerda, A. L., & Bressan, R. A. (2006). Achados de neuroimagem no TEPT. In M. F. Mello, R. A. Bressan, S. Andreoli, & J. J. Mari (Coords.), *Transtorno de estresse pós-traumático: Diagnóstico e tratamento*, (pp. 68-96). Barueri, Brasil: Manole.
- Associação Americana de Psiquiatria (APA). (1994). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV* (4a. ed.). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Bucasio, E., Vieira, I., Berger, W., Martins, D., Souza, C., Maia, D., Figueira, I., & Jardim, S. (2005). Transtorno de estresse pós-traumático como acidente de trabalho em um bancário: Relato de um caso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(1), 86-89.
- Câmara Filho, J. W., & Sougey, E. B. (2004). Transtorno de estresse pós-traumático: Características clínicas e sociodemográficas de pacientes atendidos no Ambulatório de Psiquiatria da Polícia Militar de Pernambuco. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 53(1), 58-66.
- Cavalcante, F. G., Morita, P. A., & Haddad, S. R. (2009). Sequelas invisíveis dos acidentes de trânsito: O transtorno de estresse pós-traumático como problema de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(5), 1763-1772.
- Chasin, J. (2009). *Marx. Estatuto ontológico e resolução metodológica*. São Paulo, Brasil: Boitempo.
- Clot, Y. (2006). *A função psicológica do trabalho*. São Paulo, Brasil: Vozes.
- Clot, Y. (2007). Trabalho e sentido do trabalho. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomia*. São Paulo, Brasil, Edgar Blucher.
- Clot, Y. (2010). *Trabalho e poder de agir*. Belo Horizonte, Brasil: Fabrefactum.
- Durrive, L., & Schwartz, Y (2008). Glossário da Ergologia. *Laboreal*, 4(1), 23-28. Recuperado de <http://laboreal.up.pt/media/artigos/166/23-28pt.pdf>.
- Figueira, I., & Mendlowicz, M. (2003). Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1), 12-16.
- Fontanella, B. J., Campos, C. J., & Turato, E. R. (2006). Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: Uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5), 812-820.
- Kato, H. (1998). Posttraumatic symptoms among victims of the Great Hanshin–Awaji Earthquake in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52, 18-24.

- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E. Hughes, M. Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of general psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Le Guillant, L. (2006a). Incidências psicopatológicas da condição de empregada doméstica. In M. E. Lima (Org.), *Escritos de Louis Le Guillant: Da ergoterapia à psicopatologia do trabalho*, (pp. 242-286). São Paulo, Brasil: Vozes.
- Le Guillant, L. (2006b). O Caso de Marie. In M. E. Lima (Org.), *Escritos de Louis Le Guillant: Da ergoterapia à psicopatologia do trabalho*, (pp. 331-348). São Paulo, Brasil: Vozes.
- Lima, M. E. (2003). A polêmica em torno do nexa causal entre distúrbio mental e trabalho. *Psicologia em Revista*, 10(14), 82-91.
- Lima, M. E. A. (2010). Prefácio. In Y. Clot (Ed.), *Trabalho e poder de agir*, (pp. 7-17). Belo Horizonte, Brasil: Fabrefactum.
- Marx, K. (2009). *Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo, Brasil: Boitempo. (Trabalho original publicado em 1844)
- Milet, N. C., & Sougey, E. B. (2010). Prevalência de transtorno de estresse pós-traumático em equipe do salvamento marítimo do corpo de bombeiros militares em Pernambuco e breve estudo sócio-demográfico. *Neurobiologia*, 73(2), 89-95.
- Politzer, G. (2004). *Crítica dos fundamentos da psicologia: A psicologia e a psicanálise* (2ª. Ed.). Piracicaba, Brasil: Editora UNIMEP. (Trabalho original publicado em 1928)
- Schestatsky, S., Shansis, Ceitlin, L.H., Abreu, P. B. & Hauck, S. (2003). A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1), 8-11.
- Schwartz, Y. (2011). Manifesto por um ergoengajamento. In P. F. Bendassolli, & L. A. Soboll, *Clínicas do Trabalho: Novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*, (pp. 132-166). São Paulo, Brasil: Atlas.
- Schwartz, Y., Durrive, L., & Duc, M. (2010). Trabalho e uso de si. In J. Brito, & M. Athayde (Orgs.), *Trabalho & ergologia: Conversas sobre a atividade humana*, (2ª ed., pp. 189-204). Niterói, Brasil: Editora da UFF.
- Sève, L. (2000). Marxisme et théorie de la personnalité: Retour sur la gènese d'un livre. In R. Orofiamma, P. Dominice, & A. Lainé (Org.), *Les histoires de vie, théories et pratiques*, (pp. 11-25). Paris, France: Education Permanente.
- Souza, W. F. (2011). *Estudo prospectivo do impacto da violência na saúde mental das tropas de paz brasileiras no Haiti* (Tese de Doutorado não publicada). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
- Turato, E. R. (2000). Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Definição e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1), 93-108.
- Ventura-Velázquez, R. E., Bravo Collazo, T. M., & Hernández Tápanes, S. (2005). Trastorno por estrés posttraumático en el contexto médico militar. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 34(4), 1-8.
- Vieira, C. E. (2014). *Traumas no Trabalho: Uma nova leitura do transtorno de estresse pós-traumático*. Curitiba, Brasil: Juruá.

Vygotsky, L. S. (2003). *Conscience, inconscient, émotions*. Paris, France: La Dispute. (Trabalho original publicado entre 1925 e 1932)

LEITURAS SUGERIDAS

Vieira, C. E. (2014). *Traumas no trabalho: Uma nova leitura do transtorno de estresse pós-traumático*. Curitiba, Brasil: Juruá.

CAPÍTULO VI

PRIMEIROS AUXÍLIOS PSICOLÓGICOS A TRABALHADORES VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRABALHO: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA DE INTERVENÇÃO EM UMA MINERADORA

CARLOS EDUARDO CARRUSCA VIEIRA

Resumo: No ano de 2014, um grave acidente de trabalho ocorreu em uma das barragens de rejeitos de minério de ferro de uma mineradora localizada no estado de Minas Gerais, Brasil. Este acidente resultou na morte de três trabalhadores. Ao longo de quase um mês, foram prestados os primeiros auxílios psicológicos (pap) aos trabalhadores envolvidos, direta ou indiretamente, no acidente, assim como aos familiares de um dos trabalhadores que esteve desaparecido por mais de um mês e que foi uma das vítimas fatais do acidente. O objetivo do presente capítulo é reportar e analisar o atendimento psicossocial disponibilizado aos trabalhadores, explorando as potencialidades e limites dos pap no contexto de trabalho, na sequência de situações potencialmente traumáticas. Inicialmente, fazemos uma apresentação da modalidade de pap e do protocolo acersarse, para, em seguida, caracterizar o acidente de trabalho em causa e o seu contexto, analisando a intervenção psicossocial realizada junto dos trabalhadores e seus familiares. Nas considerações finais, sinalizamos a relevância dos pap para atenuar o sofrimento e prevenir transtornos mentais, e a necessidade de instrumentalizar os profissionais na sua implementação em contexto laboral.

Palavras-chave: acidentes de trabalho; apoio social; desastres; mineração; primeiros auxílios psicológicos; psicologia do trabalho

ABSTRACT: In 2014, a serious workplace accident took place at one of the tailing dams of an iron ore mine located in the State of Minas Gerais, Brazil. Such accident caused the death of three workers. For nearly a month, we provided Psychological First Aid (PFA) to the workers directly or indirectly involved in the accident, and as well to the family of a

missing worker who disappeared for over a month, and was also found dead in the end. This chapter aims to report and analyze the psychosocial care provided to the workers, while exploring the potentialities and limitations of PFA in the workplace context after potentially traumatic events. Initially, it was given a presentation of PFA modality and the ACERCARSE protocol, before characterizing such workplace accident and its context, and as well analyzing the psychosocial care provided to the workers and their families. At last, it was pointed out the relevance of PFA to mitigate distresses, prevent mental disorders, and as well the need to provide the professionals with the instrumentation to provide PFA in the context of workplaces.

Keywords: workplace accidents; social support; disasters; mining; psychological first aids; occupational psychology

INTRODUÇÃO

Os grandes desastres, atentados terroristas e catástrofes que marcaram o início do século XXI deixaram evidente que a população mundial enfrenta eventos alarmantes, que ameaçam a vida e causam intenso sofrimento (Muñoz, Ausín, & Pérez-Santos, 2007). Estes eventos têm, cada vez mais, sido alvo da atenção de diferentes nações, organizações e atores sociais em todo o mundo.

Neste cenário, os Primeiros Auxílios Psicológicos (PAP) têm alcançado visibilidade e importância enquanto intervenção de curto prazo, que contribui para atenuar o sofrimento e prevenir o desenvolvimento de transtornos mentais em indivíduos que vivenciam, direta ou indiretamente, eventos potencialmente traumáticos (Muñoz et al., 2007).

Neste capítulo, discutimos a relevância dos PAP no contexto dos acidentes de trabalho, com base numa experiência de intervenção psicossocial realizada junto de trabalhadores e seus familiares após o rompimento de uma barragem de rejeitos de minério de ferro em uma mineradora brasileira. Embora seja uma prática ainda incipiente no contexto laboral, os PAP constituem uma estratégia promissora para atenuar o sofrimento e prevenir os transtornos mentais em trabalhadores, vítimas de violência relacionadas com o trabalho (Vieira, Machado, Castagnet, & Ferreira, 2014).

A MODALIDADE DE PRIMEIROS AUXÍLIOS PSICOLÓGICOS (PAP)

Os protocolos de PAP foram desenvolvidos face à necessidade de disponibilizar auxílio psicológico básico e imediato a indivíduos que enfrentam situações de extrema intensidade

emocional, tendo como principal objetivo atenuar o sofrimento psíquico decorrente de tais situações e prevenir o desenvolvimento de transtornos mentais. Segundo Muñoz et al. (2007), os PAP visam “estabelecer um vínculo entre o profissional e a pessoa, reduzir o impacto emocional de eventos traumáticos e avaliar até que ponto se precisa de uma intervenção psicológica mais prolongada” (p. 487).

De um modo geral, os PAP podem ser definidos como uma modalidade padronizada de intervenção psicológica, de carácter breve e imediato, que objetiva atenuar o impacto emocional experimentado pelas pessoas em crises circunstanciais, disponibilizando apoio especializado para enfrentar momentos especialmente dramáticos. Na definição de Muñoz et al. (2007), os PAP constituem-se como “um grupo de pronta intervenção psicológica, de carácter breve e prático, orientada para atenuar e prevenir os efeitos psicológicos de eventos traumáticos a curto, médio e longo prazo” (p. 487). Mesmo com efeitos de natureza psicoterapêutica, estas intervenções não podem ser entendidas como um tratamento psicoterapêutico (Muñoz et al. 2007)

Na literatura internacional, encontram-se diferentes guias e protocolos relativamente aos PAP a sujeitos que enfrentam situações potencialmente traumáticas, sejam adultos ou crianças, por exemplo: os protocolos da *Cruz Roja Española* (2015) e do *National Center for Posttraumatic Stress Disorder* e *National Child Traumatic Stress Network* (2006); e o guia sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias e Catástrofes da *Inter-Agency Standing Committee* (IASC; 2007).

O protocolo de intervenção implementado tem por base o ACERCARSE, desenvolvido pela Universidade Complutense de Madrid (Muñoz et al., 2007). Trata-se de um protocolo que organiza os PAP e propõe diretrizes para a atuação dos profissionais no âmbito da prestação de cuidados (proteção, segurança e esperança, alívio/prevenção de sintomas agudos do stress) às vítimas de eventos potencialmente traumáticos. Este protocolo organiza-se em torno de cinco princípios básicos, especificamente: proteger, dirigir, conectar, tratar e providenciar cuidados especiais.

Os dois primeiros princípios têm como objetivo fazer com que as pessoas se sintam seguras e protegidas, inclusive dos meios de comunicação. Para tal, é necessário haver um afastamento relativamente a locais envolvendo perigo. Em situações de emergência, como desastres e catástrofes, as pessoas podem apresentar um estado de confusão que as impede de se orientar temporal e espacialmente. Efetivamente, a conexão do indivíduo a todos os recursos pessoais e interpessoais que auxiliem na situação vivenciada constitui o terceiro princípio básico. Este princípio visa ajudar a pessoa a se conectar, principalmente com pessoas que lhe sejam significativas e capazes de lhe fornecer apoio, ou centros de informação.

O tratamento nos PAP centra-se nas reações de stress agudo, o que constitui o quarto princípio do ACERCARSE. Como se trata de uma intervenção psicoterapêutica breve, o quinto princípio desse protocolo destaca que é preciso atender ao tipo de relação terapêutica estabelecida e à eventual necessidade de continuidade do acompanhamento e encaminhamento para intervenções mais prolongadas.

Com base nesses objetivos e princípios, a intervenção em PAP, no ACERCARSE, estrutura-se e desenvolve-se em oito etapas, que podem ser mais ou menos ajustadas em função das necessidades dos indivíduos atendidos e das circunstâncias (Muñoz et al., 2007). O nome ACERCARSE é uma sigla que corresponde a cada uma das etapas (ou fases) desse protocolo, a saber:

1. **A**mbiente
2. **C**ontato
3. **E**stima (Avaliação)
4. **R**estabelecimento emocional
5. **C**ompreensão da crise
6. **A**tivação
7. **R**ecuperação do funcionamento
8. **S**Eguimento

1. Ambiente: Nessa fase, o psicólogo deve compreender a situação ocorrida, informando-se a respeito do contexto do incidente, das pessoas atingidas, do seu grau de impacto e das redes de apoio disponíveis. Todas essas informações ajudarão a elaborar um planejamento mais adequado dos PAP (Muñoz et al., 2007).

2. Contato: É a fase de contato com as pessoas afetadas, considerando os aspectos verbais e não verbais da comunicação, e estabelecendo uma relação com o indivíduo na qual é respeitado o seu espaço e as suas necessidades. Não se trata, de modo algum, de atribuir “responsabilidades” ou emitir “juízos de valor”. A intenção principal é de tranquilização, com base numa relação empática e não invasiva, conhecendo as suas principais preocupações nesse momento no sentido de ajudá-lo a desenvolver soluções. Nessa fase, pretende-se compreender a sua experiência e favorecer o seu processamento cognitivo do acontecimento, como, por exemplo: “O que aconteceu?”, “Onde você estava nesse momento?”, “O que estava fazendo?”, “O que aconteceu depois?”, ou seja, não se deve focalizar a atenção exclusivamente nos aspectos emocionais (Muñoz et al., 2007, p. 499).

3. Estima (Avaliação): A avaliação do estado mental do indivíduo e a identificação de problemas psicológicos pré-existentes e atuais, do seu estilo de enfrentamento das adversidades, recursos pessoais e apoio social constituem os objetivos dessa etapa, incentivando um enfrentamento mais ativo da situação por parte do indivíduo (Muñoz et al., 2007).

4. Restabelecimento emocional: O foco dessa fase é facilitar a comunicação emocional e o restabelecimento de um nível de funcionamento adaptativo. O psicólogo deve favorecer a expressão emocional, utilizando técnicas de desativação ou ativação fisiológica, de acordo com as necessidades individuais. Deve, ainda, promover e facilitar a recuperação da rede social natural do indivíduo e mostrar-se disponível e acessível, caso o indivíduo necessite (Muñoz et al., 2007).

5. Compreensão da crise: Com o objetivo de favorecer a compreensão da crise por parte do indivíduo, o psicólogo pode, nessa fase, oferecer-lhe informações relevantes sobre os problemas e sintomas enfrentados, reforçando a sua normalidade em situações extraordinárias, como é o caso dos grandes acidentes e desastres. Pode, do mesmo modo, providenciar informações específicas que contribuam para a correção de distorções cognitivas da realidade e para uma integração adaptativa da experiência vivenciada (Muñoz et al., 2007).

6. Ativação: Conscientização e orientação do indivíduo para a ação, com vista à retoma das suas atividades habituais. Não sendo possível restabelecer o seu pleno funcionamento, deve ser definido um plano de ação conjunto, que estabeleça “objetivos e possíveis ações, explorando os próprios recursos e estratégias da pessoa afetada”. Para isso, é necessário “recuperar o nível de processamento cognitivo”, centrando a pessoa “em fatos e atividades” e instruindo planos e objetivos que envolvam a sua rede de apoio social natural e aquela que estiver disponível (Muñoz et al., 2007, p. 500).

7. Recuperação do funcionamento: Com vista ao restabelecimento do funcionamento psicológico normal do indivíduo, o profissional pode orientar no planeamento de tarefas e atividades, encorajando o seu funcionamento independente e fornecendo as informações necessárias para retomar as suas atividades.

8. Seguimento: Na última etapa, é avaliada a necessidade de um acompanhamento, sendo definidos os prazos e os períodos em que este decorrerá. Nesta etapa, é também importante determinar a necessidade de um encaminhamento para uma intervenção mais prolongada (Muñoz et al., 2007).

Essas etapas, como já foi dito anteriormente, podem ser ajustadas em função das circunstâncias e das necessidades. No entanto, de um modo geral, a intervenção em PAP é fundamental para promover a segurança e conforto emocional do indivíduo afetado,

por intermédio de uma postura empática e tranquilizadora. É necessário entender, no momento de crise, as necessidades e preocupações do indivíduo, não prometer-lhe nada nem proferir julgamentos morais a seu respeito, estar disponível e favorecer a sua associação com os recursos pessoais e redes de apoio social. Além disso, é relevante o acompanhamento para alcançar uma elaboração psicológica do episódio vivido, desconstruindo representações cognitivas distorcidas e crenças negativas sobre os fatos, sobre as suas ações relativamente aos factos e a si mesmo.

Sabe-se que a implementação, no imediato, de estratégias de apoio psicológico em situações de emergência e desastre constitui uma prática relativamente recente, embora, de acordo com Muñoz et al. (2007), as suas origens estejam vinculadas ao período da II Guerra Mundial. A disponibilização de PAP a trabalhadores que enfrentam eventos potencialmente traumáticos é ainda mais incipiente, apesar de promissora. A utilização dos PAP no contexto laboral pode ser potencialmente benéfica para os trabalhadores, em distintas situações, como nos acidentes de trabalho e nos ataques praticados por grupos criminosos (roubos, sequestros, etc.; Vieira et al., 2014).

Os contextos laborais não podem, portanto, ser negligenciados no debate sobre a importância dos PAP. Isso é particularmente importante porque, em determinadas categorias profissionais, existem riscos consideráveis derivados das condições de âmbito laboral. Podem incluir-se aqui os combatentes das forças armadas (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995), os policiais (Câmara Filho & Sougey, 2004), o corpo de bombeiros (Milet & Sougey, 2010), vigilantes (Vieira, Lima, & Lima, 2010), bancários (Bucasio et al., 2005), operários da mineração (Cunha, 2007), entre outros. Muitos destes trabalhadores enfrentam, com relativa frequência, situações de emergência e desastre decorrentes de eventos naturais, da violência praticada por grupos criminosos ou de acidentes de trabalho, que, mesmo quando não resultam em morte, acarretam prejuízos para a saúde e para a qualidade de vida dos trabalhadores. A oferta dos PAP aos trabalhadores que enfrentam situações potencialmente traumáticas e às suas famílias pode configurar-se, deste modo, como um importante fator de proteção da saúde mental.

Estudos recentes (Barlow & Durand, 2008; Muñoz et al., 2007; Vieira, 2014; Vieira et al., 2010; Vieira Neto, 2005) reforçam a ideia de que as intervenções terapêuticas efetuadas imediatamente após situações potencialmente traumáticas podem prevenir o aparecimento de transtorno ou de agravamento de transtornos mentais:

Apesar da pesquisa incipiente, experiências de intervenção imediatamente após um evento traumático mostram que o apoio psicológico ajuda a suportar melhor os efeitos dessas situações, podendo revelar-se de extrema importância para evitar danos psicológicos futuros (Muñoz et. al., 2007, p. 481).

O amparo e a segurança providenciados pelo acompanhamento profissional especializado constituem-se fatores de prevenção no que diz respeito ao aparecimento e/ou à manutenção de transtornos mentais. No entendimento de Vieira Neto (2005), “a presença de alguém reconhecido como quem ‘sabe o que fazer’ já se constitui como um elemento importante para a segurança psíquica das pessoas afetadas pelo desastre” (p. 236).

Eis as razões para analisarmos, neste relato de experiência, as potencialidades e os limites dos PAP.

O SETOR DA EXPLORAÇÃO MINERAL E OS ACIDENTES DE TRABALHO

No Brasil, a extração mineral remonta ao descobrimento do país, há mais de 500 anos. Nessa altura, o governo lusitano incentivou as expedições em busca de ouro e pedras preciosas no território brasileiro (Vieira, 2009). Desde o tempo das expedições portuguesas até aos dias de hoje, o Brasil continua a ser um país atrativo e com um grande potencial para as atividades de extração mineral (Departamento Nacional de Produção Mineral / DNPM, 2011).

Segundo informações do DNPM (2011), o Brasil possui “uma grande diversidade de terrenos e formações geológicas, conferindo-lhe uma grande diversidade de minérios”. Os recursos minerais do país abrangem uma produção de “72 substâncias minerais, das quais 23 são metálicas, 45 não metálicas e 4 energéticas” (DNPM, 2011, p. 1).

A atividade de exploração mineral no Brasil acarreta, na sua história, fatos conhecidos internacionalmente, como a “Serra Pelada”. Situada no sudeste do estado do Pará, no território brasileiro, a descoberta das suas grandes jazidas de ouro, na década de 1980, atraiu cerca de 60 mil garimpeiros de todo o Brasil, tornando-a conhecida como o “maior garimpo a céu aberto do mundo”, palco de exploração desmedida da força de trabalho e de disputas violentas (Vieira, 2009).

Ao longo de mais de 500 anos, o setor de exploração mineral foi ampliado e modernizado do ponto de vista tecnológico. Os riscos da atividade, porém, continuam a existir de modo incontestável (Cunha, 2007). A mineração é uma atividade económica cujo risco foi classificado em grau 4 no Brasil, considerando uma escala numérica de intensidade compreendida entre 1 (menor risco) e 4 (grau de risco máximo; Ministério do Trabalho e Emprego, 1978a). Caracteriza-se, portanto, como uma atividade cujos riscos para a saúde e para a segurança são significativos.

Os acidentes no ramo da mineração são frequentemente graves, quase sempre mutilantes ou fatais (Cunha, 2007). Os dados do Anuário Estatístico de Acidentes de

Trabalho (AEAT), do Ministério da Previdência Social do Brasil, identificaram, entre 2010 e 2013, no ramo da extração de minerais metálicos, em média 1.992 acidentes por ano (Ministério da Previdência Social, 2015). A Tabela 1 indica a evolução, por ano, do número total de acidentes no ramo de extração de minerais metálicos nesse período:

Tabela 1.

Número total de acidentes no ramo de extração de minerais metálicos

Ano	Número de acidentes
2010	1,584
2011	1,821
2012	2,318
2013	2,244

Fonte: Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho (AEAT) (Ministério da Previdência Social, 2015).

Em relação a 2013, os dados do AEAT revelam que, do total de acidentes, 1.703 foram acidentes típicos, 194 de trajeto, 127 dizem respeito a doenças relacionadas com o trabalho e 220 não foram encaminhadas para a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Trata-se de uma realidade significativa, particularmente pela gravidade dos acidentes, grande parte diretamente relacionada com o processo de trabalho.

No Brasil, o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) estabeleceu um conjunto de 36 normas no sentido de regulamentar um parâmetro legal para as ações empresariais, no que diz respeito à proteção da saúde e segurança dos trabalhadores. Especificamente, a norma nº 22 destina-se à atividade de extração mineral e tem por objetivo “disciplinar os preceitos a serem observados na organização e no ambiente de trabalho, de forma a tornar compatível o planejamento e o desenvolvimento da atividade mineira com a busca permanente da segurança e saúde dos trabalhadores” (Ministério do Trabalho e do Emprego, 1978b).

Entre os acidentes que ocorrem neste segmento, o rompimento de uma barragem de rejeitos de materiais metálicos ou não metálicos, constitui-se como um acidente de grandes proporções, com graves repercussões para o meio ambiente, para os trabalhadores e para a população residente nos arredores. Para esclarecer do que se trata, é preciso definir o que é uma *barragem de rejeitos*. A definição técnica de Maturano Rafael (2012) refere:

Uma estrutura de terra construída para armazenar rejeitos de mineração, os quais são definidos como a fração estéril produzida pelo beneficiamento de minérios, em um processo mecânico e/ou químico que divide o mineral bruto em concentrado e rejeito. O rejeito é um material que não possui maior valor económico, mas para salvaguardar o ambiente deve ser devidamente armazenado (p. 22).

Ao longo da última década, pelo menos dez grandes acidentes dessa natureza ou similares marcaram a história mundial, conforme exposto na Tabela 2:

Tabela 2
Acidentes com barragens (dados de abrangência mundial)

Ano	Local	Acidente	Impactos
2002	San Marcelino, Zambales, Filipinas	Galgamento e ruptura do vertedouro de duas barragens abandonadas por ocorrência de chuvas intensas	Rejeitos fluíram para o lago Mapanuepe e houve inundação de vila com 250 famílias
2003	Cerro Negro, Petorca Prov., V Región, Chile	Ruptura de barragem de rejeitos de cobre	50.000 toneladas de rejeitos fluíram por 20 km do rio Ligua
2004	Malvési, Aude, França	Ruptura do dique após chuvas intensas	30.000 m ³ de líquido vazaram com elevada concentração de nitrato
2004	Partizansk, Primorski Krai, Rússia	Ruptura de um dique de contenção de cinza volante com 1,0 Km ² de área, com 20 milhões de m ³ de cinza	A polpa de cinza fluiu por um canal de drenagem para um afluente do rio Partizanskaya
2004	Riverview, Flórida, USA	Um dique rompeu no topo de uma pilha de gesso	50 milhões de galões de líquido ácido fluíram para o riacho Archie e a Baía de Hillsborough
2004	Pinchi Lake, British Columbia, Canadá	Ruptura de barragem de rejeitos com mercúrio	Rejeitos fluíram para o Pinchi Lake
2005	Bangs Lake, Jackson County, Mississippi, USA	Ruptura de pilha de gesso, por enchimento rápido do reservatório e ocorrência de chuva intensa	Vazamento de 17 milhões de m ³ de líquido ácido

Tabela 2 (Continuação)

Acidentes com barragens (dados de abrangência mundial)

Ano	Local	Acidente	Impactos
2006	Shaanxi, Province, China	Ruptura de barragem de rejeitos de ouro durante o sexto alteamento	Inundação de casas, dez residentes desabrigados, vazamento de cianeto para o rio e contaminação de 5,0 Km para a jusante
2006	Nchanga, Chingola, Zâmbia	Ruptura de uma tubulação de rejeitos de cobre	Vazamento de rejeitos ácidos para o rio Kafue (cobre, manganês, cobalto)
2008	Shanxi Province, China	Colapso de barragem de rejeitos durante chuvas	Morte de 254 pessoas e 35 feridos

Fonte: Adaptado a partir dos dados do Instituto Brasileiro de Mineração (2009).

O debate em torno de um acidente de trabalho constitui-se como um contexto de disputas ideológicas e políticas, baseadas em interesses, frequentemente divergentes, de distintos atores sociais (e.g., empresas, trabalhadores, órgãos governamentais), que concorrem para estabelecer e legitimar as suas visões específicas acerca do evento, bem como para exigir recursos, indenizações ou ações corretivas. Quando se trata de um evento de incontestável grandeza, como é o caso do rompimento de uma barragem de rejeitos, a tensão no que diz respeito às explicações do acidente é intensificada. É, portanto, necessário reconhecer as particularidades teórico-metodológicas e ideológicas inerentes aos discursos apresentados.

Apesar do objetivo não ser uma análise do acidente ocorrido, ressaltamos a importância de se evitarem compreensões reducionistas desses eventos quando atuamos no campo das organizações e do trabalho. Nessa direção, partilhamos da observação de Mendel (1999) sobre o caráter desafiador e complexo dos acidentes:

O que um grande acidente nos mostra constitui-se como a soma de várias reações face à realidade existente, que exigem análise de várias áreas disciplinares para para serem compreendidas. Um acidente de grande extensão é, pode-se dizer, a desforra da realidade global sobre a visão reducionista da ciência especializada. Mas o espírito do cientista atual não está preparado para transitar nesses campos interdisciplinares. Assim, tendem facilmente a satisfazer-se com a explicação simplista executante-fator humano-bode expiatório (p. 16).

De acordo com o autor, a perspectiva da ciência especializada é incapaz de compreender a realidade na sua complexidade. A análise do real exige uma articulação interdisciplinar que os cientistas formados em contextos de ciência especializada não estão aptos a realizar. Esta é uma das razões pelas quais uma explicação simplista, que reduz os grandes acidentes a uma equação centrada nos fatores humanos, tem sido tão utilizada, difundida e defendida.

Um acidente de trabalho não é um evento unicausal, sendo sempre complexo, enigmático e multideterminado, e exigindo a incorporação dos saberes acadêmicos, mas também dos saberes e percepções daqueles que lidam com esses eventos ou estão sujeitos a eles, no âmbito da sua inserção no processo produtivo (Llory, 1999; Vieira, Barros, & Lima, 2007). Entretanto, a consideração da experiência e dos conhecimentos dos trabalhadores a respeito do seu trabalho ainda não são considerados nas análises tradicionais dos acidentes de trabalho, resultando em visões “mutilantes do trabalho” (Schwartz, 2000), numa compreensão equívoca dos acidentes e, conseqüentemente, em estratégias preventivas pouco eficazes (Llory, 1999).

De seguida, reportaremos o acidente ocorrido na barragem de rejeitos de minério de ferro em uma mineradora brasileira e a intervenção em PAP realizada junto dos trabalhadores e dos seus familiares.

O rompimento de uma barragem de rejeitos de minério de ferro em uma Mineradora

A barragem de rejeitos de minério de ferro da Mineradora “Y” (nome fictício), que estava desativada e em manutenção periódica, rompeu por volta das sete horas da manhã do mês de setembro de 2014, surpreendendo os trabalhadores que desempenhavam as suas funções naquele local e imediações. Os trabalhadores que testemunharam o evento afirmaram tratar-se de um “mar de lama de minério”. Muitos deles sentiram-se perplexos e atordoados ao verem a “terra abrir” e “descer”, “engolindo” veículos e máquinas pesadas, como escavadeiras, retroescavadeiras, caminhões e carros.

Pelo menos cinco trabalhadores foram resgatados e, mesmo com ferimentos, sobreviveram. Outros trabalhadores que estavam na área do acidente conseguiram sair ilesos, do ponto de vista físico, mas apresentaram sintomas de perturbações psicológicas alguns dias após o evento. Dois trabalhadores foram soterrados e um ficou desaparecido durante um mês, até ao seu corpo ser encontrado.

RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA DE INTERVENÇÃO EM PRIMEIROS AUXÍLIOS PSICOLÓGICOS (PAP)

Metodologia e procedimentos

Um dia após o deslizamento da barragem de rejeitos de minério de ferro, fomos contatados pela Gerência de Segurança da Mineradora “Y”. Numa primeira reunião, realizada na empresa, procedemos à elaboração e execução de um plano de assistência psicológica e social, com o objetivo de atenuar o sofrimento psíquico decorrente do evento e prevenir o aparecimento de perturbações mentais nos indivíduos afetados.

A equipa foi constituída por três profissionais, dois com formação em Psicologia e um com formação em Serviço Social¹. Na intervenção, a primeira abordagem consistiu na obtenção de informações sobre o acidente, as suas proporções e consequências, bem como as vítimas diretas e indiretas. O objetivo visa estabelecer um plano de intervenção que incluísse todos aqueles que efetivamente tinham necessidade de receber os PAP. Verificámos que não eram apenas as famílias indicadas inicialmente pelos dirigentes que precisavam deste auxílio, mas também os próprios trabalhadores, incluindo aqueles que atuavam na Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA). Constatou-se, igualmente, a existência de diversas fontes de apoio disponíveis, nomeadamente o Corpo de Bombeiros, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o serviço médico da empresa, bem como as unidades de saúde do município onde o acidente ocorreu.

Na intervenção utilizámos o protocolo de PAP de ACERCARSE (Muñoz et al., 2007), já descrito anteriormente. Ao longo de aproximadamente 15 dias, foi disponibilizada assistência psicológica e social aos trabalhadores envolvidos, direta ou indiretamente, no acidente, bem como aos seus familiares. Este atendimento aos trabalhadores e familiares decorreu na própria empresa, em espaço reservado e seguro, embora tenham também sido realizados atendimentos no domicílio.

Ficou definido com a empresa a entrega de um relatório relativamente à intervenção, no final desta, com o resultado apurado da intervenção e dos encaminhamentos recomendados, salvaguardando a ética e o sigilo profissional.

1 Carlos Eduardo Carrusca Vieira (psicólogo), Rosemary Carrusca Vieira (psicóloga), Thamara Ferreira Marques Guimarães (assistente social).

A intervenção realizada

No decorrer da intervenção, foram prestados/desenvolvidos:

- PAP aos trabalhadores e seus familiares, nas instalações da empresa e em visitas domiciliares;
- Reuniões com a empresa e orientações quanto a situações específicas que poderiam gerar ou intensificar quadros de sofrimento psíquico;
- Prestação de informações à Assessoria de Comunicação e à Gerência da empresa;
- Devolução dos resultados e recomendações, no formato de um relatório técnico.

A disponibilização do serviço de assistência psicossocial foi divulgada junto dos diversos setores da empresa, que se responsabilizaram pela sinalização e encaminhamento dos trabalhadores que evidenciavam necessidade de auxílio psicossocial. Este configurou-se como o meio mais viável de divulgação dos serviços, junto da Gerência de Segurança e da CIPA.

Durante o período de prestação destes serviços, permanecemos disponíveis para acolher todos os que procurassem ajuda, independentemente de terem ou não vivenciado, direta ou indiretamente, o evento potencialmente traumático.

O público-alvo da intervenção foi composto por trabalhadores que vivenciaram diretamente ou testemunharam o rompimento da barragem de rejeitos de minério de ferro, bem como pelos familiares indicados pela Gerência de Segurança da empresa ou pelos colegas de trabalho. Ao todo, foram realizados 33 atendimentos, junto de 20 trabalhadores e quatro familiares. Os familiares do funcionário que ficou desaparecido foram atendidos ao longo de um mês, pelo menos três vezes durante esse período. O tempo de atendimento variou entre 30 e 60 minutos, conforme as necessidades.

Cada um dos casos que atendemos revelou aspectos importantes da reação dos indivíduos face a situações de ameaça e grande tensão, bem como as potencialidades e limites da intervenção em PAP.

No que se refere à reação emocional, eram esperadas reações distintas. Quando chegámos à Mineradora “Y”, encontramos um cenário típico de emergências e desastres: grande fluxo de pessoas, sobretudo representantes de diferentes órgãos públicos vinculados à atividade da extração mineral, circulação contínua de ambulâncias, viaturas do corpo de bombeiros e da polícia militar, helicópteros. Encontrámos pessoas que se sentiam desamparadas, atónitas, perturbadas, “congeladas”, impotentes, culpadas, “em pânico”

e “incapazes” de compreender e assimilar os fatos ocorridos ou de tomar decisões. Todavia algumas pessoas não se revelaram afectadas pelo sucedido. Ao longo dos atendimentos, foi evidente a relação entre as diferentes visões do acontecimento com as histórias individuais e as estratégias de enfrentamento pessoais, as quais podem exercer um papel muito relevante. As diferentes perspectivas acerca do sucedido relacionavam-se também com a posição e a atividade do indivíduo aquando do evento, bem como com as condições emocionais prévias e o suporte que receberam durante ou após o evento.

Em todos os casos, procurou-se o restabelecimento do funcionamento psicológico individual, ou seja, recuperar a capacidade de reflexão, elaboração e ação do sujeito face ao seu meio e a si mesmo. Efetivamente, a saúde encontra-se vinculada à atividade profissional do indivíduo, exercendo “um poder de ação sobre si e sobre o mundo, adquirido junto dos outros”. Está, portanto, relacionada com a “atividade vital de um sujeito, aquilo que ele consegue, ou não, mobilizar da sua atividade pessoal no universo das atividades do outro; e, inversamente, aquilo que ele chega, ou não, a utilizar das atividades do outro no seu próprio mundo” (Clot, 2010, p. 111). Assim, a saúde tem a sua origem “na experiência amadurecida do perigo esconjurado” (Clot, 2010, p. 113), e não meramente como um esforço para evitar as circunstâncias e adversidades da vida. Esta compreensão foi relevante para a nossa intervenção, uma vez que permitiu perceber, caso a caso, que a atividade profissional cumpre um papel decisivo no desenvolvimento do sujeito e da sua saúde, sendo fundamental favorecer o restabelecimento do seu poder de ação.

Os casos que atendemos, sobretudo de trabalhadores que enfrentaram diretamente a “situação potencialmente traumática” (Vieira, 2014), reafirmam essas indicações. É o caso de um dos sobreviventes, que ficou quase completamente soterrado, mas foi resgatado por dois colegas de trabalho. Segundo ele, a escavadeira na qual trabalhava “rolou morro abaixo” quando o “mar de lama de minério” a atingiu. À medida que o deslizamento acontecia, ele foi sendo coberto pelos rejeitos de minério de ferro “quase até ao pescoço”, limitando os seus movimentos e a sua capacidade de respirar. Estava certo de que não sobreviveria, mas dois colegas de trabalho conseguiram localizá-lo após o deslizamento. Este trabalhador insistiu para que os colegas fossem embora, já que novos deslizamentos poderiam ocorrer e a morte era, então, uma possibilidade iminente. Nesta situação, o que mais o terá marcado foi uma frase dita por um dos seus colegas, que “cavava quase que com as unhas” os rejeitos de minério para retirá-lo e afirmou “Eu só saio daqui se for com você!”. Apesar do trabalhador ter vivenciado um episódio potencialmente traumático, deste não resultou perturbação de natureza traumática ou outra. Isto pode ter ficado a dever-se ao apoio recebido no momento do sucedido, nomeadamente da intervenção na sua capacidade para agir face ao sucedido. As cenas de “horror” e a “tragédia”, tão difundidas pelos meios de comunicação social, evidenciaram o seu lado oculto: o da vida que não cessa de se manifestar, a solidariedade e a luta pela sobrevivência.

Foi também alvo de acompanhamento um trabalhador que manifestou dificuldades em adormecer depois do acidente. De acordo com o próprio, a sua “mente” estava “parada” e fixa na “tragédia”. Este trabalhador atrasou-se alguns minutos para chegar à barragem que cedeu porque teve problemas no abastecimento do seu veículo, atraso este que lhe salvou a vida. Contudo, diante da morte de colegas e face à gravidade do evento este trabalhador desenvolveu sentimentos de culpa. No atendimento realizado, o trabalhador recapitulou a história do evento e refletiu acerca do que poderia ter feito se tivesse chegado à barragem no momento em que ela se rompeu, caso não se tivesse atrasado. Constatou, aos poucos, a impossibilidade de prever o que “poderia ter acontecido” nesse caso. Ao mesmo tempo, verificou a possibilidade iminente de morrer se tivesse chegado à barragem no seu horário habitual. Concluiu que, apesar de não ter controlo sobre o sucedido, poderia apoiar os colegas com dificuldades na sequência do evento. Este trabalhador activou emocionalmente, tendo chorado, ao falar da morte dos colegas. No final do atendimento, revelou-se apaziguado, com um semblante reflexivo e sereno. Um dia depois, comunicou que estava se sentindo “mais leve”, que antes não acreditava “nessa coisa de psicólogo”, mas que a “conversa” havia-lhe ajudado, que “dormiu igual a um anjo”. Posteriormente, foi possível observar que esse trabalhador, que sempre manteve na empresa uma posição de forte liderança, tinha conseguido retomar a estas suas funções, apoiando os colegas com dificuldades na sequência do sucedido.

Um outro trabalhador foi indicado apenas nos últimos dias da nossa intervenção, manifestando sintomas enquadráveis em quadro clínico de Transtorno de Stress Pós-traumático (TEPT). Especificamente, qualquer ruído lhe causava reações de sobressalto, sentindo-se em estado “de alerta”, como se estivesse para enfrentar novamente a situação previamente vivenciada como se fosse atual. Não conseguia dormir, tinha pesadelos à noite e, ao longo do dia, lembranças intrusas frequentes relacionadas com o evento, descritas por ele como cenas da “terra se abrindo” e “engolindo tudo”. A sua “mente” parecia ter “congelado” as cenas que testemunhou. Apesar do pouco tempo decorrido após o evento e da impossibilidade de se estabelecer um diagnóstico tão precocemente, este trabalhador apresentava sintomas enquadráveis num quadro clínico de TEPT. Neste caso, foram implementadas técnicas específicas dirigidas ao alívio dos sintomas. Em termos psicoeducativos, foi enquadrado o TEPT, sendo sinalizada a necessidade de continuidade do acompanhamento psicológico por um período mais prolongado.

O acompanhamento da família do trabalhador que ficou desaparecido por aproximadamente um mês foi uma tarefa árdua. Apesar da intervenção ter contribuído para que a família pudesse manifestar-se espontaneamente sobre as suas preocupações, sentimentos e percepções, apenas com o resgate do corpo do trabalhador foi possível encerrar as expectativas perturbadoras que os acompanharam durante todo esse tempo.

Durante toda a intervenção com estes trabalhadores e seus familiares, ficou demonstrada a importância de se trabalharem as perspectivas de acomodação do acontecimento, estimulando o processamento cognitivo e afetivo acerca da experiência em condições mais securizantes, e resgatando a esperança de, a seu tempo, seguirem em frente.

Potencialidades e limites dos PAP

Uma das primeiras constatações acerca dos efeitos dos PAP é que estes são realmente mais eficazes quando implementados nas 72 horas subsequentes aos episódios potencialmente traumáticos, quando os sujeitos ainda se encontram no “calor dos acontecimentos”. Neste período, os PAP contribuem para que os indivíduos sintam conforto e segurança (física e emocional), necessários para alguma tranquilização, confronto com a experiência, ativação dos recursos (inter) pessoais, análise de eventuais distorções cognitivas face aos acontecimentos, resignificando o vivido. Esta intervenção permite que as pessoas possam restabelecer, gradualmente, o seu funcionamento psicológico, por meio de um processamento cognitivo adaptativo relativamente aos acontecimentos, retomando as suas atividades, com um impacto positivo na sua recuperação.

Face a uma situação como a que aqui foi descrita e em situações similares, o atendimento psicológico potencia “cuidadores”, ou seja, pessoas mais disponíveis para apoiar, do ponto de vista emocional outras, favorecendo o estabelecimento e a manutenção de uma rede de suporte psicossocial.

Através do *feedback* dos gestores e dos próprios indivíduos atendidos, foi possível verificar que a intervenção realizada se revelou eficaz. Todavia, nos casos de transtorno mental pregresso ou de quadros clínicos de perturbações mentais já em franco desenvolvimento, os PAP assumiram um carácter paliativo do sofrimento, sendo necessário o encaminhamento para um acompanhamento prolongado.

A primeira atitude a ter por parte de quem presta PAP é colocar o indivíduo num local seguro e tranquilo. A este respeito, deve ser atendida e salvaguardada a conduta invasiva e potencialmente nociva dos meios de comunicação. Foi, inclusivamente, solicitado o endereço de familiares em atendimento, de forma insistente, por profissionais de um jornal de ampla circulação, sob o pretexto de que esses familiares teriam a oportunidade de “desabafar” ao serem entrevistados. Ainda que seja devidamente reconhecido o importante papel que pode ser desempenhado pelos meios de comunicação e o princípio de liberdade de imprensa, é necessário prudência, salvaguardando o respeito pelas pessoas e a ética profissional, sobretudo quando somos interpelados por repórteres ávidos por “furos de reportagem”. Sob o pretexto de informar, a antecipação de informações parciais, a disseminação de informações nem sempre corretas e/ou

adequadas e a leitura enviesada deste tipo de acidentes prejudicam a recuperação face à experiência traumática vivida. Neste sentido, Muñoz et al. (2007) advertem para a possibilidade de ocorrência de traumas vicários, isto é, traumas que são produzidos por intermédio de outrem, através de fotos, vídeos ou notícias relacionadas com os eventos potencialmente traumáticos.

Além do exposto, no “calor dos acontecimentos”, as pessoas geralmente desejam encontrar conforto emocional, solidariedade e recursos que possam ser úteis para enfrentar as adversidades (Vieira, 2014). O facto de verem as suas histórias e os seus dramas a serem convertidos em materiais jornalísticos não facilita a recuperação.

Sintomas psicológicos identificados e benefícios da intervenção

Ao longo da intervenção, foram identificados sintomas relativamente comuns em indivíduos que passam por situações potencialmente traumáticas, como: pesadelos; dificuldades para adormecer e despertares nocturnos; problemas de concentração e em tomar decisões; ansiedade; humor triste. No entanto, na origem destes sintomas não está apenas o evento em si, mas também, por exemplo, o receio de perder o emprego. Em virtude da paralisação das atividades de trabalho na Mineradora “Y”, desencadeou-se, em muitos trabalhadores, um desconforto subjetivo, além de ansiedade e apreensão quanto ao futuro.

O acolhimento dos indivíduos e a implementação de técnicas psicológicas cognitivo-comportamentais específicas (“questionamento socrático”, por exemplo), permitiu reduzir e eliminar a ocorrência de muitos desses sintomas nos trabalhadores e nos seus familiares. Os relatos dos próprios pacientes e de indivíduos próximos a eles constituíram-se como um *feedback* importante sobre os benefícios da intervenção. Nos atendimentos, foi salvaguardado o sigilo e a ética profissional, sendo o foco da intervenção a ressignificação das experiências traumáticas vividas, com vista ao seu restabelecimento emocional.

No entanto, foi possível constatar a necessidade de continuidade do acompanhamento em alguns casos, sobretudo para aqueles que apenas foram sinalizados numa fase final do período de intervenção. Embora a intervenção tenha sido realizada num período temporalmente próximo ao sucedido, fator positivo para um prognóstico favorável, de acordo com a literatura especializada (Barlow & Durand, 2008; Vieira Neto, 2005), a intervenção aconteceu durante um período de tempo relativamente curto. Particularmente se atendermos ao número de funcionários da empresa, às características dos problemas apresentados por alguns trabalhadores atendidos e à coexistência de outros fatores potencialmente nocivos para a saúde mental (em particular, a preocupação quanto à possibilidade de demissão).

Ao longo da intervenção, observámos, em pelo menos dois trabalhadores, a presença de sintomas enquadráveis em TEPT, como *flashbacks* da experiência traumática, lembranças intrusivas, revivências do evento, reações de sobressalto, insónia e pesadelos associados com o acidente de trabalho. Nestes casos, constatou-se uma relação causal entre os sintomas psicológicos manifestados e a vivência no contexto de trabalho.

Com base na intervenção realizada, propusemos à Mineradora “Y” alguns encaminhamentos relevantes para a proteção da saúde mental dos trabalhadores, conforme o exposto de seguida.

Encaminhamentos e recomendações

As recomendações propostas à Mineradora “Y” após a intervenção foram:

- contatar os trabalhadores e prestar informações e orientações relativamente à situação da empresa e retoma das atividades, com o objetivo de evitar a intensificação do desconforto subjetivo, da ansiedade e da apreensão quanto ao futuro;
- adotar um plano de redução e eliminação dos riscos, a fim de evitar a exposição dos trabalhadores a situações de risco nas barragens de rejeito existentes e na área onde houve o acidente;
- evitar a realização de tarefas na área do acidente, por parte dos trabalhadores envolvidos, particularmente até à situação referente ao desaparecimento de um dos funcionários ser solucionada, salvaguardando que a área não apresentasse mais riscos e que os trabalhadores se sentissem em condições de retomar as suas tarefas;
- emitir a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) nos casos em que foi constatada a existência de sintomas de TEPT, relacionados com a vivência do acidente de trabalho;
- assegurar a continuidade da intervenção psicológica, especificamente nos casos em que se constataram sintomas típicos de TEPT, encaminhando os trabalhadores que venham a apresentar sintomas clínicos desse transtorno para acompanhamento pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CERSAT);
- elaborar um plano de assistência social contínua aos trabalhadores e às suas famílias, visando o atendimento das suas necessidades sociais, bem como um plano de gestão de pessoas que contemple a possibilidade de acompanhamento da condição de trabalho e saúde dos trabalhadores, bem como para a promoção da saúde mental no exercício da atividade profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O apoio psicossocial a indivíduos que enfrentam episódios potencialmente traumáticos é considerado uma estratégia importante na prevenção de distúrbios mentais. No que se refere à implementação dos PAP, ainda que não seja possível, nem adequado, por razões éticas, realizar comparações entre grupos de controle e grupos experimentais, de um ponto de vista empírico, trata-se de uma modalidade de auxílio psicológico eficaz. No entanto, a sua eficácia parece ser maior nas 72 horas subsequentes ao evento, não significando que não se possa utilizar essa modalidade de auxílio após esse período, mas a sua eficácia é amplamente reduzida. Como já sinalizamos, as intervenções feitas no imediato (ainda no “calor dos acontecimentos”) parecem ter efeitos potencializados (Vieira, 2014), permitindo, quando realizadas de forma adequada, tranquilização, uma melhor integração dos fatos e retoma das atividades.

O conhecimento do marco jurídico da saúde dos trabalhadores (Política Nacional de Saúde do Trabalhador), bem como das abordagens em saúde e segurança no trabalho, é fundamental nos casos de intervenção dirigida aos trabalhadores, salvaguardando as questões teórico-metodológicas, políticas e ideológicas que se configuram neste âmbito. Apenas deste modo se podem propor encaminhamentos mais ajustados.

Ainda que sejam mais utilizados no âmbito de emergências e desastres de outras naturezas, os PAP no contexto das organizações e do trabalho, especificamente após acidentes de trabalho, podem contribuir para a prevenção de transtornos psiquiátricos e para a promoção da saúde. No entanto, torna-se necessária a instrumentalização dos profissionais para a sua implementação. Os acidentes de trabalho não são apenas eventos decorrentes da interação entre sujeitos e máquinas, mas também de toda violência que se relaciona com a atividade e o contexto laboral (Oliveira & Nunes, 2008; Santos Júnior & Dias, 2004).

As limitações e os benefícios do uso dos protocolos de PAP devem ser alvo de novos estudos, com vista ao desenvolvimento de estratégias mais eficazes de auxílio psicológico e prevenção de danos na saúde mental dos trabalhadores. Contudo, os benefícios já constatados sustentam os PAP como uma importante estratégia de proteção da saúde mental dos trabalhadores que experimentam situações de extrema intensidade emocional.

SÍNTESE

Neste capítulo, foram caracterizados os PAP e discutida a sua aplicabilidade e relevância no contexto dos acidentes de trabalho. Os acidentes de trabalho são eventos complexos,

exigindo uma análise articulada de diferentes dimensões (materiais, organizacionais e psicossociais). As análises que associam estes acidentes de trabalho exclusivamente aos fatores humanos não são suficientes para uma completa compreensão desses eventos. A intervenção psicossocial realizada junto de trabalhadores e dos seus familiares, após o rompimento de uma barragem de rejeitos de minério de ferro, permitiu constatar que a prática dos PAP nos contextos laborais pode contribuir para a prevenção de distúrbios mentais em trabalhadores que viveram situações potencialmente traumáticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barlow, D. H., & Durand, M. (2008). *Psicopatologia: Uma abordagem integrada*. São Paulo, Brasil: Cengage Learning.
- Bucasio, E., Vieira, I., Berger, W., Martins, D., Souza, C., Maia, D., ... Jardim, S. (2005). Transtorno de estresse pós-traumático como acidente de trabalho em um bancário: Relato de um caso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(1), 86-89. doi:10.1590/S0101-81082005000100011
- Câmara Filho, J. W. S., & Sougey, E. B. (2004). Transtorno de estresse pós-traumático: Características clínicas e sociodemográficas de pacientes atendidos no ambulatório de psiquiatria da polícia militar de Pernambuco. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 53(1), 58-66.
- Clot, Y. (2010). *Trabalho e poder de agir*. Belo Horizonte, Brasil: Fabrefactum.
- Cruz Roja Española. (2015). *Primeros auxilios psicologicos*. Recuperado de <http://www.cruzrojamadrid.org/contenidos/img/File/Emergencias/Documentos/Recomendacionesdesastre.pdf>
- Cunha, D. (Org.). (2007). *Trabalho: Minas de saberes e valores*. Belo Horizonte, Brasil: NETE/UFMG.
- Departamento Nacional de Produção Mineral. (2011). *A importância econômica da mineração no Brasil*. Recuperado de <http://investimentos.mdic.gov.br/public/arquivo/arq1314392332.pdf>
- Instituto Brasileiro de Mineração. (2009). *Programa especial de segurança em barragens de rejeitos*. Recuperado de <http://www.ibram.org.br/sites/1300/1382/00000231.pdf>
- Inter-Agency Standing Committee. (2007). *Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicossocial en situaciones de emergencia*. Geneva, Switzerland: IASC. Recuperado de http://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/iasc%20guidelines%20mhps%20spanish.pdf
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of general psychiatry*, 52, 1048-1060. doi:10.1001/archpsyc.1995.03950240066012
- Llory, M. (1999). *Acidentes industriais: O custo do silêncio*. Rio de Janeiro, Brasil: Multimais.

- Maturano Rafael, H. M. (2012). *Análise do potencial de liquefação de uma barragem de rejeito* (Dissertação de mestrado não publicada). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado de http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/20720/20720_3.pdf
- Mendel, G. (1999). Prefácio. In M. Llory (Ed.), *Acidentes industriais: O custo do silêncio* (pp. 11-24). Rio de Janeiro, Brasil: Multimais.
- Milet, N. C., & Sougey, E. B. (2010). Prevalência de transtorno de estresse pós-traumático em equipe do salvamento marítimo do Corpo de Bombeiros Militares em Pernambuco e breve estudo sociodemográfico. *Neurobiologia*, 73(2), 89-95.
- Ministério da Previdência Social. (2015). *Anuário estatístico de acidentes de trabalho*. Recuperado de <http://www3.dataprev.gov.br/aeat/Inicio.htm>
- Ministério do Trabalho e Emprego. (1978a). *Norma regulamentadora 04: Serviços especializados em engenharia de segurança e em medicina do trabalho*. Recuperado de <http://portal.mte.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR4.pdf>
- Ministério do Trabalho e Emprego. (1978b). *Norma regulamentadora 22: Segurança e saúde ocupacional na mineração*. Recuperado de <http://www.mte.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR22/NR22-36.pdf>
- Muñoz, M., Ausín, B., & Pérez-Santos, E. (2007). Primeros auxílios psicológicos: Protocolo ACERCARSE. *Psicologia Conductual*, 15(3), 479-505.
- National Center for Posttraumatic Stress Disorder, National Child Traumatic Stress Network. (2006). *Psychological first aid: Field operations guide* (2ª ed.). Recuperado de http://www.nctsn.org/nctsn_assets/pdfs/pfa/2/PsyFirstAid.pdf
- Oliveira, R. P., & Nunes, M. O. (2008). Violência relacionada ao trabalho: Uma proposta conceitual. *Revista Saúde e Sociedade*, 17(4), 22-34. doi:10.1590/S0104-12902008000400004
- Santos Júnior, E. A., & Dias, E. C. (2004). Violência no trabalho: Uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 2(1), 36-54. Recuperado de http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/revista_brasileira_de_medicina_do_trabalho_-_volume_2_n%C2%BA_1_231220131134187055475.pdf
- Schwartz, Y. (2000). A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. *Revista Trabalho & Educação*, 7(7), 38-46. Recuperado de <http://www.portal.fae.ufmg.br/seer/index.php/trabedu/article/view/1681/1274>
- Vieira, C. E. (2014). *Traumáticas no trabalho: Uma nova leitura do transtorno de estresse pós-traumático*. Curitiba, Brasil: Juruá.
- Vieira, M. A. (2009) *Ouro e serra pelada: A corrida pelo ouro e a problemática ambiental*. Recuperado de http://web.ccead.puc-rio.br/condigital/mvsl/linha%20tempo/Ouro_Serra_Pelada/pdf_LT/LT_ouro_e_serrapelada.pdf
- Vieira Neto, O. (2005). Transtorno de estresse pós-traumático: Etiologia, conceito, prevalência. In O. Vieira Neto & C. M. S. Vieira (Orgs.). *Transtorno de estresse pós-traumático: Uma neurose de guerra em tempos de paz* (pp. 29-76). São Paulo, Brasil: Vetor Editora.

- Vieira, C. E., Machado, M. E., Castagnet, L. G. & Ferreira, M. G. (2014). Violência relacionada ao trabalho e a importância dos primeiros auxílios psicológicos. In J. C. F. Fonseca, M. M. Sales & C. E. C. Vieira (Orgs.). *Psicologia do trabalho e das organizações: Encontros, olhares e desafios* (pp. 65-84). Curitiba, Brasil: CRV.
- Vieira, C. E., Barros, V. A., & Lima, F. P. (2007). Uma abordagem da psicologia do trabalho na presença do trabalho. *Psicologia em Revista*, 13(1), 155-167. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v13n1/v13n1a10.pdf>
- Vieira, C. E., Lima, F. P., & Lima, M. E. (Orgs.). (2010). *O cotidiano dos vigilantes: Trabalho, saúde e adoecimento*. Belo Horizonte, Brasil: FUMARC.

LEITURAS RECOMENDADAS

- Llory, M. (1999). *Acidentes industriais: O custo do silêncio*. Rio de Janeiro, Brasil: Multimais.
- Muñoz, M., Ausín, B., & Pérez-Santos, E. (2007). Primeros auxílios psicológicos: Protocolo ACERCARSE. *Psicologia Conductual*, 15(3), 479-505.
- Vieira, C. E., Machado, M. E., Castagnet, L. G., & Ferreira, M. G. (2014). Violência relacionada ao trabalho e a importância dos primeiros auxílios psicológicos. In J. C. F. Fonseca, M. M. Sales & C. E. Vieira (Orgs.). *Psicologia do trabalho e das organizações: Encontros, olhares e desafios* (pp. 65-84). Curitiba, Brasil: CRV.

CAPÍTULO VII

ASSÉDIO MORAL: DIMENSÕES ORGANIZACIONAIS E PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO MALTRATADO

CARLOS EDUARDO CARRUSCA VIEIRA

Resumo: O debate sobre o assédio moral estabeleceu-se no final do século XX na Europa, com a publicação das obras do psicólogo sueco Heinz Leymann (1990) e da psicanalista e vitimóloga francesa Marie-France Hirigoyen (2000; 2009). Nesse debate, a obra de Hirigoyen foi a que ganhou maior destaque e visibilidade. O presente capítulo empreende uma leitura crítica do assédio moral na perspectiva da psicologia do trabalho. Inicialmente, submete-se a um exame crítico o tratamento teórico dado a esse fenômeno pela autora francesa, especialmente em relação ao que ela concebe como fatores determinantes desse problema e aos métodos para a sua prevenção. Na direção de uma nova perspectiva de compreensão do assédio moral, fundamentada na vertente da psicologia do trabalho, que se inspira em Karl Marx, discute-se a importância de se considerar a lógica do modo de produção capitalista, o conflito capital-trabalho, bem como as transformações no mundo do trabalho. Conclui-se que as relações entre o assédio moral, o modo de produção capitalista e os modos de organização do trabalho não podem ser negligenciadas, sob o preço de uma psicologização dos problemas relacionados ao trabalho, o que não contribui para a elaboração de medidas preventivas eficazes.

Palavras-chave: assédio moral; capitalismo; gestão de pessoas; marxismo; organização do trabalho; psicologia do trabalho

Abstract: The debate on moral harassment started in Europe by the final of the 20th century after the publication of the work of the Swedish psychologist Heinz Leymann in 1990, and the work of the French psychoanalyst and victimologist Marie-France Hirigoyen (2000; 2009). In such debate context, Hirigoyen's was the most relevant and noteworthy work. This chapter is a critical approach to the moral harassment from the

point of view of the Occupational Psychology. Initially, the theoretical treatment given to such phenomena by the French author was submitted to a critical examination mainly related to what she accepted as determining causal factors of such problem, and the methods to prevent it. From the perspective of a new moral harassment appreciation based on the occupational psychology inspired by Karl Marx theories, it's been discussed the importance of taking into account the fundamentals of capitalist mode of production, the conflicts between capital and labor, and as well the changes in the work environment to better understand such a phenomena. It is concluded that, the relations between moral harassment, capitalist mode of production, and the work organization modes cannot be disregarded, if it's to prevent labor-related problems from being indeed subordinated to the psychology, which would not contribute to planning effective preventive measures.

Keywords: moral harassment; capitalism; personnel management; marxism; work organization; occupational psychology

O DEBATE EM TORNO DO FENÓMENO DO ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO

O debate sobre o assédio moral no trabalho estabeleceu-se no final do século XX na Europa, com a publicação das obras do psicólogo sueco Heinz Leymann (1990) e da psicanalista e vitimóloga francesa Marie-France Hirigoyen (2000; 2009). Nesse debate, a obra da autora francesa foi a que ganhou no plano internacional maior destaque e visibilidade. Seus dois livros sobre o assunto, originalmente publicados na França em 1998 e 2001, foram bem acolhidos, particularmente no Brasil, e influenciaram fortemente os modos de se analisar o fenômeno do assédio moral nos âmbitos acadêmico, empresarial, jurídico e sindical. Obras acadêmicas, documentos produzidos pelo poder público e cartilhas de sindicatos comprovam a aceitação das proposições de Hirigoyen. Em seus escritos, a autora francesa apresenta o assédio moral como um fenômeno cujas raízes estão fortemente vinculadas à estrutura de personalidade dos indivíduos *assediadores*. Tal conceptualização, sem dúvida, contribuiu para a abertura de uma verdadeira “temporada de caça às bruxas” no âmbito das reclamações trabalhistas impetradas por empregados e sindicatos de trabalhadores na Justiça do Trabalho, com vistas à identificação de assediadores e à condenação das organizações em que estes trabalham. O apelo à moralidade e à ética nas relações de trabalho ganhou espaço nos discursos de militantes e acadêmicos, e teve como corolário a judicialização do assédio moral (Vieira, Lima, & Lima, 2012).

As ações daí resultantes, porém, não foram acompanhadas por uma redução ou eliminação do problema. O assédio moral permanece, exigindo a compreensão de sua

complexidade e a elucidação de suas múltiplas dimensões, estas últimas jamais restritas a fatores individuais.

Apesar da importância da obra da psicanalista francesa na propagação do debate sobre o assédio moral, observa-se, em sua perspectiva, um viés psicologizante, evidenciado pela tentativa de explicar o assédio moral sob um ponto de vista estritamente psicológico, o que dificulta a compreensão efetiva desse fenômeno e a elaboração de medidas preventivas eficazes (Vieria et al., 2012). Essas razões nos parecem suficientes para focalizar a obra dessa autora numa análise crítica, como a que se pretende neste capítulo.

Com o propósito de avançar na reflexão acerca do assédio moral, submetemos a um exame crítico o tratamento teórico dado a esse fenômeno pela autora francesa, especialmente em relação ao que ela concebe como fatores determinantes desse problema e aos métodos para a sua prevenção. Em seguida, numa nova perspectiva de compreensão do assédio moral, fundamentada na vertente da psicologia do trabalho que se inspira nas reflexões do filósofo alemão Karl Marx (1844/2004; 1867/1983), discutimos a importância de se considerar o trabalho como categoria de análise desse fenômeno. Nessa direção, analisamos a lógica do modo de produção capitalista, o conflito entre capital e trabalho, bem como as transformações no mundo do trabalho para melhor apreender o fenômeno em pauta e vislumbrar perspectivas efetivas para a sua prevenção e para a proteção da saúde dos trabalhadores.

Uma leitura crítica da abordagem ao assédio moral proposta por Marie-France Hirigoyen

Em sua primeira obra sobre o tema, Hirigoyen (2000) concebeu o assédio moral como uma agressão psicológica, praticada de forma deliberada e sistemática por gestores e/ou colegas de trabalho, com o propósito de destruir psicologicamente um indivíduo. Para esta autora, o assédio moral é:

[...] toda e qualquer conduta abusiva manifestando-se, sobretudo, por comportamentos, palavras, gestos, escritos, que possam trazer dano à personalidade, à dignidade ou à integridade física ou psíquica de uma pessoa, pôr em perigo seu emprego ou degradar o ambiente de trabalho. (Hirigoyen, 2000, p. 65)

O fenômeno de assédio moral se caracterizaria como um ato intencional de um “perverso narcisista” (Hirigoyen, 2000), uma pessoa com um distúrbio de personalidade, que age de forma desumana, arrogante, invejosa, fria e calculista (Hirigoyen, 2009). Os

assediadores seriam, então, indivíduos manipuladores, com um “senso grandioso da própria importância”, uma “excessiva necessidade de ser admirado” e uma ausência de “empatia” (Hirigoyen, 2000, p. 142). A vítima do assédio moral teria-se tornado alvo das agressões apenas porque “foi designada como tal pelo perverso” (p. 152). Dessa forma, ao acaso, a vítima teria sido escolhida unicamente porque “estava à mão e, de um modo ou de outro, tornara-se incômoda”, não tendo nada de “específico para o agressor” (p. 153). Para a psicanalista francesa, esse fenômeno ocorreria, portanto, em função das características de personalidade dos assediadores, não sendo o trabalho, em suas múltiplas dimensões, uma categoria analítica essencial à sua compreensão.

É verdade que em seu segundo livro *Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral*, Hirigoyen (2009) tenta considerar os aspectos do contexto de trabalho que possam favorecer a ocorrência do fenômeno de assédio moral. Essa tentativa, contudo, esbarra nos limites de sua abordagem teórica, razão pela qual sua ênfase permanece sobre os fatores estritamente psicológicos, traduzidos por conceitos e expressões como *características de personalidade, perverso narcisista, vontade de ferir e dominar o outro* (Hirigoyen, 2009). A conceptualização de que o assédio moral seria determinado por razões estritamente subjetivas é reafirmada, não sendo os fatores do trabalho considerados adequadamente em sua origem, como se pode depreender do seguinte excerto:

No assédio moral, como em toda agressão, existe uma vontade de ferir o outro. O objetivo do assédio é controlar e dominar o oponente, usurpando seu território psíquico. *Não se trata de descarga de agressividade de um indivíduo submetido a excesso de estresse ou a condições de trabalho adversas* [ênfase adicionado]. Não é uma perda de autocontrole, mas, ao contrário, é uma vontade de dominar o outro. (Hirigoyen, 2009, p. 247)

Ao empreender tal leitura, a autora subestima o impacto das reestruturações do trabalho sobre as relações interpessoais e a saúde dos trabalhadores. Ao deixar de considerar as políticas de recursos humanos, os modos de gestão e organização do trabalho, e as reestruturações organizacionais, ou fazendo de tudo isso apenas o “pano de fundo” dos conflitos interpessoais no contexto laboral, a autora recai na psicologização das relações de trabalho, como se pode notar no seguinte trecho:

Também se ouve dizer que as reestruturações são a fonte do assédio moral. *Não são as reestruturações em si que criam o processo destruidor, mas sempre existirão pessoas com sede de poder que se aproveitarão de qualquer modificação ou de qualquer reorganização para subir na empresa* [ênfase adicionado]. Elas contam com a confusão ou agitação reinantes para disfarçar suas ações perversas. (Hirigoyen, 2009, p. 65)

Os equívocos cometidos por Hirigoyen derivam, a nosso ver, de sua abordagem reducionista do assédio moral. Na sua conceptualização, esse fenómeno guardaria, necessariamente, uma “intencionalidade maldosa” (Hirigoyen, 2009, p. 23), sempre vinculada à perversidade do assediador. Logo, poder-se-ia falar de assédio moral somente quando se tratasse “de uma *ação deliberada* para se livrar de uma pessoa, humilhá-la e rebaixá-la, *por puro sadismo* [ênfase adicionado]” (Hirigoyen, 2009, p. 31). Ao conceber dessa forma o assédio moral, ela o restringe a um único tipo de situação na qual haveria, inevitavelmente, um indivíduo perverso como protagonista da violência psicológica, ignorando um conjunto heterogêneo de casos de assédio moral que não podem ser assim explicados^{1,2}.

Em vários momentos de sua obra, Hirigoyen (2009) deixa evidente a sua convicção de que a degradação das condições de trabalho e as exigências de autovalorização do capital não têm relação com o assédio moral. De seu ponto de vista, a tentativa de vincular as condições de trabalho ao assédio moral serviria apenas para desresponsabilizar os indivíduos perversos. Nessa linha de raciocínio, ela chega, inclusive, a ser condescendente com a exploração capitalista da força de trabalho, naturalizando-a:

Sabe-se perfeitamente que as condições de trabalho estão se tornando a cada dia mais duras: é preciso fazer cada vez mais, e melhor (tarefas que têm de ser feitas com urgência, alterações de estratégia), toda essa pressão que conduz ao estresse; contudo, *o objetivo consciente da gestão por estresse não é destruir os empregados, mas, ao contrário, melhorar seu desempenho* [ênfase adicionado]. O propósito é o aumento da eficiência ou da rapidez na realização de uma tarefa. Se a gestão pelo estresse provoca consequências desastrosas sobre a saúde, *é por uma alteração imprevista, uma dosagem errada* [ênfase adicionado] (mesmo que, nos seminários de gestão do estresse, tente-se ensinar os executivos a suportar melhor a pressão! Hirigoyen, 2009, p. 23)

Em flagrante ingenuidade, a autora considera que a gestão por estresse só produz efeitos deletérios sobre os trabalhadores por alterações imprevistas ou inesperadas, ou seja, ao acaso. Admitindo o estresse como um componente natural da gestão, ela sugere que os gestores apenas estejam atentos à dose das pressões que impõem aos

1 Remetemos o leitor aos estudos de Vieira (2014) e Vieira (2013), que revelam que o assédio moral não pode ser explicado unicamente por fatores individuais, exigindo a análise de fatores organizacionais e psicossociais.

2 A crítica ao uso generalizado do conceito de assédio moral também se faz necessária. Mesmo que não possamos desenvolvê-la aqui, é importante ressaltar que a utilização indiscriminada desse conceito pode, a nosso ver, acabar por camuflar uma série de problemas que, no fundo, estão relacionados ao trabalho.

trabalhadores, e deixa de observar o que está subentendido na expressão por estresse, que predica o estilo de gerenciamento que se propõe examinar. A autora não apreende as razões pelas quais os gestores têm buscado, invariável e incessantemente, o “aumento da eficiência ou da rapidez na realização de uma tarefa” (Hirigoyen, 2009, p. 23) mais do que o desenvolvimento dos trabalhadores. Finalmente, ela ignora que, no capitalismo, há sempre um duplo objetivo vinculado aos modos de gestão e organização do trabalho que envolvem impor aos trabalhadores “o rendimento máximo através da combinação dos meios de produção e das exigências objetivas de sua execução” e “tornar o trabalho o mais produtivo possível para o capitalista” (Gorz, 2001, p. 81). Dessa maneira, em obras de Hirigoyen (2000, 2009), o trabalho e o fenômeno do assédio moral são arbitrariamente desvinculados. Isso também pode ser verificado em sua obra, quando a autora discorda que o assédio moral possua alguma relação com o aumento da produtividade ou com os interesses econômicos empresariais:

[...] no assédio moral, o alvo é o próprio indivíduo, com um interesse mais ou menos consciente de prejudicá-lo. *Não se trata de melhorar a produtividade ou otimizar os resultados*, mas se livrar de uma pessoa porque, de uma maneira ou de outra, ela ‘incomoda’. *Tal violência não é útil à organização nem à boa administração da empresa* [ênfase adicionado]. (Hirigoyen, 2009, p. 23)

Como pontuamos, o viés presente na obra de Hirigoyen (2000; 2009) leva-a a considerar e valorizar, exclusivamente, os aspectos subjetivos envolvidos nos casos de assédio moral, elegendo-os à condição de únicos e reais fatores determinantes desse fenômeno. Em decorrência disso, a autora não analisa de modo adequado a relação entre os conflitos interpessoais no trabalho e os fatores psicossociais, organizacionais, econômicos e materiais.

As medidas preventivas recomendadas pela psicanalista francesa, por sua vez, inspiram-se em suas conceptualizações sobre o assédio moral e, em razão disso, sofrem igualmente os efeitos do viés psicologizante. A maioria das propostas da autora refere-se às atitudes necessárias por parte dos empregados e das empresas para que sejam capazes de se defender das ações dos “perversos narcisistas”, ignorando, mais uma vez, o papel do trabalho na gênese dos conflitos interpessoais.

De acordo com Hirigoyen (2000), a escuta do empregado assediado teria um papel fundamental, pois a cada momento em que busca ajuda na empresa, “o empregado pode sair do processo de assédio se tiver a possibilidade de encontrar um interlocutor que saiba ouvir” (p. 192). Por esse motivo, ela sugere que os empregados procurem os diretores de recursos humanos. A própria autora constata, todavia, que essa alternativa pode não ser eficaz, já que os diretores “não têm ouvidos nem tempo a ser dedicado às *dificuldades de*

relacionamento entre os empregados [ênfase adicionado]” (Hirigoyen , 2000, p. 192). Nesse caso, o empregado deve procurar pelo médico do trabalho da empresa que poderá ajudá-lo a verbalizar seu problema e, também, a “conseguir que os empregados e os responsáveis *tomem consciência [ênfase adicionado]* das graves consequências das situações de violência psicológica” (Hirigoyen , 2000, p. 193). Nessa mesma direção, a autora sugere que os responsáveis nas empresas, médicos, diretores etc., sejam treinados para que possam aprender “a levar em conta a pessoa humana, tanto quanto a produtividade”, e para que “saibam intervir antes que o processo se instale, fazendo dar nome ao que no outro irrita o agressor, fazendo-o ‘ouvir’ o ressentimento de sua vítima” (Hirigoyen, 2000, p. 201). Nessas proposições, o assédio moral é tratado, novamente, como um problema de relacionamento entre os empregados, não sendo a intervenção sobre o trabalho considerada como uma medida importante em momento algum.

Diante das alternativas propostas por Hirigoyen, indagamos se o apelo ao diálogo, à consciência individual, aos valores e à ética, assim como a sensibilização das pessoas e dos cursos de relações humanas seriam medidas suficientes para prevenir o assédio moral? Ou, a despeito da vontade individual, se as relações humanas mostram-se tão mais desumanas quanto mais avança o impaciente e faminto capital? Poderia o indivíduo isolado, acima de toda sociabilidade instaurada pelo modo de produção capitalista, vencer o assédio?

Em nosso entendimento, todas estratégias propostas pela autora, já referidas acima, não são eficazes isoladamente, porque não transformam as condições objetivas que propiciam o surgimento dos conflitos intersubjetivos no contexto laboral. Não atingem as raízes do problema. Os discursos de “conscientização” sempre esbarram na realidade do trabalho, em que mostram seus limites. Lembremos que a imoralidade nas relações interpessoais no trabalho passa pelas condições criadas pela concorrência intercapitalista. E, ainda, que as “metas em crescimento contínuo não nascem da vontade perversa de executivos e conselhos de administração, que apenas expressam a natureza insaciável do valor que se valoriza” (Vieira et al., 2012, p. 259)³.

No cenário atual, os assalariados vivem um paradoxo. Por um lado, são chamados à sua responsabilidade ética no trabalho; por outro, as organizações lhes exigem valorizar o capital a qualquer custo, sendo esta, geralmente, a condição precária, ainda que frágil e limitada, para a preservação de seus empregos. Gaulejac (2007) sintetiza bem esse paradoxo: “Entre a lógica do lucro e o respeito pelas pessoas, as armas não são iguais.

3 Não estamos dizendo que, uma vez explicitadas as relações entre os atos individuais típicos do assédio moral e os fatores do trabalho, os assediadores estariam livres de qualquer responsabilidade. Aqui, interessamo-nos, especialmente, em apresentar uma abordagem mais integral do problema, que seja capaz de considerar suas múltiplas dimensões.

De um lado ‘a dura realidade’, à qual é preciso se adaptar; do outro, ‘estados de alma’, sobre os quais é preciso ‘passar por cima’” (p. 25).

No que se refere à estratégia de mediação de conflitos interpessoais no âmbito laboral, ainda que ela possa oferecer amparo às pessoas e condições para que possam tentar solucionar problemas conjuntamente, Leclerc (2005) destaca aí o iminente risco de psicologização do assédio moral. Segundo o autor, esse risco consiste em “tratar as pessoas’ à margem dos locais de trabalho, deixando inalterados os meios de trabalho, os estilos de gestão e as dinâmicas de grupo que, frequentemente, fazem parte integrante das situações de assédio” (Leclerc, 2005, p. 69). Ou seja, além de suas limitações, o risco da mediação é o de se conceber o assédio moral “como um processo de dinâmica interindividual e eliminar a consideração pelas dimensões organizacionais e culturais inerentes a várias situações” (p. 68).

A escuta é um instrumento essencial no atendimento às pessoas que enfrentam situações de violência no trabalho. Entretanto, concordamos com Clot (2005), quando afirma que a escuta psicológica utilizada como recurso único constitui uma armadilha, pois leva as pessoas a extraírem de si mesmas cada vez mais seus recursos “para suportar o insuportável” do trabalho (p. 10).

Além da escuta dos trabalhadores e da conscientização dos dirigentes, Hirigoyen (2000) também oferece às vítimas conselhos, que, segundo ela, poderiam ajudá-las a lidar com os assediadores, como, por exemplo, “se mostrarem indiferentes”, “manter o sorriso e responder com bom humor”, “permanecer imperturbáveis”, “nunca entrar no jogo da agressividade”, registrar as agressões e carregar seus documentos de trabalho (p. 195). Como se observa, a maioria das recomendações da autora se baseia na ideia de que o assédio moral é, fundamentalmente, um problema de relacionamento humano, decorrente da personalidade psicopatológica dos assediadores. Por conseguinte, segundo ela, as estratégias deveriam ser pensadas no âmbito das relações humanas, e não da organização do trabalho.

A psicologização do assédio moral transparece, igualmente de forma explícita e inegável, na recomendação da autora aos diretores de empresas. A autora sugere que eles analisem “seu funcionamento inconsciente” por meio de análise, método de tratamento proposto pela psicanálise (Hirigoyen, 2009, p. 314). Com isso, a autora pressupõe que o assédio moral possa ser prevenido por meio de uma análise psicológica individual, pois acredita que ele constitua um problema que se desenvolve em função das características psicológicas dos indivíduos.

Finalmente, a autora expressa sua convicção de que “o problema do assédio moral é, antes de tudo, o dos limites e da regra” (Hirigoyen, 2009, p. 319), motivo pelo qual seria essencial criar regulamentos e normas jurídicas. Ou seja, no fundo, tal fenómeno

poderia ser interpretado como uma transgressão por parte dos indivíduos das normas de convivência, não tendo qualquer relação com os objetivos das organizações ou com o modo de organização do trabalho. Nesse viés reducionista, posto que individualista e psicologizante, a autora acredita que a busca por soluções para o assédio moral compete, primeiramente, aos indivíduos e, em seguida, às empresas:

Se os indivíduos, primeiro, e as empresas, em seguida [ênfase adicionado], não encontrarem soluções para voltar aos limites da civilidade e do respeito pelo outro, mais dia menos dia virá a ser necessário legislar sobre o assédio moral na empresa, tal como foi necessário fazer em relação ao assédio sexual (Hirigoyen, 2000, p. 199).

Hirigoyen recomenda que as chefias se imponham para restaurar a ordem no contexto de trabalho, “detectando comportamentos inadequados e depois aplicando punições, quando necessário” (Hirigoyen, 2000, p. 319)⁴. A autora revela desconhecer o fato de que as normas, se bem que importantes, jamais conformam, em absoluto, o mundo real. Nesse aspeto, concordamos com Leclerc (2005) que a norma jurídica é importante, na medida em que oferece “um recurso às vítimas que, de outra maneira, andavam de um organismo público para outro para finalmente saberem que restava muito pouco para elas, ainda que se reconhecesse que eram vítimas de injustiças flagrantes” (p. 70). Entretanto, mesmo que sejam essenciais aos trabalhadores, as normas jurídicas são “impotentes na ação sobre a raiz dos problemas” (Leclerc, 2005, p. 72). Outrossim, focalizando apenas a “transgressão das normas” por parte dos indivíduos, a Hirigoyen (2000) deixa de problematizar, a nosso ver, a imoralidade e o efeito de normas impostas pelas organizações, que se voltam para fins estritamente económicos.

Tudo o que dissemos revela que a abordagem do assédio moral proposta por Hirigoyen (2000, 2009) sustenta-se no frágil alicerce da “especulação”. Ela privilegia os aspetos individuais e psicológicos em detrimento dos aspetos económicos, sociais e organizacionais, retirando do fenómeno uma parte que lhe é inerente, isto é as relações de produção da vida material e social. Ao considerar os aspetos subjetivos de forma autonomizada, independentemente de suas relações com a vida material e social, ela opera uma inversão ontológica inaceitável que não contribui para a compreensão e a superação do problema em questão.

4 A psicologização dos conflitos interpessoais relacionados ao trabalho cedeu espaço para a tendência de judicialização do assédio moral, prática por meio da qual a resolução do problema é transferida exclusivamente para o âmbito jurídico, deixando, muitas vezes, intactas as práticas de gestão, as condições e a organização do trabalho (Clot, 2005; Vieira et al., 2012).

Noutra direção, pretendemos demonstrar que o assédio moral não pode ser compreendido adequadamente se não se considerarem os fatores relativos ao trabalho e, além disso, que a prevenção deve, necessariamente, passar pela consideração das dimensões sociais e organizacionais do assédio moral (Vieira et al., 2012).

A LÓGICA DO CAPITALISMO E SUA RELAÇÃO COM O ASSÉDIO MORAL

Ao se debruçar sobre o modo de produção capitalista, Marx (1844/2004) concluiu que no capitalismo tudo é convertido em mercadoria. A força de trabalho humana foi reduzida a essa condição, de modo que, para sobreviver, o trabalhador precisa vendê-la. A força de trabalho no capitalismo assumiu, portanto, a forma de *trabalho assalariado*. Marx (1844/2004) observou que no capitalismo o trabalhador se vê *livre* para vender sua força de trabalho, sendo uma sorte para ele encontrar alguém que queira comprá-la. Na condição de uma mercadoria, o preço da força de trabalho é regulado pelo tempo médio de trabalho socialmente necessário para a sua produção, como ocorre com qualquer mercadoria.

Quando consegue vender sua força de trabalho, o trabalhador se vê sujeito às condições impostas pelo capitalista. Seu trabalho é degradado, converte-se em um *trabalho estranhado*. A esse respeito, como esclarece Antunes (2003), o processo de trabalho “se converte em meio de subsistência” (p. 126), e, assim, sob o capitalismo, “o trabalhador repudia o trabalho; não se satisfaz, mas se degrada; não se reconhece, mas se nega” (p. 127). Outrossim, não apenas o produto fabricado pelo trabalhador não lhe pertence, como também ele próprio não é mais o dono de sua mercadoria, sua força de trabalho. “O capitalista paga, por exemplo, o valor de um dia da força de trabalho. A sua utilização, como a de qualquer outra mercadoria, por exemplo, a de um cavalo que alugou por um dia, pertence-lhe, portanto, durante o dia” (Marx, 1867/1983, p. 154).

O capitalista, por sua vez, deseja produzir não só uma mercadoria com valor de uso, mas uma mercadoria cujo valor de troca seja maior do que a soma dos valores gastos para produzi-la, relacionados aos custos dispensados com força de trabalho e meios de produção. Ele quer produzir não somente uma mercadoria com “valor de troca”, mas “mais-valia”, valor que ultrapassa a soma dos custos dispensados para a sua produção (Marx, 1867/1983). Desse modo, a criação da mais-valia só é possível mediante o consumo da força de trabalho, mercadoria que possui uma qualidade especial, distinguindo-se das outras, porque “seu consumo cria valor e valor maior do que ela mesma custa” (Marx, 1867/1983, p. 189). O valor pago ao trabalhador por um dia de trabalho é inferior ao valor criado por sua força de trabalho nesse mesmo período, o que acaba sendo considerado como uma “grande sorte para o comprador, mas, de modo algum, uma injustiça contra o vendedor” (Marx, 1867/1983, p. 160).

Uma vez vendida ao capitalista, a força de trabalho será consumida sob as condições impostas e vigiadas pelos agentes do capital, cuja única lei é a da autovalorização. Como concluiu Marx (1867/1983), “o capital tem um único impulso vital, o impulso de valorizar-se, de criar mais-valia, de absorver com sua parte constante os meios de produção, a maior massa possível de mais trabalho” (p. 189). Isso ocorre à custa da exploração do trabalho, seja pelo prolongamento da jornada de trabalho (mais-valia absoluta) ou pelo aumento da produtividade do trabalho (mais-valia relativa). As condições de uso da força de trabalho e seus limites, aí incluído o estabelecimento da jornada de trabalho, constituem, pois, um objeto de conflito entre o capital e o trabalho. Nesse sentido, a produtividade do trabalho é uma questão que ocupa tanto o capital quanto o trabalho, porém, em sentidos diferentes. Ao capital, interessa explorar a força de trabalho o máximo possível, pouco importando-lhe os limites individuais⁵. Aos trabalhadores, importa dirigir o uso de sua força de trabalho à sua autoconstrução e a resposta às suas carências, preservando-a, uma vez que dessa mercadoria depende a sua sobrevivência. Os trabalhadores querem administrá-la de forma parcimoniosa e, em defesa disso, erguem-se contra a exploração de seu trabalho e contra as condições degradantes que lhes são impostas (Marks, 1867/1983).

Ocorre, no entanto, que a força de trabalho, mercadoria vendida ao capital, não pertence ao seu vendedor, o trabalhador, mas ao comprador, o capitalista. Dessa forma, a gestão, fundamentada na lógica do capital e subordinada às pressões da acirrada concorrência intercapitalista, procura extrair cada vez mais valor da força de trabalho, a mercadoria que comprou. E sobre o consumo da força de trabalho, o capitalista “exerce vigilância com o mesmo temor que manifesta de que nenhum tempo seja desperdiçado, sem trabalho. Comprou a força de trabalho por prazo determinado. Insiste em ter o que é seu. Não quer ser roubado” (Marks, 1867/1983, p. 161).

O capital não quer apenas consumir a força de trabalho em um grau moderado, compatível com a sua preservação, mas quer usá-la de forma irrestrita. O consumo da força de trabalho no modo de produção capitalista leva ao seu desenvolvimento tanto quanto for necessário aos propósitos da valorização, e, ao mesmo tempo, à sua destruição no processo de consumo. A exploração da força de trabalho é limitada apenas pela força vital do trabalhador (Marks, 1867/1983).

Ainda que o controle sobre os trabalhadores anteceda o surgimento da gerência capitalista, é preciso destacar que o modo de produção capitalista impõe uma configuração absolutamente

5 À época da Revolução Industrial, Engels (1845/2008) já havia observado que o capitalista usa de estratégias de toda sorte para obter o retorno financeiro que espera, não se importando com as consequências disso para a vida dos trabalhadores. Por isso, a utilização de crianças de seis, sete, oito e nove anos de idade na produção, as jornadas de trabalho de 14 horas de duração e o sistema de trabalho noturno estiveram entre as medidas implantadas pelos capitalistas nesse período para maximizar a produção.

nova para a gestão e organização do trabalho, uma vez que sua medida e finalidade fundam-se em uma lógica de valorização do valor (Braverman, 1987). Essa lógica transparece nas recentes transformações do mundo do trabalho e nos fenômenos daí decorrentes, entre eles, o assédio moral.

As mutações do mundo do trabalho e os trabalhadores sob pressão

Se num contexto mundial a palavra de ordem é adaptar-se à globalização – o que pressupõe “que a liberalização e a desregulamentação sejam levadas a cabo, que as empresas tenham absoluta liberdade de movimentos e que todos os campos da vida social, sem exceção, sejam submetidos à valorização do capital privado” (Chesnais, 1996, p. 25) –, nos contextos de trabalho, a palavra de ordem é flexibilização. Ela seduz gestores e trabalhadores e apoia-se no pretexto de que se trata de um processo natural, exigido pela evolução histórica e portador de importantes benefícios para as pessoas, uma vez que ataca a burocracia das instituições. No entanto, o real sentido da flexibilidade no atual regime da acumulação flexível é bem captado pelo sociólogo Richard Sennet (2004):

Pede-se aos trabalhadores que sejam ágeis, estejam abertos a mudanças a curto prazo, assumam riscos continuamente, dependam cada vez menos de leis e procedimentos formais. (p. 10)

[...] Diz-se que, atacando a burocracia rígida e enfatizando o risco, a flexibilidade dá às pessoas mais liberdade para moldar suas vidas. Na verdade, *a nova ordem impõe novos controles, em vez de simplesmente abolir as regras do passado* [ênfase adicionado] – mas também esses novos controles são difíceis de entender. (p. 11)

[...] A sociedade hoje busca meios de destruir os males da rotina com a criação de instituições mais flexíveis. *As práticas de flexibilidade, porém, concentram-se mais nas forças que dobram as pessoas* [ênfase adicionado]. (p. 54)

Se, por um lado, exige-se que as pessoas sejam flexíveis, por outro, a organização do trabalho transforma-se apenas na medida em que isso atende aos interesses da valorização do capital, não aos dos trabalhadores. Para ser compreendido, o discurso da flexibilização deve ser lido no bojo das transformações operadas pelo capital, em face de sua crise, sinalizada desde o início dos anos de 1970 e vivida nos países de capitalismo avançado na década de 1980 (Antunes, 2003). Como é sabido, o esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista, a queda da taxa de lucro e a hipertrofia da esfera

financeira foram alguns dos sinais mais visíveis dessa crise estrutural, experimentada pelo capital no século XX (Antunes, 2003). Mas, em face dessa crise, o capital deflagrou um movimento de resposta, operando mudanças nos planos produtivo, ideológico e político, numa tentativa de “reestabelecer seu ciclo reprodutivo e seu projeto de dominação societal” (Antunes, 2000, p. 49). Presenciou-se, então, o advento de um padrão de “acumulação flexível”, a reformulação dos arranjos organizacionais, o enxugamento das estruturas hierárquicas e produtivas, a terceirização de serviços e o emprego de novas tecnologias na produção, derivadas do desenvolvimento da automação, do microeletrônico e da robótica (Antunes, 2000). O alinhamento ideológico e político do estado ao regime neoliberal conduziu à adoção de políticas estatais que incentivam a livre concorrência, a privatização, a desregulamentação das relações de trabalho, a ênfase na iniciativa privada, ao ataque ao estado de bem-estar social (*Welfare State*) e a flexibilização dos direitos trabalhistas (Dittrich, 1999). Todas essas transformações, consoantes ao projeto de consolidação de uma nova fase da acumulação capitalista, atingiram de forma direta a classe trabalhadora e as representações sindicais, na maioria das vezes, de forma negativa (Antunes, 2003).

Nos contextos laborais, as práticas de gestão, a serviço da valorização do valor, submetem os coletivos profissionais a pressões cada vez mais intensas, gerando situações de grande tensão e risco para a saúde e a segurança dos assalariados. Reestruturações, reduções drásticas dos quadros de pessoal, exigência de funcionários polivalentes e imposição de metas crescentes e absurdas, aliadas às ameaças ao emprego, acirram os ânimos e colocam os indivíduos uns contra os outros numa guerra em que cada um deve defender o seu lugar (Gaulejac, 2007). A lógica do capital financeiro reina e os dirigentes tentam satisfazer os acionistas ávidos por dividendos, com modificações abruptas e destrutivas dos processos de produção. Rentabilidade ou morte, eis as alternativas propostas pelos gestores (Gaulejac, 2007). Em decorrência disso, os empregados vivenciam situações paradoxais, nas quais têm que assumir a responsabilidade, colaborar e ter iniciativa, mas em condições que constroem sua ação (Clot, 2005) e atingem seus valores pessoais e profissionais (Gaulejac, 2007).

Nessa direção, os *managers*, imbuídos do espírito da “quantofrenia” e, assim, obcecados pela maximização e quantificação de resultados, impõem os valores econômicos e organizacionais sob a forma de metas de trabalho, numa tentativa de modelar e ajustar a subjetividade dos trabalhadores às exigências do processo capitalista (Gaulejac, 2007). A concorrência e as cobranças no âmbito dos coletivos profissionais intensificam-se, suscitando animosidades, intolerância e conflitos interpessoais. Esse contexto profissional, como afirma o autor citado “suscita uma pressão contínua, um sentimento de jamais fazer o suficiente, uma angústia de não estar à altura daquilo que a empresa exige” (p. 216). Os valores e a solidariedade vão sendo sufocados pela lógica da competição e pela necessidade de defender seu trabalho (Gaulejac, 2007). Os assalariados sofrem com um trabalho cada vez mais maltratado e com a amputação de seu poder de agir (Clot, 2005).

Tais mutações no mundo do trabalho têm impactos profundos sobre a subjetividade dos trabalhadores e suas relações profissionais. A lógica do capital é de curto prazo, mas os valores que permitem uma ligação profunda entre as pessoas só podem ser construídos a longo prazo (Sennet, 2004). A sociabilidade do *capital impaciente* corrói os vínculos duradouros, os compromissos mútuos e a lealdade. O sentimento dos trabalhadores é de instabilidade, insegurança e medo, por não conseguirem ter controlo sobre sua própria história, já que nada lhes é assegurado pela economia moderna (Sennet, 2004). Todas essas situações caracterizam, a nosso ver, o terreno propício ao surgimento dos conflitos interpessoais e do assédio moral no trabalho⁶.

Assim, por mais que se tente reduzir as causas do assédio moral a fatores subjetivos, o próprio fenómeno em questão insiste em revelar que suas raízes estão fincadas na exploração da força de trabalho. Não concordamos, em função disso, com Hirigoyen (2009), quando afirma que o assédio moral não advém das reestruturações ou da degradação das condições trabalho, mas de causas estritamente psicológicas vinculadas à “sede de poder” (p. 65) e ao desejo de “dominar o outro” (p. 247).

Não se trata aqui de recusar a existência de fatores subjetivos nos conflitos laborais, mas de entender que eles não devem ser compreendidos fora de sua relação com as condições concretas de sua produção, ou seja, de sua relação com as condições materiais, socioculturais e organizacionais. É importante lembrar que a subjetividade não existe acima das relações sociais e fora dos modos de produção da vida social (Marx & Engels, 2007).

Os argumentos que apresentamos evidenciam a necessidade de uma perspectiva diferente, que integre as múltiplas dimensões do assédio moral, sobretudo suas dimensões económicas, sociais e organizacionais, tão relegadas a segundo plano nas abordagens psicológicas tradicionais (Vieira, Barros, & Lima, 2007).

O ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO NA PERSPETIVA DA PSICOLOGIA DO TRABALHO

Na abordagem da psicologia do trabalho, a subjetividade só pode ser apreendida a partir das condições concretas da vida, pois ela só se dá como um processo num contexto

6 Os 35 casos de suicídios de trabalhadores na *France Télécom* registrados pelo Sindicato dos Trabalhadores ao longo de dois anos (2008 e 2009) constituem um facto emblemático a respeito do que já dissemos sobre a importância dos fatores sócio-organizacionais na origem do mal-estar no trabalho. Os suicídios sucederam-se após a privatização da empresa francesa e a implantação de um plano de reestruturação, que, visando aumentar a produtividade, resultou na demissão de milhares de empregados.

material, social, histórico e objetivo. A psicologia do trabalho considera efetivamente a atividade, a experiência, os valores e os saberes dos trabalhadores (Vieira et al., 2007). Concebe o trabalho como uma categorial central para a psicologia e se ocupa da análise do “fazer das pessoas”, em seu duplo sentido: o fazer como uma atividade de trabalho, mediadora fundamental do intercâmbio do indivíduo com a natureza e com a sociedade; e o fazer como um processo de autoconstrução humana, mediado pela atividade de trabalho (Vieira, 2014).

Nessa perspectiva, incorporando as contribuições de Marx (1867/1983), entendemos que uma parcela significativa dos abusos do poder diretivo praticados pelos gestores está estreitamente relacionada aos modos de produção da vida material e da gestão e organização do trabalho no capitalismo, que visam, invariavelmente, à incessante *valorização do valor* e ao uso descomedido da força de trabalho⁷. O assédio moral não resulta, simplesmente, da conduta de pessoas perversas, mas de uma lógica que perverte as relações sociais (Vieira et al., 2012). Assim, é fundamental compreender que, além dos casos eventuais de indivíduos realmente perversos que ocupam os cargos de gestão e atuam sem qualquer impedimento por parte das organizações, omissas nesse caso, há fatores do próprio trabalho associados às condutas arbitrárias praticadas por gestores e trabalhadores.

No caso dos gestores, o que se espera é que extraíam, sempre, o rendimento máximo dos trabalhadores, e, se não o fazem, eles próprios ficam na mira da organização, pois seu desempenho é avaliado, sobretudo os resultados econômicos que alcançam (Gaulejac, 2007). As condutas abusivas presentes nos casos de assédio moral, praticadas principalmente pelos superiores hierárquicos contra os trabalhadores, e que podem, sinteticamente, ser retratadas pela desqualificação dos assalariados e degradação de seu trabalho, pela tentativa de isolá-los, pela erosão da solidariedade e qualidade das relações interpessoais, pelas cobranças e pelo rigor excessivo, encontram suas raízes na lógica destrutiva do capital que se materializa nas diferentes formas de organização e gestão do trabalho.

7 Um dos argumentos mais utilizados pelas organizações para desacreditar as reclamações trabalhistas de assédio moral gira em torno da legitimidade do poder diretivo do empregador e da ideia de que a cobrança de metas, especialmente, é inerente ao trabalho, fazendo parte do cenário de intensa competitividade empresarial. Os representantes das organizações recomendam, nessa perspectiva, que os trabalhadores não confundam o assédio moral com a cobrança legítima por parte dos empregadores. Restaria, portanto, aos empregados habituarem-se às cobranças e pressões que se intensificam e geram processos de adoecimento físico e mental. A nosso ver, tal argumento, além do equivocado, cumpre o papel de desresponsabilizar a estrutura organizacional e os modos de organização do trabalho, naturalizando-as. Porém, ainda que aos empregadores pertença o direito de exercício do poder diretivo, é justo lembrar que tal poder não pode ser ilimitado. Nesse tocante, devemos perguntar em nome de que valores pode-se exercer o poder diretivo? E se pode o poder diretivo, em nome dos valores da concorrência intercapitalista, situar-se acima do bem comum e individual?

Porém, mesmo quando o assédio moral é praticado horizontalmente, ou seja, entre os colegas de trabalho, ainda podem ser verificadas fortes determinações sociais e organizacionais. Os modos de gestão e organização do trabalho evidenciam também aí seu peso na gênese dos conflitos interpessoais no trabalho e do assédio moral. Tentando responder às pressões e exigências do trabalho, os próprios trabalhadores são postos em situações de rivalidade e aversão que, quanto mais exacerbadas, condições mais propícias oferecem ao desenvolvimento de conflitos interpessoais. Em face das pressões decorrentes do mundo organizacional, os trabalhadores tentam defender seu emprego, fonte de sua subsistência, autoestima e sentimento de utilidade, e lutam contra a deterioração de sua atividade profissional. Os valores humanos do bem viver juntos e da solidariedade, e a luta pela humanização das relações de trabalho nem sempre resistem às ameaças e pressões organizacionais. Num cenário de tanta pressão, instabilidade e medo, cada um, afirma Gaulejac (2007), “tenta descarregar sua agressividade sobre o outro, contribuindo assim para reforçar a lógica do ‘salve-se quem puder’” (p. 226). A internalização de valores assentes na forma de sociabilidade do capital, matizada pelo egoísmo, pelo individualismo e pela competição desenfreada, funda relações instrumentais e age no espírito de gestores e trabalhadores como um fator concorrente para a instalação do mal-estar no contexto laboral.

Em tal conjuntura, os trabalhadores considerados “menos produtivos” ou “resistentes às mudanças”, entre quais gestantes (Jus Brasil, 2013), sindicalistas, pessoas com deficiência e trabalhadores readaptados, que retornam após afastamento por problemas de saúde ou que tentam resistir ao consumo desmedido de sua força de trabalho, são pouco tolerados e tendem a ser os alvos privilegiados das ameaças e da violência perpetrada pelos superiores hierárquicos e, até mesmo, pelos colegas de trabalho. A perseguição e as humilhações praticadas contra as trabalhadoras gestantes, por exemplo, têm sido noticiadas sistematicamente pelos meios de comunicação, em especial, pelos portais de consulta jurídica. Em vários casos tratados pela Justiça do Trabalho, observa-se que os empregadores recorrem a termos depreciativos e desrespeitosos para se referirem à condição das gestantes, bem como a estratégias de gestão coercitivas que servem a vários propósitos. Entre esses propósitos, encontra-se, principalmente o de denegrir a imagem das trabalhadoras perante os colegas, criando uma atmosfera que contribui para o isolamento delas, com a “justificativa” de se evitar ausências no trabalho motivadas pelo estado gestacional, manter ou ampliar o rendimento na função, cercear o gozo de seus direitos, e fazer com que as trabalhadoras se demitam.

O mundo corporativo apela, cada vez mais, à ética no trabalho, ao mesmo tempo em que assistimos à degradação profunda das condições laborais. Os profissionais em readaptação funcional sofrem, igualmente, o assédio moral. O estudo de Vieira (2013) sobre os trabalhadores em readaptação funcional mostra que eles não são, como se costuma pensar, improdutivos. Ao contrário, a muitos deles não são dadas condições de trabalho adequadas para que possam agir, o que conduz, frequentemente, à sua desqualificação por parte dos colegas e gestores. Eles vivenciam sentimentos de raiva,

constrangimento e frustração por se verem amputados de seu poder de agir e por serem desqualificados pelos pares e superiores.

Seligmann-Silva (2003) observou que trabalhadores acometidos por doenças físicas e/ou mentais que retornavam ao trabalho após afastamento poderiam se tornar, com certa frequência, vítimas de assédio moral, praticado inclusive pelos colegas de trabalho, em função de uma reabilitação profissional inadequada. Em casos desse tipo, o assédio moral praticado pelos colegas de trabalho pode ser explicado “pelo sentimento de que a pessoa, por produzir menos, sobrecarrega os demais, que podem, de fato, sentir-se sobrecarregados. É uma situação na qual, na verdade, quem adoeceu deveria ser reabilitado em uma função adequada a suas outras capacidades” (Seligmann-Silva, 2003, p. 50).

Vemos, em todos esses casos, que uma das primeiras etapas do assédio moral consiste em encontrar argumentos para *justificar* e *legitimar* as práticas de violência, seja pela desqualificação da vítima em potencial de assédio moral, seja pela banalização das ações impetradas contra ela. A desqualificação da vítima leva ao seu isolamento do coletivo, suscita desavenças e justifica – pelo menos, para alguns gestores e pares – a perseguição, a humilhação sistemática e outros atos desonrosos. Isoladas do coletivo, sem reconhecimento de sua situação, apoio ou segurança, as vítimas ficam, de fato, cada vez mais suscetíveis ao assédio moral e aos efeitos nocivos daí decorrentes.

Desse modo, percebemos que a própria organização do trabalho – aí incluídos o modo de gestão e sua cultura específica – pode contribuir para uma verdadeira guerra entre os indivíduos, sendo, portanto, um fator determinante do assédio moral⁸. Se, por um lado, as organizações se queixam do assédio moral, por outro, elas próprias são produtoras desse fenômeno por meio das práticas de gestão e organização do trabalho sustentadas na concorrência, no autoritarismo e no culto ao desempenho.

A negação das necessidades básicas individuais (privar alguém de utilizar o banheiro ou se alimentar quando necessário, por exemplo), a desqualificação das pessoas (a ridicularização, os insultos e maus-tratos, etc.), assim como as coerções, as cobranças crescentes e o rigor excessivo são fatos reveladores, a nosso ver, do desejo insaciável do capital de fazer uso irrestrito da força de trabalho, de explorá-la sem fronteiras, e refletem a dominação do capital sobre o trabalho. O capitalista não tolera a “improdutividade”. Impaciente, ele quer fazer uso da mercadoria que comprou, “não quer ser roubado” e “insiste em ter o que é seu”, como afirmou Marx (1867/1983, p. 161). Em função das exigências de produtividade,

⁸ No centro do assédio moral não estão apenas as pressões por produtividade, mas também outros problemas decorrentes do modo específico de organização do trabalho. Ver, a respeito disso, o caso do vigilante Ricardo, que sofreu assédio moral na agência bancária onde trabalhava por ter insistido em cobrar dos funcionários obediência às normas de segurança da agência (Vieira, 2014).

os empregados, muitas vezes, são expostos a situações realmente absurdas, como, por exemplo, ter que utilizar fraldas durante o expediente para não parar a produção (O Globo, 2013a). O assédio moral é, por isso, a expressão típica de um trabalho maltratado, de um trabalho assediado, que expõe os trabalhadores e trabalhadoras a vivências potencialmente traumáticas, como já discutimos em uma obra sobre os traumas no contexto de trabalho (Vieira, 2014). Não é fortuito, portanto, o fato de que o assédio moral, a discriminação e o abuso de poder aconteçam com frequência em setores em que há uma intensa competitividade entre os pares e cobrança de metas. Também não é por acaso que em vários desses setores os trabalhadores que não “batem as metas” são castigados de forma constrangedora e humilhante. Nesses casos, além de serem insultados por seus superiores hierárquicos, os trabalhadores ainda são expostos ao ridículo, por exemplo, ao serem obrigados a usar “capacete com chifres de boi” (Tribunal Regional do Trabalho, 2014), “fazer flexões”, “dançar na frente dos colegas” ou “cantar hinos motivacionais” (O Globo, 2013b).

O fato de que em diversas ações trabalhistas os trabalhadores reportem abusos cometidos por seus superiores hierárquicos, justamente em decorrência de não terem atingido os resultados predeterminados, é, igualmente, revelador do inegável papel desempenhado pelos modos de gestão e organização do trabalho no surgimento de conflitos interpessoais e de assédio moral.

Num trabalho degradado e degradante, os conflitos interpessoais encontram condições propícias para se tornarem problemas crônicos, de tal forma que podem ser efetivamente transferidos para a esfera das relações interpessoais, como se tivessem se originado apenas em função das características individuais das pessoas ou de desavenças fortuitas entre elas. No nosso entender, o assédio moral “encontra suas raízes no modo de organização do trabalho, no qual a implicação subjetiva dos trabalhadores, doravante denominados colaboradores, é uma importante fonte de eficiência e de valorização do capital” (Vieira et al., 2012, p. 266).

O assédio moral deve ser compreendido como um efeito da interação entre os indivíduos e um dado modo de organização e gestão do trabalho, que se baseia, fundamentalmente, numa lógica de expansão do capital e no uso descomedido da força de trabalho. Nesse sentido, esse fenômeno é tanto um instrumento a serviço do capital e das organizações na exploração da força de trabalho quanto um efeito decorrente das formas de gestão e organização do trabalho⁹.

9 É nesse cenário que os funcionários são convocados, ininterruptamente, a agirem de acordo com os valores, normas e metas do trabalho, assentes na lógica do gerenciamento do capital, o que leva a um processo de deterioração das relações sociais e à instalação de um mal-estar no trabalho. O surgimento do assédio moral no contexto laboral, porém, não é um processo determinado de forma unilateral e exclusiva por essa lógica, ele depende da configuração de um complexo arranjo sócio-organizacional, que integra dimensões e mediações materiais, sociais, organizacionais e psicológicas. A depender das condições reais de vida e de trabalho, os trabalhadores podem (ou não) conseguir, por meio dos debates de normas e valores em espaços coletivos, efetuar “renormalizações” (Schwartz, 2011) que impeçam o surgimento de práticas de assédio moral.

Por tudo isso, conceituamos o assédio moral de modo diferente do que é proposto por Hirigoyen (2000, 2009). Ao considerarmos as raízes econômicas, sociais e organizacionais, vemos que o assédio moral é “o reflexo de uma sociabilidade degradada e moralmente degradante instaurada pela lógica do valor” (Vieira et al., 2012, p. 266). Trata-se de um “trabalho assediado”. Quando o trabalho é maltratado, ele impede que o trabalhador se reconheça naquilo que faz, obstrui, portanto, a construção de um sentido positivo para a atividade e deprecia o valor pessoal do indivíduo¹⁰, podendo, inclusive, concorrer para o desenvolvimento de perturbações psicológicas graves.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O assédio moral é uma prática que degrada as relações laborais, a autoestima individual e a identidade profissional, atinge a honra e a saúde mental dos trabalhadores, abalando sua confiança em si mesmos e sua capacidade de trabalho. Trata-se de um fenômeno que conduz ao desenvolvimento de graves perturbações psicológicas.

Nosso objetivo neste estudo restringiu-se à análise crítica da perspectiva teórica mais tradicional de abordagem do assédio moral e à apresentação de outro caminho para a compreensão desse fenômeno, na expectativa de integrar melhor suas diferentes dimensões e mediações. A análise crítica da obra de Hirigoyen (2000, 2009) que realizamos evidenciou o risco iminente de se tentar compreender o assédio moral a partir de aspectos estritamente individuais e psicológicos. Como demonstramos, tal compreensão resulta, frequentemente, na construção de medidas preventivas superficiais, que não atingem as verdadeiras causas desse fenômeno.

Na contramão do viés psicologizante presente na obra de Hirigoyen, partilhamos da ideia de que as determinações do assédio moral devem ser buscadas em fatores sócio-organizacionais (Leclerc, 2005; Vieira et al., 2012). Acreditamos ser preciso considerar as experiências reais dos trabalhadores, seus saberes, seus valores e sua atividade, para elaborar medidas de prevenção que possam ser eficazes (Vieira et al., 2007). Outrossim, seguindo Leclerc (2005), entendemos que a intervenção deve ultrapassar a esfera individual, não devendo se limitar às decisões burocráticas, ao estabelecimento de normas ou ao apoio aos sujeitos envolvidos. Deve-se considerar, na análise e

10 Engels (1845/2008) já havia observado isso no contexto da Revolução Industrial Inglesa: “outra fonte de imoralidade dos trabalhadores reside no fato de eles serem os condenados do trabalho. Se a atividade produtiva livre é o máximo prazer que conhecemos, o trabalho forçado é o tormento mais cruel e degradante. Nada é mais terrível que fazer todos os dias, da manhã até a noite, um trabalho de que não se gosta. E quanto mais sentimentos humanos tem o operário [trabalhador], tanto mais odeia seu trabalho, porque sente os constrangimentos que implica e sua inutilidade para si mesmo” (p. 157).

prevenção do assédio moral, a categoria trabalho numa perspectiva ampla, que coloque “em evidência as escolhas socioeconômicas e as dimensões organizacionais que agem como elementos desencadeadores de assédio no trabalho” (Leclerc, 2005, p. 72).

Tudo o que dissemos não significa, obviamente, que não existam componentes psicológicos e individuais envolvidos na complexa trama que constitui cada um dos casos de assédio moral. Todavia, é insensato ignorar as dimensões a que aludimos e que constituem importantes mediações na gênese desse problema que assola os trabalhadores na contemporaneidade. Isso porque, a nosso ver, os conflitos interpessoais que ficam mais ou menos visíveis no cotidiano de trabalho são apenas a ponta de um *iceberg*. As determinações socioeconômicas e organizacionais do assédio moral compõem a estrutura, quase sempre camuflada e ocultada, desse fenômeno, mas determinante de sua gênese.

À guisa de conclusão, acreditamos que a prevenção do assédio moral na ordem socioeconômica vigente, ainda que paliativa, deve considerar a experiência real dos trabalhadores (seus problemas cotidianos no trabalho, as estratégias que adotam em face deles, suas necessidades) e a intervenção nos processos de organização e gestão do trabalho. A *humanização* deve passar pela flexibilização da organização do trabalho e dos modos de gestão da força de trabalho. Para tanto, é preciso criar espaços de discussão da organização do trabalho e dos problemas diariamente enfrentados, e colocar “normas” e “valores” em debate, continuamente (Schwartz, 2011).

SÍNTESE

Neste capítulo, apresentamos uma leitura renovada do fenômeno do assédio moral, fundamentada nas reflexões marxianas, especialmente no que concerne ao processo de gestão e consumo da força de trabalho no modo de produção capitalista. Dirigimos uma crítica à perspectiva tradicional de compreensão do assédio moral, cuja precursora é a psicanalista francesa Marie-France Hirigoyen, com o objetivo de contrapor a conceptualização dessa autora sobre as determinações estritamente psicológicas desse fenômeno. Numa abordagem da psicologia do trabalho, evidenciamos que o assédio moral constitui um sintoma da lógica de gestão baseada na competição intercapitalista e, ao mesmo tempo, um instrumento a serviço da exploração da força de trabalho e expansão do capital. Destacamos que a análise do assédio moral e as propostas para sua prevenção devem ser calcadas numa investigação das dimensões econômicas, organizacionais e psicossociais do trabalho. Finalmente, registamos que a possibilidade de um contínuo debate do trabalho real, das normas e dos valores que gerem a produção, no âmbito dos coletivos profissionais, pode ser uma das medidas para prevenir o assédio moral, ainda que de forma paliativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, R. (2000). *Os sentidos do trabalho: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo, Brasil: Boitempo.
- Antunes, R. (2003). *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho* (12ª ed.). São Paulo, Brasil: Cortez.
- Braverman, H. (1987). *Trabalho e capital monopolista* (3ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.
- Chesnais, F. (1996). *A mundialização do capital*. São Paulo, Brasil, Xamã.
- Clot, Y. (2005). Travail et santé. *Revue Psycho Media*, 2, 7-15.
- Dittrich, A. (1999). Psicologia organizacional e globalização: Os desafios da reestruturação produtiva. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 19 (1), 50-65.
- Engels, F. (1845/2008). *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo, Brasil: Boitempo.
- Gaulejac, V. (2007). *Gestão como doença social: Ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. São Paulo, Brasil: Ideias e Letras.
- Gorz, A. (2001). O despotismo de fábrica e suas consequências. In A. Gorz (Ed.), *Crítica da divisão do trabalho*, (pp. 79-90). São Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Hirigoyen, M. F. (2000). *Assédio moral: A violência perversa do cotidiano*. São Paulo, Brasil: Bertrand.
- Hirigoyen, M. F. (2009). *Mal-estar no trabalho: Redefinindo o assédio moral*. São Paulo, Brasil: Bertrand.
- Jus Brasil. (2013). *Empregada grávida que sofreu assédio moral por parte de colegas será indenizada*. Recuperado de <http://trt-3.jusbrasil.com.br/noticias/100060475/empregada-gravida-que-sofreu-assedio-moral-por-parte-de-colegas-sera-indenizada>.
- Leclerc, C. (2005). Intervir contra o assédio no trabalho: Cuidar e reprimir não basta. *Laboreal*, 1 (1), 65-78.
- Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and victims*, 5 (2), 119-126.
- Marx, K. (1844/2004). *Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo, Brasil: Boitempo.
- Marx, K. (1867/1983). Processo de trabalho e processo de valorização. In K. Marx (Ed.), *O capital: Crítica da economia política*, (pp.149-163). São Paulo, Brasil: Abril.
- Marx, K., & Engels, F. (1846/2007). *A ideologia alemã*. São Paulo, Brasil: Boitempo.
- O Globo. (2013a). *Para aumentar a produção, empresa sul-coreana proíbe funcionários de irem ao banheiro*. Recuperado de <http://oglobo.globo.com/emprego/para-aumentar-producao-empresa-sul-coreana-proibe-funcionarios-de-irem-ao-banheiro-9500825>.

- O Globo. (2013b). *Walmart é condenado em R\$ 22,3 milhões por assédio moral*. Recuperado de <http://g1.globo.com/distrito-federal/noticia/2013/10/trt-df-manda-supermercado-pagar-r-22-milhoes-por-assedio-moral.html>.
- Schwartz, Y. (2011). Manifesto por um ergoengajamento. In P. F. Bendassolli, & L. A. Soboll, (Eds), *Clínicas do Trabalho: Novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*, (pp. 132-166). São Paulo, Brasil: Atlas.
- Seligmann-Silva, E. (2013). O assédio moral no trabalho. In C. Q. Lima, J. A. Oliveira, & M. Maeno, (Eds), *Seminário Compreendendo o Assédio Moral no Ambiente de Trabalho* (pp. 43-48). São Paulo, Brasil: Fundacentro.
- Sennet, R. (2004). *A corrosão do caráter: Consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Rio de Janeiro, Brasil: Record.
- Tribunal Regional do Trabalho – 4ª Região (2009). *Ambev é condenada por usar assédio moral para aumentar produtividade*. Recuperado de www.trt4.jus.br/ClippingPortlet/download/08.05.2009.doc.
- Vieira, C. E. (2014). *Traumas no trabalho: Uma nova leitura do transtorno de estresse pós-traumático*. Curitiba, Brasil: Juruá.
- Vieira, R. (2013). *Readaptação funcional de professores no serviço público: A organização como determinante de conflitos intersubjetivos e dramas pessoais* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil. Recuperado de http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/buos-9bhhnw/disserta__o_rosemary_carrusca_vieira.pdf?sequence=1.
- Vieira, C. E., Barros, V. A., & Lima, F. P. (2007). Uma abordagem da psicologia do trabalho na presença do trabalho. *Psicologia em Revista*, 13 (1), 155-168.
- Vieira, C. E., Lima, M. E., & Lima, F. P. (2012). E se o assédio moral não fosse moral? Perspectivas de análise de conflitos interpessoais em situações de trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 37 (126), 256-268.

LEITURAS RECOMENDADAS

- Gaulejac, V. (2007). *Gestão como doença social: Ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. São Paulo, Brasil: Ideias e Letras.
- Leclerc, C. (2005). Intervir contra o assédio no trabalho: Cuidar e reprimir não basta. *Laboreal*, 1(1), 65-78.
- Vieira, C. E. (2014). *Traumas no trabalho: Uma nova leitura do transtorno de estresse pós-traumático*. Curitiba, Brasil: Juruá.
- Vieira, C. E., Lima, M. E., & Lima, F. P. (2012). E se o assédio moral não fosse moral? Perspectivas de análise de conflitos interpessoais em situações de trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 37 (126), 256-268.

Vieira, R. (2013). *Readaptação funcional de professores no serviço público: A organização como determinante de conflitos intersubjetivos e dramas pessoais* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil. Recuperado de http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/buos-9bhnhw/disserta__o_rosemary_carrusca_vieira.pdf?sequence=1



INICIATIVAS DE INVESTIGAÇÃO
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ENFERMAGEM



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Europeu
de Desenvolvimento Regional

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR