



MULHERES VÍTIMAS DE ASSÉDIO MORAL E SEXUAL NO AMBIENTE DE TRABALHO: ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO E A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL NA INTERVENÇÃO.

Karolyni Martins Santos¹
karolynimartinss@gmail.com

Maria Larissa dos Santos Dias¹
ldias956@gmail.com

Maria das Graças Teles Martins²
mgtmartins@gmail.com

Resumo: A prática do assédio moral e sexual em relação ao público feminino é considerado um problema sério e complexo, pois estes, estão associados a fatores sociais, culturais e econômicos. Dessa forma, os abusos físicos e morais podem surgir desde a casa da vítima até o ambiente de trabalho. O assédio sexual em si, apresenta características que incluem prejuízos no rendimento profissional e pessoal, além das coerções e submissões que são impostas pelo assediador para a vítima manter o emprego, o que futuramente pode provocar sérios problemas psicológicos nesses indivíduos, já no assédio moral, a conduta dos assediadores resulta em humilhação e traumas psicológicos. Para o desenvolvimento deste estudo utilizou-se como metodologia a revisão da literatura com o método de pesquisa bibliográfica. O objetivo foi analisar a prática do assédio moral e sexual em mulheres no ambiente de trabalho, os fatores que causam o surgimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e como a terapia cognitiva comportamental atua na intervenção. As literaturas exploradas foram livros, dissertações e artigos científicos disponíveis em bases eletrônicas da Scielo, BvSaúde, e PepSci. Os resultados indicam que o assédio moral e sexual no ambiente de trabalho sempre esteve presente, sendo sua maior prevalência em mulheres, ocorrendo através de comportamentos que visam humilhar, inferiorizar e ferir a integridade. Conclui-se que no ambiente de trabalho o assédio moral e sexual são externados por meio de palavras, gestos ou atitudes que causam humilhação e ameaça, podendo ocasionar medo intenso, reações de ansiedade e TEPT. Compreendeu-se que a eficácia Terapia Cognitivo Comportamental no tratamento do TEPT proporciona ferramentas, estratégias e técnicas que podem auxiliar as mulheres vítimas, a identificar e avaliar seus pensamentos disfuncionais afim de torná-las mais realistas, promovendo alívio e redução dos sintomas, maior bem estar e segurança.

Palavras-Chaves: Assédio moral e sexual; Mulheres; Ambiente de Trabalho; Transtorno de Estresse Pós-Traumático; Terapia Cognitivo Comportamental.

¹Discente do curso de Psicologia da Faculdade Estácio de Macapá

²Docente do curso de Psicologia da Faculdade Estácio de Macapá.



Abstract: The practice of moral and sexual harassment in relation to the female public is considered a serious and complex problem, as these are associated with social, cultural and economic factors. Thus, physical and moral abuse can arise from the victim's home to the workplace. Sexual harassment itself has characteristics that include losses in professional and personal performance, in addition to the coercions and submissions that are imposed by the harasser so that the victim to keep her job, which in the future can cause serious psychological problems in these individuals, since that in moral harassment, the harassers' conduct results in humiliation and psychological trauma. For the development of this study, the literature review with the bibliographic research method was used as methodology. The objective was to analyze the practice of moral and sexual harassment in women in the workplace, the factors that cause the emergence of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) and how cognitive behavioral therapy works in the intervention. The explored literatures were books, dissertations and scientific articles available in electronic databases of Scielo, BvSaúde, and PepSci. The results indicate that moral and sexual harassment in the workplace has always been present, with its highest prevalence in women, occurring through behaviors that aim to humiliate, inferiorize and injure integrity. It is concluded that in the work environment moral and sexual harassment are expressed through words, gestures or attitudes that cause humiliation and threat, which can cause intense fear, anxiety reactions and PTSD. It was understood that the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in the treatment of PTSD provides tools, strategies and techniques that can help women victims to identify and evaluate their dysfunctional thoughts in order to make them more realistic, promoting relief and reduction of symptoms, greater welfare and security.

Keywords: Moral and sexual harassment; Women; Workplace; Posttraumatic Stress Disorder; Cognitive behavioral therapy.

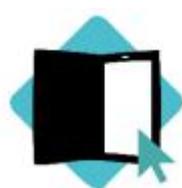
1 INTRODUÇÃO

O assédio moral e sexual é um problema decorrente de fatores sociais, culturais e econômicos. Segundo a Organização Internacional de Trabalho (OIT, 2019), assédio moral é toda e qualquer conduta abusiva e reiterada, que atente contra a integridade do trabalhador com intuito de humilhá-lo, constrangê-lo, abalá-lo psicologicamente ou degradar o ambiente de trabalho. Nesse tipo de assédio, o agressor objetiva minar a autoestima, desestabilizar ou prejudicar a vítima emocionalmente para que se demita, não atinja metas ou perca uma promoção. No ambiente de trabalho essas atitudes são prejudiciais, pois envergonham e intimidam o trabalhador, de maneira silenciosa, em muitos casos, os afetando moralmente e psicologicamente.

Ao longo dos anos as mulheres têm buscado ocupar mais lugares no mercado de trabalho, apesar dos avanços com leis perante a constituição brasileira assegurando a igualdade, essa ainda não é uma realidade vivida. De acordo com o estudo de Estatística de Gênero apresentado em 2018 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), as mulheres trabalham, em média, três horas por semana a mais do que os homens.

Para Silva e Bittar (2012), o grupo predominante no que se refere a assédio moral é composto por mulheres, em especial aquelas que ocupam cargos administrativos. Hirigoyen (2002) afirma que as mulheres, diferentemente dos homens, são submetidas a insultos com conotações machistas ou sexistas, discriminadas sob a falsa ideia de que não estão aptas a postos de responsabilidade. Essas condições de trabalho afetam a saúde mental do trabalhador, visto que o mesmo passa grande parte do seu tempo desenvolvendo relações interpessoais no local de trabalho.

Observa-se que as empresas também arcam com prejuízos, como, por exemplo, as ausências dos trabalhadores adoecidos, os custos com substituições e treinamento de novos trabalhadores, a redução da motivação e da satisfação dos funcionários e sua consequente queda de produtividade, podendo ocasionar uma diminuição do número de clientes (OMS, 2004, p, 21).



O estresse traumático é percebido como consequência do assédio moral e sexual, pois, a presença de sintomas associados ao estresse pós-traumático tais como medo intenso, raiva, ansiedade, sentimento de culpa, baixa autoestima, desespero, fuga, sonhos e pesadelos com revivência do evento traumático são referenciados pelos diferentes autores.

Conforme destaca Oliveira (2010) os efeitos do transtorno do estresse pós-traumático nas vítimas podem ser vistos como perda de memória, medo intenso, terror noturno, dissociações afetivas e da realidade, raiva e irritabilidade, a culpa, reações de ansiedade, desespero, apatia, choros frequentes, reações depressivas com enurese (perda de urina durante o sono). Outro tipo de reações a ser destacado se refere às propriedades cognitivas dos pacientes, que dizem respeito às dificuldades de concentração e confusão mental, distorções da realidade e imaginárias com flashbacks, pensamentos intrusivos e suicidas ou de autoagressão, além da perda da autoestima.

Este estudo se justifica pela relevância que apresenta em diferentes áreas do conhecimento entre elas, a educação, saúde, organizações, no campo social e da psicologia. Percebe-se que existem estudos produzidos abordando o tema, no entanto o diferencial deste é trazer fatores e implicações psicológicas decorrentes do assédio sexual e moral em mulheres.

Diante do que foi exposto, buscou-se levantar as seguintes questões: Como o assédio moral e sexual no ambiente de trabalho afetam a saúde mental das mulheres e quais os fatores que podem provocar o estresse pós-traumático? De que maneira a Terapia Cognitivo Comportamental contribui na intervenção psicoterapêutica?

Destaca-se que a Terapia Cognitiva Comportamental pressupõe que a maneira como interpretamos as situações influenciam os sentimentos e comportamentos (Beck, 1997). A mesma apresenta a eficácia comprovada no tratamento do TEPT, sendo considerado o tratamento de primeira escolha. (Mendes et al, 2008; Bisson & DeAngelis, 2008).

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Para o desenvolvimento deste estudo utilizou-se a revisão da literatura com o método de pesquisa bibliográfica. Conforme Gil (2017) a pesquisa bibliográfica é elaborada a partir de materiais já publicados para explicar ou procurar resposta de um problema ou hipótese. O objetivo foi analisar a prática assédio moral e sexual em mulheres no ambiente de trabalho, os fatores que causam o surgimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e como a terapia cognitiva comportamental atua na intervenção. Neste estudo, levantou-se como questões problema: Como o assédio moral e sexual no ambiente de trabalho afetam a saúde mental das mulheres e quais os fatores que podem provocar o estresse pós-traumático? De que maneira a Terapia Cognitivo Comportamental contribui na intervenção psicoterapêutica? Os materiais utilizados foram livros, dissertações, e artigos científicos que abordassem o tema seguindo as seguintes palavras chave: “Assédio moral e sexual”; “Mulheres”; “Ambiente de Trabalho”; “Transtorno de Estresse Pós-Traumático”; “Terapia Cognitivo Comportamental”, disponíveis em bases de dados tais como: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca virtual em saúde (BV- Saúde), Periódicos eletrônicos em Psicologia (Pepsic), publicados no período de 2007 à 2018. Buscou-se, ainda, outros materiais de anos anteriores que eram compatíveis com a historicidade e relevância do tema proposto. Para discussão e análise dos dados, foi feita uma leitura informativa dos referenciais selecionados e foi construída uma argumentação com base literária para discutir e responder se os objetivos propostos foram alcançados. Com



relação a análise crítica dos riscos e benefícios, este estudo não envolve seres humanos, portando os riscos são inexistentes conforme expressa a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os benefícios que este estudo proporciona se relaciona à contribuição para a ciência, fonte de informações a pesquisadores, acadêmicos, educadores e a sociedade como um todo sobre a temática “mulheres vítimas de assédio moral e sexual no ambiente de trabalho: estresse traumático e a terapia cognitivo comportamental na intervenção”.

3 FRESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Assédio moral e sexual em mulheres no ambiente de trabalho

Assediar na definição no Dicionário Aurélio (2000, p. 67/376) diz: “assediar, v.t.d: importunar com perguntas, propostas etc, importunar: 1. Incomodar com suplicas repetitivas. 2. aborrecer, apoquentar. 3. causar transtorno, embaraço a.”, ou seja, agir com insistência, perseguindo, importunando, molestando uma pessoa no ambiente de trabalho.

Quando falamos do assédio direcionado a mulheres é importante ressaltar a desigualdade de gênero. Cavazotte, Oliveira, Mirando, (2010) apontam três tipos de desigualdade de gênero no ambiente laboral, sendo eles: discriminação salarial, onde homens recebem mais que mulheres; o segundo, chamada segregação ocupacional, as mulheres ocupam apenas cargos que exigem menos capacidade intelectual; por último, o chamado teto de vidro (glass ceiling), que é entendido como uma sutil barreira que impede as mulheres de serem promovidas a níveis superiores na hierarquia.

3.1.1 Assédio Moral

O assédio moral é um problema advindo de um passado histórico, onde o assédio no ambiente de trabalho existia e sempre se manteve presente, ou seja, desde que existe uma relação em atividades de trabalho, esse tipo de violência já existia, e ocorre por meio de comportamento com objetivos de humilhar, ridicularizar, ofender, inferiorizar, culpabilizar, amedrontar, ou de desestabilizar emocionalmente os trabalhadores.

Segundo Silva; Coelho; Caponi (2007), o assédio moral como uma violência também psicológica, que é “caracterizada por toda e qualquer ação ou omissão que cause danos a autoestima, identidade ou ao desenvolvimento da pessoa, incluindo ameaças e humilhações”. Nesse aspecto, se dá como necessária maior atenção, devido ao assédio moral e/ou sexual é “comum” que haja diminuição da motivação, angústia na realização de tarefas e insegurança no ambiente de trabalho, afetando o equilíbrio emocional e altera seu modo de se relacionar com o mundo e com pessoas próximas.

A insegurança, a baixa autoestima e o sentimento de impotência geram comportamentos de intolerância, frustração, isolamento e agressividade nas relações afetivas do indivíduo, como, por exemplo, as relações familiares (CAMPOS, 2006. p. 40). Porém, assim como se existia esse problema também existiam códigos capazes de estabelecer regras de compensação moral para esse tipo de violência, com penalidades severas e agressivas.



Conforme nos traz Felker:

O mais antigo código encontrado praticamente sem alterações, o “código de Hamurab”, criado certa de dezoito séculos antes de nossa era, já estabelecia regras, algumas onde a compensação moral vem mesclada com a penalidade, com ela se confundindo, como as regras de talião, assim:

Artigo 196 – se um cidadão vazar o olho do filho de um cidadão se vazará o seu olho.

Artigo 197 - se quebrar o osso de um homem, se quebrará seu osso.

Artigo 229 – se um arquiteto faz uma casa para outrem, e não a fez sólida, e a casa desmorona e mata o proprietário da casa, o arquiteto será morto (FELKER, 2006, p. 54)

Assim eram penalizados aqueles que adotavam esse tipo de violência. Filósofos e cientistas sempre buscaram alertar sobre a violência, visando explicá-la, combatê-la e até mesmo justificá-la. Atualmente ainda existe uma forte tendência de associar a violência a fatores biológicos, concepções religiosas, culturas, doença mental, arbítrio dos sujeitos, questões genéticas e de hereditariedade, sendo poucos os autores que a estudam no ambiente e em sua processualidade histórica (BARRETO, 2005, p. 24).

3.1.2 Assédio Sexual

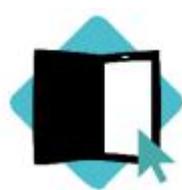
O assédio sexual é descrito por lei como o ato de “constranger alguém, com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função”. Este ato no ambiente do trabalho afeta especialmente as mulheres, e se caracteriza como meio de exercer controle e poder sobre elas nas relações laborais. Tal ato fere a dignidade humana e direitos fundamentais dos trabalhadores. Viola os direitos de trabalhadores referente a segurança no trabalho, além de prejudicar sua saúde física e mental. (Código Penal, art. 216-A).

Para Hirigoyen (2001) os gestos que compõem o assédio das mulheres são diferentes quando comparados aos gestos que formam o assédio dos homens. A autora também indica que muitas vezes o assédio sexual e o assédio moral podem estar acontecendo ao mesmo tempo.

3.2 Transtorno de estresse pós-traumático decorrente do assédio moral e sexual

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é uma psicopatologia que se desenvolve como resposta a um momento traumático, real ou imaginário, de significado emocional suficiente para desencadear uma cascata de eventos psicológicos e neurobiológicos relacionados. O indivíduo envolvido em um acidente de trânsito, ou numa situação de assalto, de sequestro ou de estupro, perde o controle físico e psicológico da situação, experimentando níveis elevados de ansiedade, alterando os padrões normais da neuroquímica, e, por conseguinte, das cognições, dos afetos e dos comportamentos.

Contudo, o CID-10 (Código Internacional de Doenças) explica a sintomatologia relacionada ao transtorno no qual permite o seu diagnóstico. Um de seus dados diz respeito a uma re/vivência persistente do evento traumático (Critério B). Há a presença de uma esquiva persistente de estímulos associados com o trauma, com embotamento da responsividade geral (Critério C). É comum também que o paciente tenha sintomas persistentes de excitação aumentada e que o quadro sintomático completo permaneça



inalterado por mais de um mês (Critérios D e E). O último critério elencado (F) se refere ao fato de a perturbação dever causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Diversos estudos vêm apontando como consequência do assédio moral a presença de sintomas associados ao estresse pós-traumático. Os primeiros estudos que estabelecem tal associação são os de Leymann (1996) e Leymann e Gustafsson (1996). Os autores compararam 64 vítimas de assédio moral, que procuraram uma clínica para tratamento de trauma, com outros indivíduos que desenvolveram um estresse pós-traumático após viver situações traumáticas. Os autores apontam que as vítimas de assédio moral apresentam nível de estresse muito elevado e que a intensidade do estresse pós-traumático é comparável ao das vítimas de estupro, em termos de ansiedade, deterioração, impotência e dor psicológica.

Em uma pesquisa realizada em 2019, com o objetivo de analisar o comportamento das mulheres quando submetidas ao assédio no ambiente de trabalho e as principais consequências para a vida profissional e pessoal, SILVA (2019) relata que: A maioria das mulheres não expressou reação inicial ao seu primeiro contato com o assédio, devido ao medo que sentiam dos seus agressores, além do medo de perder seus empregos. Absorvendo o assédio sofrido e buscando companhias durante a jornada de trabalho, com o objetivo de evitar novas situações que caracteriza o assédio. Já as semelhanças encontradas entre os comportamentos adotados pelas vítimas e quais sentimentos acompanharam essas mulheres, destacam-se os sentimentos de tristeza, culpa, constrangimento, fragilidade e medo, e o posicionamento de afasta-se do agressor e não realizar a denúncia. A única diferença notada dos comportamentos analisados, foi o fato de apenas uma delas realizar a denúncia. As consequências na vida pessoal das mulheres foi a dificuldade de se relacionarem e problemas que afetaram sua saúde, e na vida profissional o medo de acontecer novamente foi a consequência mais relatada entre elas.

Outro aspecto percebido, foi que na maioria dos casos de assédio relatados pelas entrevistadas o agressor possuía um cargo de chefia, caracterizando o assédio vertical descendente, onde o agressor em questão é a chefia e a vítima é o subordinado, como classifica Hirigoyen (2005)

Pinto (2000, p.21) destaca que “As mulheres são as principais vítimas do assédio sexual, enfrentando o problema dentro e fora do trabalho” Também segundo Pinto, raramente elas denunciam o criminoso, com medo de represálias e ainda mais perseguições dos agressores.

Como bem resume Jerrold S. Greenberg (2002: 50): “O transtorno de estresse pós-traumático é uma condição que afeta pessoas que passaram por um evento psicológico/físico extremo, interpretado como particularmente doloroso”. Ao ser interpretado, portanto, a importância do ocorrido e a assimilação da vítima, no entanto, há certa intensidade nesse evento para que ele se caracterize como traumatizante. Como quando uma simples chamada de atenção no trabalho, comunicada verbalmente ou por escrito jamais poderá ser vista, pelo trabalhador, como algo que o traumatizará para o resto da vida.

Por outro lado, uma atitude de terror psicológico que atentar contra a sua integridade psíquica que o coaja a sair do emprego, tornasse algo que pode ser visto como traumático e, contudo, acometendo o desenvolvimento da psicopatologia. Assim, demonstrasse que as vítimas de assédio costumam sofrer desse estresse, apresentando quadros severos de transtorno de estresse pós-traumático.



Carisa Bradaschia (2007, p. 97) ressalta que há um verdadeiro impacto desumano ocasionado pelo trauma do assédio moral no trabalho, ele é tão severo que fragmenta o “ser” e “despedaça a identidade da vítima”. As vítimas de assédio sofrem pelo menos um sintoma de revivência do trauma como, por exemplo, reviver o trauma em sonhos, quando experimentam estresse psicológico ou quando são expostas a situações que se parecem com o evento traumático, dores de cabeça, tremores.

Segundo Oliveira (2010) os efeitos do transtorno do estresse pós-traumático nas vítimas podem ser vistos como perda de memória, medo intenso, terror noturno, dissociações afetivas e da realidade, raiva e irritabilidade, a culpa, reações de ansiedade, desespero, apatia, choros frequentes, reações depressivas com enurese (perda de urina durante o sono). Outro tipo de reações a ser destacado se refere às propriedades cognitivas dos pacientes, que dizem respeito às dificuldades de concentração e confusão mental, distorções da realidade e imaginárias com flashbacks, pensamentos intrusivos e suicidas ou de autoagressão, além da perda da autoestima.

O assédio produz consequências importantes para a saúde dos trabalhadores, abrangendo sintomas psicopatológicos, psicossomáticos e comportamentais (FREITAS, 2007). Segundo estudo de Pineles, Hall e Rasmusson (2017) foi observado que o TEPT possui maior prevalência e durabilidade em mulheres quando comparadas com a prevalência em homens. Parte desse risco é atribuído à maior possibilidade de exposição a episódios traumáticos que as mulheres vivenciam, podendo incluir violência psicológica e sexual. Não só a taxa de diagnóstico de TEPT é o dobro em mulheres do que no sexo masculino, mas também se demonstram diferentes os fatores estruturais e sintomas cognitivos específicos como maior sensibilidade, auto culpa, questionamento de crenças e menor tolerância a emoções negativas.

3.3 Intervenção da terapia cognitivo comportamental no estresse pós-traumático decorrentes do assédio moral e sexual.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) possui evidências que demonstram sua efetividade para o tratamento de Transtornos Relacionados ao Trauma e Estresse, logo, sua intervenção psicológica obtém respostas positivas no tratamento. Visto que pode ser considerado como uma patologia primária, o TEPT apresenta seus efeitos patológicos subsequentes ao decorrer da história dos pacientes. É corriqueiro que pacientes com o transtorno sejam tratados apenas quando são perceptivos os efeitos secundários, transtornos de humor ou outras formas de ansiedade, ao invés de serem tratados diretamente no ambiente que deu origem aos problemas, o que seria o caso do ambiente de trabalho. (KNAPP E CAMINHA, 2003).

Para Soares & Lima (2003) as intervenções usadas no manejo do TEPT podem ser divididas em três etapas. A primeira está relacionada com a prevenção do desenvolvimento da doença após o evento traumático; a segunda, o tratamento do trauma já estabelecido; a terceira, relaciona-se ao funcionamento e da qualidade de vida a longo prazo.

As opções de tratamento vão desde o individual ao tratamento grupal, pode ocorrer do tratamento começar individualmente e conforme a experiência e o entendimento do paciente sobre passar a ser grupal, porém, há muitos benefícios no tratamento em grupo para vítima de TEPT, tais como: abrandar a sensação de isolamento; obter apoio social; ajudar a aceitar e normalizar sentimentos em relação ao trauma; compartilhar técnicas de manejo e enfrentamento; proporcionar um local seguro para o desenvolvimento de relações afetivas; e poder ajudar os participantes a atribuir significado diferente ao evento traumático.



Ito e Roso, (1998) assinalam ainda como vantagens de se trabalhar em grupo terapia, a reintegração social, a substituição da atitude passiva, de vitimização, para uma atitude ativa, de sobrevivente, facilitando o modo de lidar com o problema. Destacam-se algumas técnicas de intervenção da TCC usadas no tratamento do TEPT, sendo elas, tratamento de inoculação do estresse, treinamento de habilidades sociais, treinamento de autoinstrução, dessensibilização sistemática, técnicas de relaxamento e respiração e prevenção a recaída. (KNAPP E CAMINHA, 2003).

Algumas técnicas cognitivo-comportamental que auxiliam no tratamento do TEPT, tais como, psicoeducação, reestruturação cognitiva, relaxamento, treinamento de habilidades social. A utilização destas técnicas busca identificar, avaliar e modificar crenças disfuncionais.

- Psicoeducação: Busca esclarecer ao paciente sobre as características do TEPT, levando o mesmo a compreender que os sintomas que apresenta não são diferentes dos apresentados por pessoas que foram expostas a estresses semelhantes, proporcionando um ambiente em que seja possível se sentir seguro. (Walsh, 2002; Martins, 2009; Passarela et al. 2010). A psicoeducação é de extrema relevância no tratamento de TEPT, através dessa técnica o paciente ficará ciente do transtorno e suas características, como deverá se comportar para que haja eficácia no tratamento, bem como transformar os pensamentos disfuncionais involuntários em pensamentos funcionais.
- Técnica de Relaxamento Progressivo Muscular: Técnica, criada por Edmund Jacobson em 1920, que propõe ao indivíduo focar toda a atenção em uma série de exercícios musculares com os quais, permitindo que as tensões e, acima de tudo, essas ideias disruptivas que provocam mal-estar e vulnerabilidade sejam aliviadas. No TEPT o indivíduo revive a experiência do trauma, podendo gerar um desconforto, ansiedade intensa, taquicardia, ao reviver as memórias do evento traumático, a técnica de relaxamento progressivo muscular tem o intuito de amenizar esse desconforto através do exercício que buscam reduzir a tensão e os sintomas do paciente.
- Treinamento de Habilidade Sociais (THS): De acordo com Del Prette e Del Prette (1999), habilidades sociais são diferentes classes de comportamentos sociais aprendidos e emitidos pelo indivíduo diante das demandas de uma situação interpessoal específica, visando superar déficits no desempenho social com o desenvolvimento de repertório socialmente desejado por meio de procedimentos clínicos e educativos (Bolsoni-Silva, 2002). No caso de mulheres que passaram por um evento traumático traumática e decorrente disso apresentaram sintomas de TEPT, é possível observar a presença de comportamentos de isolamento social, dificuldades no relacionamento com outras pessoas no ambiente de trabalho e fora dele, tal comportamento não habilidoso poderá por consequência gerar dificuldade de interagir com pessoas, sair de casa, se relacionar com outros indivíduos. Compreende-se por demanda a ocasião diante da qual se espera um determinado desempenho social em relação a uma ou mais pessoas.
- Reestruturação cognitiva: A reestruturação cognitiva consiste em dar um novo significado aos pensamentos distorcidos, visando auxiliar o indivíduo a reduzir o estresse através de novos hábitos de pensamento mais positivos e funcionais. Durante o processo psicoterápico através da reestruturação cognitiva será feita a mediação para que a memória do trauma vivido seja reinterpretada e ressignificada, buscando que o paciente elabore uma releitura a respeito da experiência, dando novo significado mais funcional ao evento traumático.



Dentre as formas de psicoterapia avaliadas em uma revisão de Sherman et al. (1998), a TCC foi avaliada em 14 dos 17 estudos incluídos. A TCC associou-se a uma significativa redução no número de pessoas com TEPT logo após a intervenção (8% com TCC comparado a 83% com aconselhamento; $p < 0,001$) e, em seis meses, 17% X 67%; $p < 0,05$.

Três ensaios clínicos randomizados (ECR) avaliaram diversas formas de TCC e terapias associadas, incluindo: inoculação de estresse, aconselhamento, exposição prolongada, terapia cognitiva e terapia de imagens. Essas intervenções mostraram efetividade superior a relaxamento ou a não tratamento, tanto em curto como em longo prazos (SOARES; LIMA, 2003).

Um dos principais objetivos das intervenções Cognitivo-comportamentais é que o paciente possa se tornar seu próprio terapeuta após o processo psicoterápico, dessa forma é muito importante que o paciente esteja informado a respeito das técnicas utilizadas, tornando mais fácil o uso das mesmas caso haja necessidade novamente, para adaptar os pensamentos automáticos e crenças afim de torná-los mais funcionais.

4 CONCLUSÕES

Diante da análise efetuada do material selecionado, seguindo o ponto de vista dos diferentes autores que discursam sobre o assédio moral e sexual, o estresse pós-traumático e a terapia cognitivo comportamental na intervenção, entre eles, Silva; Coelho; Caponi (2007); (Campos, 2006. p. 40); Barreto, 2005, p. 24), Silva (2019), Oliveira (2010) que discursam sobre o estresse pós-traumático, (Knapp e Caminha, 2003), Soares & Lima (2003) que abordam sobre a Terapia Cognitivo comportamental e a intervenção no estresse traumático, entre outros autores. Conclui-se que os objetivos deste estudo foram alcançados e as questões problema respondidas.

Compreendeu-se que no ambiente de trabalho o assédio direcionado a mulheres é uma prática que se faz presente há muito tempo, apesar dos direitos serem igualitários para ambos os gêneros, é notório que mulheres são as principais vítimas de tal violência. Entendeu-se que é um problema social que causa sérios danos psicológicos a vítima, podendo acarretar diversos transtornos, entre eles, o transtorno de estresse pós traumático, caracterizado pela revivência do trauma, onde a vítima relembra a prática do assédio que sofreu.

Destaca-se que o assédio moral e sexual se apresentam como um fenômeno mundial, complexo e multicausal uma vez que pode contribuir para o surgimento de vários transtornos psicopatológicos, psicossomáticos, cognitivos, afetivos e comportamentais. O assédio sexual pode se apresentar por meio de chantagem e por intimidação. Por intimidação, ocorre quando há provocações sexuais inoportunas com o objetivo de prejudicar, ofender e humilhar a vítima.

Enfatiza-se que os prejuízos sociais em decorrência do assédio moral e sexual são inúmeros. Inicialmente, a vítima é afetada em todos os domínios de sua vida, inclusive em seu ambiente familiar, amigos e em relações sociais, pois a vítima se afasta das pessoas, de seus compromissos sociais e geralmente comportasse de maneira a temer se aproximar de pessoas novas, o que provoca rupturas em amizades e problemas conjugais (Oliveira (2010)

Foi possível apreender que os diversos estudos vêm apontando como consequência do assédio moral a presença de sintomas associados ao estresse pós-traumático. As vítimas de assédio moral apresentam nível de estresse muito elevado e que a intensidade do estresse pós-traumático é comparável ao das vítimas de estupro, em termos de ansiedade, deterioração, impotência e dor psicológica.



Ressalta-se, conforme expõe Carissa Bradashia (2007, P.97), que há um verdadeiro impacto desumano ocasionado pelo trauma do assédio moral no trabalho, ele é tão severo que fragmenta o “ser” e “despedaça a identidade da vítima”. Para este autor, as vítimas de assédio sofrem pelo menos um sintoma de revivência do trauma como, por exemplo, reviver o trauma em sonhos, quando experimentam estresse psicológico ou quando são expostas a situações que se parecem com o evento traumático, dores de cabeça, tremores.

Além disso, os efeitos do transtorno do estresse pós-traumático nas vítimas são frequentes entre as quais se destaca: perda de memória, medo intenso, terror noturno, dissociações afetivas e da realidade, raiva e irritabilidade, a culpa, reações de ansiedade, desespero, apatia, choros frequentes, reações depressivas com enurese (perda de urina durante o sono). Outras reações destacadas pelos autores se referem às propriedades cognitivas dos pacientes, relacionadas às dificuldades de concentração e confusão mental, distorções da realidade e imaginárias com flashbacks, pensamentos intrusivos e suicidas ou de autoagressão, além da perda da autoestima como bem pontua Oliveira (2010).

Com ênfase nas considerações expostas, algumas técnicas da Terapia Cognitivo comportamental descritas por Caminha e Caminha (2003) que auxiliam no tratamento do TEPT, são a psicoeducação, reestruturação cognitiva, relaxamento, treinamento de habilidades social. A utilização destas técnicas busca identificar, avaliar e modificar crenças disfuncionais.

Os autores como Walsh, (2002), Martins, (2009) e Passarela et al. (2010) fazem notar que a psicoeducação é relevante no tratamento de TEPT, pois com essa técnica o paciente ficará ciente do transtorno e suas características, como deverá se comportar para que haja eficácia no tratamento, bem como transformar os pensamentos disfuncionais involuntários em pensamentos funcionais.

A respeito das intervenções cognitivo comportamentais, compreendeu-se que a técnica de Relaxamento Progressivo Muscular, criada por Jacobson em 1920, é utilizada no tratamento do estresse pós-traumático e propõe ao indivíduo direcionar toda a atenção aos exercícios musculares facilitando que as tensões e essas ideias disruptivas que causam mal-estar e vulnerabilidade sejam aliviadas.

Enquanto objeto de investigação, os autores deste estudo são unânimes em pontuar que no TEPT o indivíduo revive a experiência do trauma, podendo gerar um desconforto, ansiedade intensa, taquicardia, ao reviver as memórias do evento traumático, assim, a técnica de relaxamento progressivo muscular poderá amenizar esse desconforto por meio do exercício que podem reduzir a tensão e os sintomas. Nessa direção, a técnica de reestruturação cognitiva consiste em dar um novo significado aos pensamentos distorcidos, visando auxiliar o indivíduo a reduzir o estresse através de novos hábitos de pensamento mais positivos e funcionais.

Ressalta-se que durante o processo psicoterápico através da reestruturação cognitiva é realizada a mediação para que a memória do trauma vivido seja reinterpretada e ressignificada, possibilitando que o paciente elabore uma releitura a respeito da experiência, dando novo significado mais funcional ao evento traumático. Para isso se adotará todos os procedimentos interventivos da TCC. Espera-se ter contribuído na compreensão do tema.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério Público do Trabalho. **Assédio Moral e Sexual no Trabalho, perguntas e respostas**. Brasília-DF, 2017

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BECK, A. T. Terapia cognitiva comportamental da depressão. Porto Alegre: **Artes Médicas**, 1997.

BOLSONI-SILVA, A. T. Habilidades sociais: Breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. **Interação em Psicologia**, 6, 233-242, 2002.

BRADASCHIA, Carisa Almeida. Assédio Moral no Trabalho: A Sistematização dos Estudos Sobre um Campo em Construção. 2007. 230 f. **Dissertação (Mestrado) - Administração de Empresas, EAESP - Escola de Administração de Empresas de São Paulo**, São Paulo, 2007.

CAVAZOTTE, F. S. N.; OLIVEIRA, L. B.; MIRANDA, L. C. Desigualdade de gênero no trabalho: reflexos nas atitudes das mulheres e em sua intenção de deixar a empresa. **Revista de Administração USP**, São Paulo, v. 45, n.1, p. 70-83, 2010.

Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. Psicologia das habilidades sociais: Terapia e educação. **Petrópolis: Vozes**, 1999.

FREITAS, M. E. de. Quem paga a conta do assédio moral no trabalho? **RAE-eletrônica**, v. 6, n. 1, Jan-Jun. 2007. Disponível em: <http://www.rae.com.br/electronica>. Acesso 20 de junho.

HIRIGOYEN, M.-F. Malaise dans le travail: harcèlement moral – démêler le vrai du faux. **Paris: Syros**, 2001.

HIRIGOYEN, M-F. **Assédio moral: a violência perversa no cotidiano**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.

ITO, L. M.; ROSO, M. C. Transtorno do estresse pós-traumático. In: Ito LM, org. Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos. Porto Alegre: **Artes Médicas**; 1998.

LEYMANN, H. Mobbing: la persécution au travail. **Paris: Seuil**, 1996.

LEYMANN, H; GUSTAFSSON, A. Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders. **European Journal of Work and Organizational Psychology**, v. 5, n. 2, p. 251-275, 1996.

KRUG, Etienne G. DAHLBERG, Linda L. MERCY, James A. ZWI, Anthony B. LORENZO, Rafael. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Organização Mundial da Saúde Genebra 2002

KNAPP, P.¹; CAMINHA, R. M.² Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático. **Rev. Bras. Psiquiatr.** vol.25 suppl.1 São Paulo June 2003



CHARLSON, Freddy. GDF cria decreto para combater o assédio na administração pública. **Agência Brasília**, 2020. Disponível em: <<https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2020/11/30/gdf-cria-decreto-para-combater-o-assedio-na-administracao-publica/>> . Acesso em: **30/11/20**

OLIVEIRA, E. S. D.; Artigo Assédio Moral; Sujeitos, Danos à saúde e Legislação. **Revista Eletrônica 128**, Março de 2013

OLIVEIRA, L. E. C. D.; **Consequências Psicobiofísicas do assédio moral: Síndrome de Burnout e Transtorno de Estresse Pós-Traumático como psicopatologias laborais**. Departamento de Filosofia – UFRN, 2010

PERET, Eduardo. **Mulher trabalha mais, estuda mais e ganha menos do que o homem**. Agência IBGE, 2018.

PINELES, S. L.; HALL, K. A. A.; RASMUSSEN. M. Gender and PTSD: different pathways to a similar phenotype. **Current opinion in psychology**, v. 14, p. 44-48, 2017.

SILVA, L.L da; COELHO, E.B.S; CAPONI, S.N.C de. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface (Botucatu)**. 2007, vol.11, n.21, 2007.

SOARES, B.G.D.O.S; LIMA, M.S.D. Estresse pós-traumático: uma abordagem baseada em evidências. **Rev Bras Psiquiatria**; 25(Supl I):62-6, 2003.

PINTO, Welington Almeida, Assédio Sexual no Ambiente de Trabalho W.A. Pinto - Belo Horizonte: Edições Brasileiras. **Legislação Brasileira** 60 p.: II, 2000.

SILVA, Elisa Dárdara Leandro Neco da. Assédio moral e assédio sexual: um estudo de caso com mulheres vítimas no ambiente de trabalho. **Monografia (Graduação em Administração)** - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Departamento de Ciências Administrativas. Natal, RN, 2019.

SILVA, S. C. A.; BITTAR, C. M. L. O assédio moral no trabalho e a vulnerabilidade feminina. **Revista Cesumar Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**, Maringá, v. 17, n. 1, p.301-322, 2012.

SILVA, Luciana Cristina Correa Da. **Assédio moral no ambiente de trabalho**. Luciana Cristina Correa da Silva, Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA – Assis, 2012.

Soares, B. G. de. O., & Lima, M. S. de. Estresse pós-traumático: Uma abordagem baseada em evidências. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.25 (Suppl. 1), pp.62-66, 2003.