



Violência relacionada ao trabalho: a saúde e a segurança dos agentes da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos sob ataque

Submetido em: 19/02/2019

Aprovado em: 03/05/2019

Carlos Eduardo Carrusca Vieira¹

Resumo

O presente artigo tem por objetivo reportar uma experiência de atendimento psicológico a um trabalhador da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT), o qual enfrentou sete assaltos durante sua jornada de trabalho e, por isso, desenvolveu sintomas típicos do Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT). Inicialmente, contextualiza-se o cenário de trabalho dos agentes dos Correios, destacando os fatores que contribuem para o aumento expressivo de assaltos a esses profissionais; em seguida, analisam-se as repercussões da violência relacionada ao trabalho na saúde mental dos trabalhadores, a partir de um estudo de caso clínico. Ao final deste artigo, assevera-se a premência de se adotar medidas de proteção à saúde e à segurança dos trabalhadores, as quais passam pela construção de estratégias de segurança pública, mas, também, pelos processos de gestão e organização do trabalho na ECT.

Palavras-chave: Violência Relacionada ao Trabalho; Transtorno de Estresse Pós-traumático; Dessensibilização e Reprocessamento por Meio de Movimentos Oculares (EMDR); Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos.

INTRODUÇÃO

A expansão do *e-commerce* (ou comércio online) alterou, significativamente, o modo como os consumidores compram e recebem mercadorias. Com um mercado em franco crescimento nas últimas décadas, cuja movimentação financeira chegou a 41,3 bilhões de reais em 2015, no Brasil, o comércio online consolidou-se (E-BIT/BUSCAPÉ COMPANY, 2016).

¹Professor da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Brasil. Coordenador do Curso de Psicologia da PUC Minas Unidade São Gabriel. Pós-doutorando em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUC Minas. Doutor e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Contato: carlos.carrusca@outlook.com

Nesse cenário, um conjunto de trabalhadores encarregados de entregar encomendas e mercadorias aos consumidores tem sofrido a ação de indivíduos e grupos criminosos interessados nas cargas valiosas transportadas (microeletrônicos, *smartphones*, produtos de moda etc.). Os assaltos atingem, mormente, aqueles que realizam entregas por meio de veículos automotores. Tais ocorrências estão relacionadas ao volume de cargas transportadas e à facilidade dos criminosos ao abordarem os agentes dos Correios, uma vez que os veículos trafegam em vias públicas e, raramente, dispõem de mecanismos de segurança capazes de evitar ou inibir as ações criminosas. Os entregadores tornam-se, então, alvos fáceis, sofrendo as consequências da criminalidade violenta.

Neste artigo, é proposto analisar os impactos da violência relacionada ao trabalho na saúde mental dos trabalhadores, bem como discutir a premência de se adotar medidas de proteção à saúde e à segurança no trabalho dos funcionários da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos. O presente estudo baseia-se na análise do caso clínico de um trabalhador que enfrentou sete assaltos e recebeu tratamento psicológico na Clínica de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). Além dos dados obtidos com o estudo de caso mencionado, são apresentados também, tomando por referência a análise de 334 (trezentas e trinta e quatro) Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT) arquivadas no Sindicato dos Trabalhadores de Correios e Telégrafos de Minas Gerais (SINTECT), os resultados preliminares de uma primeira sistematização de dados relacionados à incidência de assaltos nesse segmento e às suas respectivas consequências para a saúde mental dos trabalhadores.

A VIDA E A SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES EM PERIGO

A exposição contínua às situações potencialmente traumáticas e a reexposição frequente aos assaltos têm se constituído como um dos principais problemas enfrentados por aqueles que transportam e entregam encomendas, correspondências e mercadorias, assim como por aqueles que trabalham nas agências dos Correios e Bancos Postais. A saúde mental e a vida desses trabalhadores encontram-se, assim, sob uma ameaça constante, em virtude da frequência e da natureza potencialmente traumática desses incidentes. Note-se que, inclusive, em grande parte dos casos registrados, constatam-se ameaças de morte e uso de arma de fogo como recursos empregados pelos criminosos.

Mesmo que as estatísticas relativas à incidência dos assaltos não sejam divulgadas, nem estejam acessíveis ao público externo interessado, as notícias mais recentes divulgadas pela Federação Nacional dos Trabalhadores em Empresas dos Correios e Similares (FENTECT, 2016) e pelos meios de comunicação não deixam dúvidas de que os trabalhadores desse ramo têm sido alvos frequentes de abordagem criminosa em todo o país², como indicam as reportagens, citadas a seguir, a título de exemplo:

- “Agência dos Correios e loja são assaltadas durante a tarde em Passos, (MG)”³;
- “Por dia, 11 carteiros são assaltados no estado (RJ)”⁴;
- “Correios pagará indenização de R\$ 15 mil a carteiro que foi assaltado nove vezes em Santo André (SP)”⁵;
- “Por medo, funcionários dos Correios suspendem entregas na Zona Sul (RS)”⁶;
- “Caminhão dos Correios é assaltado no sudeste do Pará”⁷;
- “Assaltos aos Correios de Alagoas fazem funcionários trabalharem com medo”⁸.

Com base na análise de **334** (trezentas e trinta e quatro) Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT) arquivadas no Sindicato dos Trabalhadores das Empresas de Correios,

² Note-se que, em razão da criminalidade, há restrições de entrega de encomendas e correspondências em várias regiões do país, conforme já noticiado por veículos de comunicação: 1) PAGNAN, Rogério; VERPA, Danilo; MARIANI, Daniel. “Criminalidade veta Correios em quase metade do Rio”. **Folha de São Paulo**, 19 fev. 2018. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/02/criminalidade-veta-correios-em-quase-metade-do-rio.shtml>>. Acesso em 15 fev. 2019; 2) PAGNAN, Rogério; MARIANI, Daniel; TAKAHASHI, Fábio. “Violência restringe entrega de produto pelos Correios em 29% da cidade de SP”. **Folha de São Paulo**, 27 dez. 2017. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/12/1946271-violencia-restringe-entrega-de-produto-pelos-correios-em-29-da-cidade-de-sp.shtml>>. Acesso em 15 fev. 2019.

³ G1 SUL DE MINAS. “Agência dos Correios e loja são assaltadas durante a tarde em Passos, MG”. **G1 Sul de Minas**, 20 nov. 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/mg/sul-de-minas/noticia/2018/11/20/agencia-dos-correios-e-loja-sao-assaltadas-durante-a-tarde-em-passos-mg.ghtml>>. Acesso em 19 fev. 2019.

⁴ MENASCE, Márcio. “Por dia, 11 carteiros são assaltados no estado”. **O Globo**, [S.l.] 2016. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/por-dia-11-carteiros-sao-assaltados-no-estado-18623665>>. Acesso em 15 fev. 2019.

⁵ ANDRADE, Paula. “ECT pagará indenização a carteiro que foi assaltado nove vezes em Santo André (SP)”. **Tribunal Superior do Trabalho**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.tst.jus.br/noticias/-/asset_publisher/89Dk/content/ect-pagara-indenizacao-a-carteiro-que-foi-assaltado-nove-vezes-em-santo-andre-sp->>. Acesso em 14 fev. 2019.

⁶ GAÚCHAZH. “Funcionários dos Correios retomam entregas na Zona Sul”. **GAÚCHAZH**, 03 ago. 2015. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2015/08/funcionarios-dos-correios-retomam-entregas-na-zona-sul-4816308.html>>. Acesso em 15 fev. 2019.

⁷ G1 GLOBO. “Caminhão dos Correios é assaltado no sudeste do Pará”. **G1 GLOBO**, 21 jun. 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/pa/para/noticia/2015/06/caminhao-dos-correios-e-assaltado-no-sudeste-do-para.html>> Acesso em 15 fev. 2019.

⁸ GUSTAVO, Derek. “Assaltos aos Correios de Alagoas fazem funcionários trabalharem com medo”. **G1 GLOBO**, 02 mai. 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/al/alagoas/noticia/2015/05/assaltos-aos-correios-de-al-fazem-funcionarios-trabalharem-com-medo.html>>. Acesso em 15 fev. 2019.

Telégrafos e Similares (SINTECT), relativas aos meses compreendidos entre os anos de 2014 a 2017, foram contabilizados **142 assaltos** (42,5% do total de CAT). Mesmo que se trate de dados preliminares, de um estudo em andamento, certos indicativos reclamam a atenção.

Note-se, por exemplo, na tabela adiante, que os assaltos correspondem a um percentual maior que 30% do total de acidentes de trabalho já apurados.

Tabela 1. Análise das CAT registradas e percentual representado pelos assaltos

Anos e meses abrangidos pela análise*	Total de CAT analisadas	Número de assaltos registrados	Percentual representado pelos assaltos
2014 (jan./fev./mar./abr./mai./jun./jul./ago./set./out./nov.)	228	90	39%
2015 (fev./abr./jun./set./out./nov./dez.)	37	14	37,8%
2016 (jan./fev./abr./out./nov./dez.)	44	14	31,8%
2017 (jan./mai.)	25	24	96%
Total	334	142	42,5%

Fonte: Dados de Pesquisa baseados em Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT)

* Como são dados parciais, de um estudo em desenvolvimento, os números relativos aos meses analisados ainda estão em fase de levantamento e podem ser ainda mais elevados.

Os registros constantes das CAT expõem situações enfrentadas pelos agentes de Correios e acentuam a gravidade do problema, como se pode notar a seguir:

“No local citado fui abordado por um assaltante armado, pelas costas colocando a arma em minha costela. Sob ameaça me obrigou a entregar a chave do carro e evadiu do local com o carro da ECT”. (SIC)

“Fui abordado por dois assaltantes no local citado com arma em punho, me obrigando a entrar no veículo da ECT, entre os dois, um na direção, me coagindo a dizer sobre os objetos contidos no veículo, evadindo do veículo após alguns quarteirões, por não ter uma quantidade de objetos que os agradassem. Fiquei em choque por instantes retornando para a unidade”. (SIC)

“Fui fechado por um carro com 4 assaltantes, sendo passado para o lado do carona, sob a mira de uma arma, sendo passado depois para o carro dos assaltantes, levado para local ermo, com a cabeça coberta e depois levaram a carga, levaram de volta ao baú do carro, levando meus celulares e me liberando com o carro”. (SIC)

A gravidade da situação reflete-se nos problemas de saúde mais frequentemente registrados nas CAT, a saber:

- “Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas” (S.00-T.98) (129 registros, **38,6%**);
- “Estado de Estresse Pós-traumático” (F.43-1) (61 registros, **18,26%**);
- “Reação Aguda ao Stress” (F.43-1) (40 registros, **11,9%**);
- Lesões traumáticas, entorses, cortes e perfurações, além de algumas perturbações mentais e comportamentais, foram associadas a mordeduras de cães sofridas pelos agentes dos Correios, equivalendo a **8,3%** (28 registros) dos acidentes de trabalho analisados;
- “Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo” (M.00-M99) (22 registros, **6,5%**);
- “Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde” (Z00-Z99) (6 registros, **1,7%**).

No cômputo geral, os transtornos mentais e comportamentais destacam-se, representando 138 ocorrências e correspondendo a **41% de todos os acidentes de trabalho**⁹ analisados. Cumpre notar, porém, que não apenas as CAT em que há o registro de TEPT ou de Reações Agudas ao Estresse referem-se a situações de assalto, mas também todas aquelas em que há o registro do CID Y.33 – “Outros fatos ou eventos especificados, intenção não determinada” (12 registros, 3,5%) e CID Z.00-Z-99 – “Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde”. Considerando isso, é possível estimar que o percentual de indivíduos acometidos por distúrbios vinculados ao CID F.43 (Reações ao Estresse Grave e Transtornos de Adaptação) seja ainda maior que 30%.

Essas estatísticas, ainda que parciais, são elevadas, mesmo quando comparadas aos assaltos a bancos, que atingem trabalhadores do setor bancário e da vigilância bancária. Segundo dados do Sindicato dos Bancários de Belo Horizonte e Região, foram registrados, na Região Metropolitana de Belo Horizonte, no período de 2013 a 2015, ou seja, 36 meses, o equivalente a 118 assaltos a bancos, como se verifica na tabela 2:

⁹ Os dados foram coletados e sistematizados em uma prática de estágio supervisionado sobre Saúde Mental e Trabalho e em pesquisa realizada com o apoio do Fundo de Incentivo à Pesquisa (FIP/PUC Minas). Agradecemos, portanto, à PUC Minas e aos discentes do curso de graduação em Psicologia da PUC Minas Unidade São Gabriel que se prontificaram a participar do levantamento das informações relativas à saúde e ao adoecimento dos trabalhadores.

Tabela 2. Assaltos a bancos na Região Metropolitana de Belo Horizonte

Ano	Assaltos a bancos na Região Metropolitana de Belo Horizonte
2013	56
2014	30
2015	32
Total	118

Fonte: Sindicato dos Bancários de Belo Horizonte e Região (2016)

Observa-se que o número de assaltos praticados contra os trabalhadores dos Correios, entretanto, chega a ser tão elevado que, em apenas um ano, considerando os assaltos relativos a 2014, corresponde a 76% dos assaltos a bancos enfrentados por vigilantes e bancários ao longo de três anos (36 meses). Trata-se de uma realidade que não pode ser negligenciada, cujos efeitos já são sentidos na saúde dos trabalhadores, conforme será revelado adiante, na exposição e na análise de um caso clínico.

OS IMPACTOS DA VIOLÊNCIA RELACIONADA AO TRABALHO SOBRE A SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES

A literatura científica é consensual no que concerne ao entendimento de que a vivência de situações potencialmente traumáticas pode resultar no desenvolvimento de transtornos mentais e no prejuízo significativo para a vida em geral, em particular, para o desempenho profissional (BUCASIO et al., 2005; VIEIRA, LIMA & LIMA, 2010; DORIGO & LIMA, 2007; CÂMARA FILHO, SOUGEY, 2004; MILET, SOUGEY, 2010; MACDONALD, COLOTLA, FLAMER & KARLINSKY, 2003).

Conquanto os assaltos aos entregadores, frequentemente, sejam caracterizados pelos discursos jurídico-empresariais como “um problema de segurança pública”, argumento utilizado pelos empregadores para se eximirem de responsabilidade civil, entende-se que os assaltos a essa categoria profissional constituem uma modalidade de “violência relacionada ao trabalho”, conceito cunhado por Oliveira & Nunes (2008). Esse posicionamento fundamenta-se não apenas no ordenamento jurídico-constitucional, que prevê a obrigação dos empregadores de reduzirem os riscos inerentes ao trabalho (art. 7º, inciso XXII da Constituição da República Federativa do Brasil, 1988), mas, igualmente, na constatação de que a reincidência de casos de assaltos contra trabalhadores dos Correios deve-se aos problemas vinculados à segurança pública e, principalmente, à ausência de medidas de prevenção adequadas, a ponto de haver trabalhadores que já sofreram mais de cinco assaltos, em um curto período de tempo. Ser vítima de assaltos nos Correios não constitui, portanto,

uma eventualidade¹⁰, mas uma rotina. A maioria dos trabalhadores da ECT atendidos na PUC Minas São Gabriel já passou por esse tipo de situação, os quais sentiram-se desamparados e desprotegidos antes dos eventos e, igualmente, depois deles. Esses profissionais não percebem nenhum tipo de ação por parte de seus empregadores no sentido de inibir a ação criminosa, conforme será discutido adiante.

Portanto, a violência criminosa sofrida por esses trabalhadores tem relação com o trabalho, já que “se trabalhadores estão sendo agredidos nos seus locais de trabalho (violência no trabalho), podemos admitir que as condições de trabalho é que permitem que tal fato ocorra, ou seja, a violência no trabalho é uma das formas possíveis da violência do trabalho” (SANTOS JÚNIOR; DIAS, 2004, p. 42). Afinal de contas, por transportarem cargas valiosas, não é razoável pensar que a incidência dos assaltos na categoria dos entregadores seja fortuita. Trata-se, na verdade, de um risco maximizado pelo próprio negócio da ECT e pelas condições em que atuam os trabalhadores.

No presente artigo, será analisado o caso de um trabalhador que sofreu sete assaltos, desenvolveu sintomas típicos do TEPT e recebeu tratamento clínico para enfrentar o adoecimento.

METODOLOGIA

O agente dos Correios “J.” (nome fictício) foi encaminhado à Clínica de Psicologia da PUC Minas, Unidade São Gabriel, após ser consolidada uma parceria, entre a Universidade e o setor de Serviço Social dos Correios, para atender, no âmbito da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, trabalhadores que houvessem enfrentado situações potencialmente traumáticas. A proposta era a de prestar Primeiros Auxílios Psicológicos (PAP) àqueles que

¹⁰ A análise de processos trabalhistas evidencia certa tendência, por parte dos empregadores, de caracterizar os assaltos no contexto de trabalho como um problema específico da segurança pública. Argumentam, por isso, não terem qualquer responsabilidade civil em relação aos problemas decorrentes de atos criminosos praticados contra seus empregados. Com base nesse argumento, as empresas esperam livrar-se da responsabilidade civil e do ônus decorrente, negligenciando, assim, a responsabilidade de garantir condições seguras para seus empregados. Todavia, a Justiça do Trabalho tem refutado esse raciocínio, condenando as empresas quando se constata, nos casos específicos, a culpa (omissão, negligência ou imprudência) das instituições quanto à manutenção de condições seguras para seus funcionários. Há jurisprudências que confirmam a possibilidade de responsabilizar os empregadores pelos efeitos decorrentes de atos criminosos, quando agem com culpa (TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 4ª REGIÃO, 2012). Nesse sentido, os assaltos podem ser caracterizados como acidentes de trabalho. Ademais, quando estiverem relacionados ao desenvolvimento de perturbações psicológicas, pode-se falar em doenças relacionadas ao trabalho, que também implicam as garantias previstas pela legislação previdenciária.

tivessem vivido tais situações, com o objetivo de atenuar o sofrimento e de prevenir o desenvolvimento de transtornos mentais (VIEIRA et al., 2014).

Foram realizadas, ao todo, seis sessões com o trabalhador, ao longo das quais foram resgatadas as experiências traumáticas vividas no contexto laboral e, posteriormente, foi realizado o reprocessamento dessas experiências, por meio do *Eye Movement Desensitization e Reprocessing* (EMDR), um método de dessensibilização e reprocessamento de experiências traumáticas. O uso desse método justificou-se em função da constatação de sintomas típicos do Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) e do significativo sofrimento psíquico, bem como, é claro, da respectiva eficácia para o tratamento dessa perturbação.

O EMDR é uma técnica que utiliza estímulos bilaterais (oculares, táteis ou sonoros) como recurso central no processo de tratamento de traumas psicológicos. Surgiu nos Estados Unidos, em 1987. O procedimento foi criado pela psicóloga norte-americana Francine Shapiro a partir de uma observação casual: os movimentos oculares contribuíam para a transformação dos pensamentos perturbadores e, conseqüentemente, das sensações e emoções negativas que os acompanham.

Essas observações iniciais sobre os benefícios dos movimentos oculares continuaram a ser estudadas e testadas pela autora, e a técnica foi aperfeiçoada, descobrindo-se mais sobre sua função. Em 1990, a técnica foi integrada a um método de dessensibilização e reprocessamento de traumas, constituído por diferentes protocolos e fases, denominado EMDR (SHAPIRO, 2001).

Esse método foi utilizado, a princípio, para tratamento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Entretanto, à medida que se realizavam estudos controlados sobre o procedimento e se comprovava a sua eficácia em poucas sessões, ampliava-se a sua abrangência, passando a ser empregado também como estratégia de tratamento para diferentes experiências traumáticas, tais como acidentes, perda de entes queridos, estupros e desastres, bem como para várias perturbações psicológicas, tais como a fobia, síndrome do pânico, depressão, entre outras (SHAPIRO, 2001).

Na perspectiva de Francine Shapiro, os efeitos clínicos do EMDR devem-se ao processamento acelerado de informações que ele estimula, acessando as redes neurais e permitindo que as informações disfuncionais sejam reestruturadas de forma adaptativa. O EMDR promoveria uma profunda reestruturação das percepções relacionadas à experiência traumática, transformando as crenças negativas que a pessoa construiu sobre si, assim como

as sensações e emoções evocadas quando essa mesma pessoa lembra-se da experiência vivida (SHAPIRO, 2001). O método possibilitaria o alívio das emoções negativas e a construção dos aprendizados que ficariam disponíveis para situações futuras (SHAPIRO, 2001)¹¹.

Trata-se de um método relativamente recente, pouco estudado e pouco conhecido no Brasil, embora apresente resultados positivos em vários casos (HÖGBERG et al., 2008). Conforme foi dito, esse método utiliza estímulos bilaterais como um de seus principais recursos no reprocessamento das experiências traumáticas, fato que suscita dúvidas quanto à sua eficácia e utilização. De fato, como afirmou Shapiro (2001), nada nas abordagens psicológicas mais tradicionais aponta para o uso dos movimentos oculares como técnica psicoterápica. Apesar de se configurar efetivamente como um dos principais componentes desse método, o EMDR deve ser visto como um sistema integral, que pressupõe ainda protocolos específicos de trabalho. Antes de sua utilização, os clínicos devem, como de costume, estabelecer um relacionamento terapêutico com o cliente e conhecer mais sobre sua história, a fim de planejar melhor o tratamento.

Atualmente, o EMDR é amplamente utilizado e aceito em outros países. Essa técnica recebeu da Associação Americana de Psiquiatria (2004) o nível mais alto de recomendação para tratamento do trauma, em razão do forte aval empírico e da efetividade demonstrada, ao passo que o *National Institute for Clinical Excellence* (2005) considerou a Terapia Comportamental Cognitiva Centrada no Trauma (TCC) e o EMDR como tratamentos com aval empírico preferenciais. O EMDR também foi aprovado em 2010, como uma abordagem psicoterapêutica baseada em evidências, tendo recebido o mais alto selo de aprovação e garantia dado pelo *National Registry of Evidence-based Programs and Practices* (NREPP) do *Substance Abuse & Mental Health Services Administration* (2012), o qual faz parte do *United States Department of Health and Human Services*.

Para a realização de uma sessão de EMDR, o terapeuta utiliza um protocolo básico que resgata as imagens, crenças negativas, sensações físicas e emoções ligadas à experiência traumática vivida pelo paciente, adotando a estimulação bilateral (por meio de estímulos oculares, táteis ou auditivos) como meio principal de dessensibilização e reprocessamento do conteúdo dessa experiência (SHAPIRO, 2001).

¹¹As crenças negativas são autoavaliações que o sujeito faz de si mesmo e que têm impacto considerável sobre sua forma de perceber e experimentar as situações (SHAPIRO, 2001). São, em geral, avaliações distorcidas, que se estruturam a partir de experiências vividas e permanecem se não forem reelaboradas.

Com base em protocolos específicos de atendimento, os quais variam segundo a experiência traumática vivida, o paciente é incentivado a resgatar certos elementos, a saber: as imagens, sons, crenças negativas que formulou sobre si mesmo na situação, as emoções e sensações físicas desagradáveis (SHAPIRO, 2001).

Após focalizar esses elementos, solicita-se ao paciente que indique, na escala utilizada pelo EMDR, a *Subjective Units Disturbance Scale* (SUDS), o grau de desconforto sentido quando recorda-se do “pior” momento da experiência vivida. Nessa escala, que vai de zero a dez, o próprio paciente indica o grau de desconforto experimentado, sendo zero representativo de nenhuma perturbação e dez representativo da máxima perturbação que o indivíduo possa sentir (SOLVEY et. al., 2007).

Em seguida, pergunta-se ao paciente como ele gostaria de se ver em relação à experiência traumática. Com frequência, aparecem espontaneamente “crenças positivas”, pensamentos que expressam como o indivíduo desejaria se perceber positivamente. Solicita-se que ele atribua um valor à crença positiva escolhida, numa escala de Validade de Cognição (*Validity of Cognition – VOC*) que vai de 1 a 7, na qual 1 significa que a crença é “totalmente falsa” e 7 que ela é “totalmente verdadeira” (SHAPIRO, 2001). A identificação de uma cognição positiva desejada e efetivamente possível ao paciente contribui para “estabelecer uma direção para o tratamento, estimular as neurorredes apropriadas e oferecer ao terapeuta e ao cliente um referencial (a escala VOC) a partir do qual possam avaliar o progresso” (SHAPIRO, 2001, p. 67)¹².

Logo após, solicita-se ao paciente que se mantenha focado na experiência traumática, nas crenças negativas, nas emoções e sensações perturbadoras; ao mesmo tempo, pede-se que o paciente perceba-se no presente, acompanhando os movimentos bilaterais realizados pelo terapeuta¹³. Estimulada por meio de técnicas empregadas pelo terapeuta, essa atenção “dual”

¹²O resgate das experiências positivas vividas pelo paciente é importante nesse método, pois possibilitaria ao indivíduo o acesso a recursos para enfrentar as experiências traumáticas e ressignificá-las.

¹³Os estímulos bilaterais, geralmente, são feitos pelo terapeuta com os dedos (indicador e médio, em riste) de uma das mãos, num movimento que vai de um lado (esquerda) ao outro (direita), seja na horizontal ou diagonal, enquanto o paciente, sentado, acompanha esses deslocamentos apenas com os olhos. Entretanto, também é possível utilizar o toque alternado nas mãos ou pernas (direita e esquerda) do paciente, ou mesmo estímulos sonoros. A escolha do modo de estimulação depende da preferência do próprio paciente e de suas condições clínicas.

na experiência vivida e no presente é fundamental para que o paciente enfrente e ressignifique a experiência traumática¹⁴.

Durante o uso do EMDR, de forma sintética, o indivíduo acompanha os estímulos bilaterais feitos pelo terapeuta, mantendo-se conectado aos elementos da experiência traumática e, ao mesmo tempo, à experiência presente. Nesse processo, surgem novas associações que entram em conflito com as crenças negativas construídas pelo indivíduo, sobre si mesmo, nas experiências traumáticas, permitindo um processamento adaptativo das informações (SOLVEY et al., 2007). Isso é explicado pelo fato de o EMDR intensificar o intercâmbio das informações entre os dois hemisférios cerebrais, nos quais são armazenadas distintas crenças, lembranças e emoções, permitindo ao paciente catalisar um processo que teria ficado “bloqueado”, extraíndo aprendizagens por meio das quais a informação disfuncional armazenada pode vir a se transformar em informação funcional (SHAPIRO, 2001).

Evidentemente, em certos momentos, pode ocorrer de o paciente não conseguir avançar na ressignificação da experiência traumática, em função de crenças limitantes, as quais também devem ser reprocessadas, de aprendizagens e conhecimentos ainda necessários ou de temores quanto ao futuro. Diante do bloqueio do reprocessamento, o terapeuta pode empregar técnicas de “entrelaçamento cognitivo”, que visam a permitir ao paciente avançar na construção de significados para as experiências traumáticas, os quais não ameacem a integridade psicológica e, sim, fortaleçam a autoestima (SOLVEY et al., 2007). São intervenções pontuais, na forma de interrogações, que podem levar o paciente a se desembaraçar dos sentidos negativos atribuídos a si mesmo, quando se recorda da experiência traumática vivida.

Vale ressaltar: o EMDR não “falseia a história nem reduz temores razoáveis e apropriados. O resultado é sempre ‘ecológico’, quer dizer que sempre está adequado à realidade atual do sujeito” (SOLVEY et al., 2007, p. 190).

Os efeitos do EMDR foram avaliados pelo próprio trabalhador e pelos profissionais que o encaminharam, após as sessões clínicas, como será exposto mais a frente.

¹⁴Ao mesmo tempo em que o terapeuta solicita ao paciente que se conecte com as lembranças negativas do trauma (imagens, crenças negativas, emoções e sensações), o profissional também lhe solicita a escolha de uma metáfora para que seja possível obter certo distanciamento do trauma. Acontece, por exemplo, de o paciente tentar ver a experiência traumática como se a estivesse observando a partir de um “trem” ou “em uma televisão” etc.

CASO CLÍNICO DE UM AGENTE DOS CORREIOS

O trabalhador “J.” (nome fictício), 45 anos, foi encaminhado, em 2016, pelo Serviço Social da Instituição, em razão de ter sido vítima de assaltos durante a jornada de trabalho.

No atendimento clínico, o trabalhador relatou já ter enfrentado sete assaltos ao longo dos 15 anos em que trabalha nos Correios. Além disso, mencionou a experiência de ter sido supervisor, o que, segundo ele, consistiu-se como uma das piores vivências experimentadas no contexto laboral, como reportado a seguir.

HISTÓRICO DAS EXPERIÊNCIAS TRAUMÁTICAS VIVIDAS NO CONTEXTO LABORAL

O primeiro assalto ocorreu em 2003, quando “J.” fazia uma entrega de encomendas na Vila São José. Ao retornar para sua motocicleta, o trabalhador foi abordado por dois menores, de mais ou menos 9 e 11 anos de idade, encapuzados e com armas de fogo empunhadas. Os menores gritaram para que ele descesse da moto e lhe disseram que era um assalto. Um deles roubou-lhe o relógio, enquanto o outro abriu o baú da moto e retirou os produtos. O trabalhador não esboçou reação de confronto. Disse não ter visto perigo nessa situação, porque achou, de início, que fosse uma brincadeira e, além do mais, sentiu que o evento ocorreu muito rapidamente, sem graves ameaças. Afirmou, entretanto, que “*a ficha custou a cair*” para se dar conta de que havia enfrentado um assalto.

O segundo assalto enfrentado aconteceu em 2006, na Vila Pérola. “J.” fazia entregas em uma Kombi. Após realizar uma de suas entregas e retornar ao veículo, surpreendeu-se ao perceber que havia “*uns dezesseis*” indivíduos retirando as mercadorias e carregando-as, rapidamente, para o meio de um matagal, ao lado de onde o carro estava estacionado. Um dos indivíduos gritou para que “J.” abaixasse seu rosto na direção do volante, pois estavam realizando um assalto. O rapaz apontou-lhe uma arma, posicionada para atingir diretamente a cabeça. Apesar do susto e do medo sentidos, o trabalhador teve de registrar o Boletim de Ocorrência Policial e de prestar depoimentos. “J.” não recebeu suporte psicossocial, não foi afastado do ofício e voltou a trabalhar no dia seguinte.

No terceiro assalto, ocorrido em 2007, também na Vila Pérola, o trabalhador foi abordado por uma dupla de indivíduos armados que estavam em uma moto. Enquanto aguardava ser atendido na porta de um prédio, os indivíduos roubaram-lhe uma caixa que

seria entregue, com produtos de beleza. Afirmou ter sido esse o assalto mais rápido que já enfrentou: “*não durou um minuto!*”. Os indivíduos chegaram perto de “J.” e um deles disse: “*Perdeu... perdeu... me dá a caixa!*”. Após o ocorrido, o trabalhador teve de registrar o Boletim de Ocorrência Policial. Como nos demais assaltos, não recebeu apoio psicossocial e voltou a trabalhar no dia seguinte.

Em 2012, o trabalhador assumiu, mediante concurso interno, a vaga de supervisor em uma das unidades de distribuição. Sabia que a situação nesse setor não era fácil, pois já havia ouvido a opinião de colegas a respeito do clima pesado. Entretanto, em sua própria percepção, a realidade era ainda mais penosa do que os relatos.

Relatou ter sido essa a “*pior experiência*” que teve “*com pessoas*”. Como líder de uma equipe, ficava responsável pela coordenação das tarefas atribuídas aos entregadores. Ouvia, sistematicamente, reclamações dos funcionários sobre as condições precárias de trabalho, mas era cobrado com rigor por sua chefia para obter resultados. Percebia que, nessa época, embora se esforçasse o máximo possível, não contava com o apoio das chefias e tampouco de seus funcionários. Não tinha um quadro de pessoal suficiente para realizar as entregas, de espécies variáveis, mas de volumes sempre grandes. Não havia nem carteiros, nem motoristas em quantidade suficiente. Sentia-se fortemente pressionado, com “*angústia presa no peito*”, e tinha episódios frequentes de insônia, durante os quais se punha a pensar em como tentaria realizar as tarefas que lhe eram delegadas. Percebia-se “*carregando os outros nas costas*”, insistindo muito em conseguir realizar o trabalho, mesmo na ausência de apoio adequado. Via-se como dedicado, exigente, pontual e obediente no trabalho, o que, segundo afirmou, resultou em muitos problemas de “*estresse*” para si mesmo. A pressão no trabalho atingiu o limite e “J.” sofreu um princípio de infarto. Por essa razão, à época, ele chegou a ser acompanhado por um psiquiatra, o qual lhe receitou um antidepressivo, para que conseguisse “*levar melhor as coisas*” e “*dormir*”. Sentia-se, porém, muito pressionado “*de baixo*” (pelos funcionários) e “*de cima*” (pelas chefias) e, além disso, impotente para solucionar os problemas organizacionais que emperravam a realização das tarefas a contento. Solicitou transferência desse setor de trabalho, após ter vivido situações de grande tensão e conflito na relação com chefias e subordinados.

O quarto episódio de assalto enfrentado pelo trabalhador ocorreu em agosto de 2015. Quando realizava uma entrega, um indivíduo jovem, aparentemente sob uso de substâncias psicoativas (“*noiado*”), aproximou-se de J. e lhe intimou: “*Quê que ‘cê’ tem aí? Deixa eu ver!*”. O trabalhador resistiu à abordagem, pedindo ao jovem que o deixasse fazer seu

trabalho. O assaltante, entretanto, intimou-o sacando uma arma de fogo e ordenando: “*Ô caralho, deixa eu ver o que tem aí!*”. O trabalhador rendeu-se e teve medo de que o jovem, drogado e com tremor nas mãos, pudesse cometer um disparo acidental. O indivíduo entrou no veículo procurando por mercadorias que lhe interessassem. Nesse momento, vendo o sujeito dentro do carro e vulnerável, o trabalhador pensou em dominá-lo e até em agredi-lo, para rendê-lo. No entanto, embora tenha pensado nessas possíveis reações, abortou-as em função das possíveis consequências resultantes. Sentiu “*ódio*” do sujeito e de si mesmo, por não tê-lo “*chutado, batido, espancado ou trancado no carro!*”. Observou que essa reação impedida ficou dentro dele e a raiva sentida não foi extravasada. Teve de registrar o Boletim de Ocorrência Policial. Fez reconhecimento do sujeito. Ficou aliviado ao saber que o indivíduo fora preso. Mesmo assim, ficou com medo de que a situação pudesse ocorrer novamente, e se angustiou por não ter feito o que imaginara ser possível. Permaneceu afastado do trabalho por uma semana, de licença médica. Nesse episódio, em particular, teve sensações semelhantes às aquelas experimentadas quando era supervisor de um centro de distribuição, como: “*sensação de ar preso*”, “*aperto e angústia no peito*”, “*adrenalina*”, “*ansiedade*”, “*tremores nas pernas*”. Compreendeu que, nesse episódio, também queria ter “*dado conta*” de resolver a situação, mas não pôde. Disse ter prometido para si mesmo que nunca mais seria surpreendido pelos assaltantes, por sentir que “*de surpresa é horrível! Dá vontade de mijar, cagar...!*”.

O quinto assalto foi vivido em dezembro de 2015, quando o trabalhador já havia desenvolvido, em virtude da experiência precedente, sintomas de hipervigilância. Relatou que, enquanto trabalhava, já se parecia com um “*passarinho*”, um “*pardalzinho*”, olhando de um lado para o outro, sem parar, desconfiando de todos. Estava a fazer uma entrega em uma avenida e, quando retornou ao carro, observou um rapaz caminhando logo em frente ao veículo, obstruindo a passagem. O indivíduo, segundo “*J.*” relatou, era “*gordo*”, “*baixo*”, estava de “*chinelo*”, “*mancando*”, e parecia ter algum tipo de deficiência, pela forma como se portava. Contudo, ao passar ao lado da porta dianteira do veículo, o rapaz sacou um revólver e, apontando a arma em direção à janela, ordenou que o trabalhador abrisse a porta e ocupasse o lugar de passageiro. “*J.*” ficou com muita raiva de si mesmo por ter sido surpreendido novamente e não ter percebido, desde o início, que se tratava de um assalto. O sujeito dirigiu o veículo, permanecendo com o revólver mirado no trabalhador, até chegar a um local afastado, onde seus comparsas o esperavam. Todas as mercadorias foram roubadas e o trabalhador foi jogado no porta-malas. Um dos criminosos disse-lhe que o levariam para “*dar*

um rolê”. Não tinha certeza, mas sentiu ficar de 5 a 10 minutos dentro do veículo, chorando, angustiando, até perceber que o carro não estava em movimento. Experimentou muito medo nessa ocasião, receando ser levado para longe e sofrer violência. Abriu as portas do carro pelas maçanetas internas e saiu. Teve de registrar o Boletim de Ocorrência Policial. O trabalhador não foi afastado e não recebeu qualquer tipo de suporte psicossocial.

O sexto assalto aconteceu poucos meses depois. No início de 2016, “J.” realizava uma entrega e, quando voltou ao veículo, percebeu dois rapazes aproximarem-se dele. Dessa vez, começou a correr, na tentativa de fugir. Disse ter tido uma reação instantânea, sobre a qual pareceu nem ter chegado a pensar. Devido a tamanho medo, ele sentiu ter corrido antes mesmo de ter certeza de que se tratava de outro assalto. Enquanto corria, um dos rapazes gritou-lhe para que parasse, pois estava armado. Foi obrigado a se deitar no chão e a mercadoria foi roubada. Não foi surpreendido nessa ocasião, o que, segundo relatou, já havia prometido a si mesmo. Teve de registrar o Boletim de Ocorrência Policial. Foi afastado por alguns dias.

Dois dias após esse assalto, foi realizado o primeiro atendimento ao trabalhador e, na semana seguinte, o segundo atendimento. Nesses atendimentos, foram resgatados a sua história ocupacional, os aspectos ligados à sua história de vida e aos seus recursos positivos. Foi realizado também o reprocessamento da experiência traumática vivida como supervisor.

Com o objetivo de evitar a reexposição do trabalhador a situações semelhantes, como as de assaltos ou de pressões organizacionais, foi encaminhado um documento para a empresa, recomendando que o profissional dos Correios fosse consultado quanto às suas necessidades de transferência para outro setor. “J.” relatou ter se sentido mais tranquilo com a possibilidade de remanejamento, fato que foi, posteriormente, referendado por seu supervisor. Afirmou perceber, entretanto, que seu organismo já havia criado “*anticorpos*” para lidar com os assaltos, já conseguindo, inclusive, trabalhar nas “*áreas de risco*”. Todavia, a mudança de setor não foi feita em tempo hábil e o trabalhador enfrentou o sétimo assalto.

No sétimo assalto, “J.” estava saindo do veículo para realizar uma entrega. Analisou a situação do entorno, visualizou uma idosa, três adolescentes conversando de forma “*descontraída*” e outras pessoas que, aparentemente, não representavam uma ameaça.

No entanto, logo que desceu do veículo e foi buscar as mercadorias, um dos adolescentes encostou um revólver em sua barriga e anunciou o assalto, obrigando-o a entregar a chave do carro, o qual foi roubado com todas as encomendas. No momento do

assalto, percebeu-se com as pernas um pouco trêmulas e sentiu os efeitos de adrenalina, taquicardia e tensão. Informou a um comerciante próximo que havia sido assaltado; depois, comunicou à Polícia Militar e à sua gerência nos Correios. Sentou-se na calçada e utilizou a técnica do “lugar seguro”, a qual foi ensinada no primeiro atendimento clínico realizado¹⁵. Por alguns instantes, fechou os olhos e resgatou as imagens, as emoções, as sensações no corpo, além das crenças positivas associadas a essa memória (“*estou seguro, estou tranquilo, estou em paz*”). Com o efeito da técnica, voltou a se sentir tranquilo, conseguindo reduzir os níveis de excitabilidade e tensão decorrentes da experiência vivida. Disse ter até ficado um pouco assustado com o fato de conseguir lidar de forma tão tranquila com o acontecimento. Avaliou que, nesse assalto, “*alguma coisa foi diferente*”, algo havia mudado em seu “*jeito*”, pois não sentiu o pavor e o pânico vivenciados em assaltos anteriores¹⁶, apesar das reações comuns de ansiedade, medo e tensão.

Avaliou-se não ser necessário realizar o reprocessamento dessa experiência naquele dia. “J.” informou nível de perturbação SUDS=1 em relação a esse assalto, por conta de haver uma arma de fogo na circunstância. Foi combinado que o assunto seria retomado na sessão seguinte, depois da mudança de setor.

¹⁵ A técnica do “lugar seguro” consiste na criação de uma metáfora cognitiva baseada em experiências do próprio sujeito, tendo por objetivo a alteração do estado emocional imediato. Na sessão psicoterápica, o terapeuta auxilia o cliente a criar um “lugar seguro”, reunindo elementos de diferentes dimensões (afetivas, cognitivas e físicas), convidando-o a imaginar um lugar onde se sinta seguro, tranquilo e em paz. Foi utilizado o EMDR, com movimentos bilaterais lentos, para reforçar as sensações positivas experimentadas pelo trabalhador, o que, geralmente, resulta em uma redução significativa do desconforto e da ansiedade imediatos.

¹⁶ Além do efeito do reprocessamento da experiência traumática vivida como supervisor, há que se contar ainda com o possível efeito do “lugar seguro”. Note-se que os estudos neurobiológicos sobre o TEPT revelam que, se por um lado, a resposta ao estresse pode facilitar a sobrevivência, por outro, ela pode igualmente “resultar na formação de redes neuronais que facilitam memórias intrusivas e sintomas associados de hipervigilância [...]” (QUEVEDO et al., 2003, p. 26). É o que aconteceria, por exemplo, no TEPT: “as memórias traumáticas tornam-se indelévels, sendo resistentes à extinção” (GRAEFF, 2003, p. 23). O processo de desenvolvimento do TEPT seria facilitado pela “hiperativação simpático-adrenal associada à hipofunção do eixo hipotalâmico-pituitária-adrenal (HPA)” (GRAEFF, 2003, p. 22), eixo hormonal do estresse, cujo funcionamento é modulado por estruturas límbicas, como amígdala e hipocampo (p. 22). De acordo com Graeff (2003), em relação ao TEPT, aventa-se a hipótese de que o “excesso de catecolaminas por ocasião do trauma, não refreado pelos corticoides, levaria à consolidação excessiva das memórias traumáticas” (p. 23). Em pacientes com TEPT, os níveis de cortisol, mediador neuroquímico que parece ter a função de ajudar a conter a ativação simpática (aumento da frequência cardíaca, pressão arterial e glicemia), encontram-se reduzidos (RAMOS, 2005). Nesse sentido, agindo a fim de se tranquilizar, pode-se afirmar que o paciente contribuiu para reduzir o nível de estresse decorrente da experiência vivida e, conseqüentemente, contribuiu para conter a ativação do sistema simpático. A hipótese de Ramos (2005) a respeito do funcionamento neurobiológico do TEPT pode se revelar adequada, nesse caso. Segundo o autor, o TEPT está “associado a um estado de alerta e medo sustentado que se seguiria ao evento traumático” (RAMOS, 2005, p. 79).

A TRANSFERÊNCIA DA ÁREA DE ENTREGA DE CORRESPONDÊNCIAS E MERCADORIAS

Na sessão seguinte, o trabalhador relatou ter sido transferido para realizar entregas em outra região, acompanhado de um colega, este último incumbido de lhe ensinar a rota. “J.” avaliou isso positivamente. Entretanto, quando começou a trabalhar, percebeu que estava se sentindo muito perturbado no novo espaço de entregas. Sentiu-se incomodado com a postura “*tranquila*” e “*relaxada*” de seu colega. Como se tratava de uma área em relação à qual não havia registros de assaltos, entendia perfeitamente a postura do colega, mas não conseguia se sentir tranquilo como ele. Cada veículo automotor ou motocicleta que parava ao lado do carro de entregas já provocava reações sobressaltadas em “J.”. Disse estar tentando se adaptar a uma região onde não há assaltos. Sentiu-se deslocado e assustado com o fato de os colegas trabalharem muito à vontade. Mencionou que espera conseguir trabalhar tranquilo, mas sentiu estar em “*alerta vermelho*” o tempo todo (hipervigilância). Relatou medo de “*baixar a guarda!*” e sofrer novo assalto. Afirmou estar com sintomas de um “*pré-assalto*” (tensão, hipervigilância, reações de sobressalto). Sentiu que seu desempenho esteve prejudicado, porque gastou toda sua energia prestando atenção excessiva a detalhes (“*fico com a atenção difusa demais...*”).

Foram analisados junto a “J.” os aprendizados obtidos nas experiências difíceis que enfrentara e a sua adequação às situações atuais. Entre elas: o que, de fato, seria possível prever, antecipar ou imaginar? Quais ações lhe pareciam adequadas e proporcionais; quais lhe pareciam perturbadoras? Com o uso de metáforas cognitivas, o trabalhador foi auxiliado a perceber o grau de alerta em que se encontrava a cada momento da jornada de trabalho e de seu dia. Em seguida, foi realizado o reprocessamento das experiências dos assaltos sofridos, rastreando a origem dos sintomas de “*pré-assalto*” que o incomodavam, como: hipervigilância (“*fico igual a um passarinho*”, “*em alerta vermelho o tempo todo*”), reações de sobressalto e tensão (“*passa uma moto do lado ou um carro preto eu já dou aquele pulo pra trás, e grito: vão embora que é assalto!*”).

O TRATAMENTO DO TRABALHADOR COM O *EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING* (EMDR)

No tratamento com o EMDR, não basta, evidentemente, utilizar a técnica sem o estabelecimento de uma relação de empatia, apoio e confiança, o que configura um *setting* psicológico adequado à ressignificação de experiências traumáticas.

Após a construção do vínculo psicoterapêutico, foi elaborado, com base na análise dos relatos de “J.”, um mapa conceitual (Figura 1) que traduz as conexões entre as três experiências traumáticas vividas, consideradas determinantes pelo próprio trabalhador, bem como os sintomas de seu adoecimento. Foram selecionadas, então, as experiências consideradas como “alvos” do método de reprocessamento de traumas, esquematizadas a seguir:

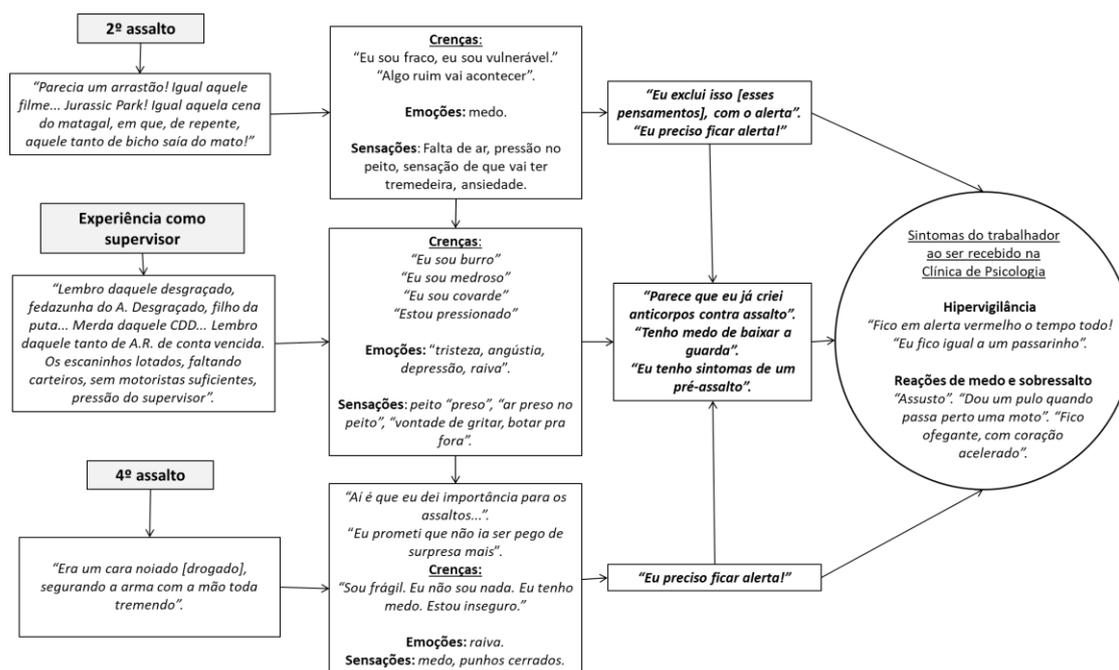


Figura 1. Mapa conceitual das experiências traumáticas e das suas respectivas relações com o processo de adoecimento

Após ser compreendida a sequência de experiências enfrentadas pelo trabalhador, foram definidas, conjuntamente, algumas metas para o processo terapêutico. A primeira delas era o reprocessamento da experiência vivida como supervisor, cuja lembrança suscitava sentimentos perturbadores durante o trabalho, tais como sensação de “*pressão no peito, tensão, insônia*”. Segundo ele mesmo afirmou, aquela teria sido sua “*pior experiência com pessoas*” em sua vida. Quando perguntado sobre as sensações desagradáveis que sentia em

seu corpo e sobre os pensamentos perturbadores, a experiência como supervisor sempre se apresentava no relato do trabalhador, razão pela qual foi decidido, conjuntamente, começar por esse reprocessamento.

Em sequência, passou-se ao reprocessamento do quarto assalto enfrentado por “J.”, pois ele relatava sentir sintomas de um “*pré-assalto*”, expressão entendida aqui como adequada, haja vista que no TEPT há, justamente, manifestações clínicas que se enraízam na experiência traumática. Era isso o que lhe acometia quando estava trabalhando. “J.” narrou uma cena recente, em que uma mulher desceu o vidro de seu carro preto para fazer uma pergunta e ele, sentindo-se em “*alerta vermelho*”, gritou para o colega: “*bora, bora que é assalto!*”. Sentiu-se ofegante, desconfiado, nervoso e “*pilhado*”, receando que algo ruim pudesse lhe acontecer.

No reprocessamento do quarto assalto, foi trabalhada a crença negativa “*sou frágil, sou nada*”, a partir das imagens mais perturbadoras para “J.”, a saber: “*o rapaz drogado, noiado, com a mão tremendo com a arma*”. Essa experiência, conforme havia relatado, constituiu o momento em que deu “*importância para os assaltos*”, “*teve medo de verdade*” e, também, prometeu para si mesmo que não iria “*ser pego de surpresa*” novamente.

A raiva apareceu no decorrer do reprocessamento como resposta à situação enfrentada e, ao mesmo tempo, como sentimento dirigido contra si mesmo, por não “*ter feito nada*” e por “*não ter segurança*” para trabalhar.

Depois de várias séries de movimentos bilaterais, o trabalhador, revisitando a experiência traumática, pôde perceber sua ação de forma diferente: “*Aconteceu igual aquele programa do Fantástico, da Globo (Rede Globo)! 'Você só tem uma chance e tem três opções de reagir'. Eu podia ter dado um murro na cabeça dele, ter jogado no carro ou não fazer nada. Apareceu pra mim (risos) assim: 'Parabéns, você tirou um dez!' A resposta é a letra 'C'!!! Acertou a questão! Fiz o certo!*”.

Relatou, em seguida, redução significativa do incômodo quanto à experiência vivida (SUDS=4), dizendo sentir-se incomodado apenas por pensar que “*em todo assalto vai ter sempre uma arma*”.

Em seguida, prosseguiu-se para o reprocessamento de quando “J.” sentiu a sensação ruim em relação à arma pela primeira vez, isto é, no segundo assalto.

Sobre esse episódio, o trabalhador lembrou-se de ter ficado sob a mira de um revólver: “*O menino apontou pra minha testa!*”. Isso teria deixado “J.” mais alerta. Ao se lembrar da

cena, sentiu forte ansiedade e identificou como crenças negativas: “*Eu sou fraco*”, “*vulnerável*” e, principalmente, “*Estou em alerta*”. Explicou que a vulnerabilidade sentida suscitou a reação de “*alerta*” e, ao mesmo tempo, sentiu evitar a sensação de vulnerabilidade permanecendo em alerta constante.

Sobre o episódio do segundo assalto, “J.” tinha a seguinte imagem: “*igual a cena de um arrastão em praia. Igual ao Jurassic Park, àquela cena dos bichos saindo do mato naquele escuro...*”. Relatou sentir “*tremedeira*”, “*falta de ar*”, “*pressão no peito*”, “*sintomas de um pré-assalto*”. Teve o desejo de acreditar que “*Isso já passou*”, “*Eu já superei*” (crenças positivas).

Após a primeira série de movimentos bilaterais, relatou ter revivido a surpresa da cena. Com novas séries, lembrou-se de que não teve medo e foi trabalhar no outro dia. Foi solicitado ao trabalhador que realizasse o “escaneamento corporal” à procura de qualquer expressão de mal estar. Não tendo sido relatadas outras perturbações, foi encerrada essa fase do protocolo do EMDR.

Na sequência, foi iniciada a fase de “projeção de futuro” do protocolo do EMDR, incentivando o trabalhador a se imaginar no contexto laboral novamente. As crenças positivas desejadas e relatadas por ele foram fortalecidas com a estimulação bilateral, até que o trabalhador relatasse se sentir capaz de retornar ao trabalho e à sua vida, sem se manter em estado de “*alerta vermelho*” ou “*estressado o tempo todo*”.

A AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO

Sendo o EMDR uma técnica ainda pouco difundida no Brasil, sobretudo no meio acadêmico, julga-se sensato proceder a uma avaliação dos efeitos obtidos no tratamento clínico. Para isso, além das observações terapêuticas, foi solicitado aos profissionais que encaminharam o trabalhador, assim como ao próprio sujeito atendido, que dessem um retorno sobre os efeitos do tratamento realizado.

Na avaliação feita pelos profissionais que encaminharam o trabalhador, registrou-se:

“O Sr. “J.” foi atendido por nós no dia 02/03/2016. Percebemos que o empregado ficou muito satisfeito com o tratamento pós-assalto e estava tranquilo ao falar sobre o evento traumático. O empregado elogiou muito o atendimento recebido na PUC. Inclusive, o Sr. “J.” foi assaltado dia 01/03/2016 e disse que se sentiu mais calmo, menos apreensivo comparado ao assalto anterior. Revelou na ocasião que ele está

divulgando entre colegas de trabalho o quão significativo foi o atendimento psicológico recebido na PUC”.

Na avaliação feita pelo próprio trabalhador, em formulário específico contendo seis questões, registraram-se as seguintes respostas:

1. O que te levou a procurar a Clínica de Psicologia?

“A insegurança, o mal estar, os tremores nos joelhos, medo de continuar efetuando entregas de encomendas dos Correios devido aos 7 assaltos sofridos por mim. Um aperto forte no peito também me incomodava muito”.

2. Indique, de 0 a 10, o grau de perturbação que você sentia em relação às questões que lhe trouxeram para a Clínica de Psicologia, sendo 0= “nenhuma perturbação” e 10= “o máximo de perturbação que você pode imaginar”.

“Com certeza o grau 10. Nunca havia passado por tamanho trauma”.

3. Como você avalia o estado de saúde que apresentava quando chegou à Clínica de Psicologia para tratamento?

“Muito abatido, com depressão, emagrecimento, falta de apetite, insônia, sonhos perturbadores, medo de pessoas estranhas e carros e motos estranhos ao meu redor”.

4. Como você avalia seu estado de saúde após o tratamento? Descreva, com detalhes.

“Absurdamente favorável para a melhora. Foi incrível a atenção dada pelo psicólogo, bem como seus métodos de relaxamento, entre eles o melhor, o “lugar seguro”. É fantástico como funciona bem!”

5. Qual foi, em sua percepção, o efeito de cada uma das técnicas utilizadas (escuta e intervenção clínica, reprocessamento por meio de movimentos oculares bilaterais) durante seu tratamento nesta Clínica de Psicologia?

“As técnicas proporcionaram vários estágios de melhora no tratamento, inclusive com o adiantamento, se assim posso dizer, de algumas situações, nas quais, por exemplo, eu fiquei olhando para mim mesmo e vendo o que eu estava fazendo e me orientando. Assim, antecipei uma etapa que o psicólogo iria utilizar. Foi o máximo!”

6. Como você avalia os efeitos do tratamento realizado na sua saúde, no seu trabalho e na sua vida, em geral? Descreva.

“Melhora em todos os sentidos. Minha família percebeu a mudança e ficou alegre, eu comecei a trabalhar com o mesmo jeito de antes, senti segurança, as reações do corpo desapareceram. Os próprios colegas perceberam a mudança, pois, segundo eles, eu estava igual a um zumbi, com o olhar vago, sem dar atenção e muito desmotivado a ir para a rua”.

Voltou-se a conversar com o trabalhador um mês após o final do tratamento. “J.” relatou continuar se sentindo “ *muito bem*”, “*ótimo*” no desempenho de sua atividade profissional, sem as perturbações mencionadas quando do início de seu acompanhamento clínico.

ANÁLISE DO CASO: SAÚDE E SEGURANÇA, UMA TEMÁTICA AINDA NEGLIGENCIADA

Não obstante os assaltos tenham se tornado frequentes no cotidiano profissional dos agentes da ECT, como revelam os dados epidemiológicos apresentados e o caso clínico de “J”, a temática da saúde e segurança dos trabalhadores parece não receber a atenção necessária por parte dos responsáveis. Os agentes que chegam até o atendimento clínico queixam-se de não serem amparados após enfrentarem situações de assalto. Dizem ser “*interrogados*” como se tivessem participação nos assaltos e sentem a desconfiança por parte de suas respectivas chefias e dos órgãos de polícia. Às situações potencialmente traumáticas dos assaltos soma-se, então, uma abordagem inapropriada, do ponto de vista da saúde mental, e constrangedora, do ponto de vista dos trabalhadores.

A parceria estabelecida entre a Clínica de Psicologia da PUC Minas e o Serviço de Apoio Social e Psicológico da ECT revela o interesse imediato dos profissionais desse último setor de contribuir para a prevenção dos transtornos mentais e comportamentais que atingem os trabalhadores. Todavia, apesar da relevância do atendimento clínico prestado a essa população, essa prática, isoladamente, sem o investimento, por parte da ECT, em estratégias e dispositivos que visem a inibir ou evitar os assaltos, resulta em um meio paliativo para mitigar o sofrimento dos trabalhadores, deixando intacta a origem dos problemas enfrentados pelos agentes. Pode-se afirmar que os assaltos, no caso dos Correios, configurados como uma modalidade de violência relacionada ao trabalho, constituem-se como um problema epidêmico e requerem o esforço conjunto dos órgãos públicos e da ECT para seu enfrentamento.

O fato de os veículos dos Correios, na visão dos agentes, não possuírem equipamentos capazes de inibir a ocorrência de assaltos e de registrar as ações criminosas, além de repercutir na saúde dos trabalhadores, podem prejudicar o avanço das investigações dos órgãos de polícia responsáveis.

A urgência e a prioridade dadas à produtividade e ao atingimento de metas contribuem para que as situações de violência no trabalho passem a ser concebidas como “normais” ou, pelo menos, como “parte do trabalho”, em uma atitude que banaliza, definitivamente, as experiências traumáticas enfrentadas pelos trabalhadores. “J.” sintetizou bem isso, relatando que o médico do trabalho de sua empresa deu ao trabalhador dois atestados médicos após ele ter sofrido o sexto assalto. Segundo o médico, um dos atestados, que previa 7 dias de

afastamento, era para ser utilizado imediatamente, enquanto o outro era para ser usado no próximo assalto.

No que concerne ao desenvolvimento do TEPT, os atendimentos clínicos realizados, em especial, o que foi exposto neste artigo, sintetiza a etiologia dos sintomas, ilustrada na Figura 1. Cumpre observar, porém, que mais do que compreender a perturbação como uma “entidade nosológica”, a perspectiva aqui exposta propõe a volta para a história do sujeito¹⁷. O TEPT mostra-se, no caso estudado, como um processo que constitui uma **supercompensação psicológica**, por meio da qual o indivíduo produz defesas que não apenas o protegem contra uma ameaça futura, mas, paradoxalmente, o esgotam. Isso é bem retratado no relato de “J.”: *“já produzi anticorpos contra os assaltos”*. “Anticorpos”, no entanto, que o impedem de realizar seu trabalho e de se sentir em paz em outros contextos, diferentes daquele repleto de riscos. Trata-se de um **colapso de defesas**, nos termos utilizados na tese de doutorado sobre a etiologia dos traumas e do TEPT nos contextos de trabalho (VIEIRA, 2014).

O processo ilustrado sintetiza o encadeamento das experiências e de seu resultado. A vivência como supervisor vincula-se aos assaltos pela sensação de estar *“pressionado”*, conforme relatado pelo trabalhador e, ainda, pelo medo e sensação de impotência para reagir. Observa-se, também nesse caso, que a “atividade impedida” (CLOT, 2010) converteu-se em ruminacões, que assediavam o sujeito, e em sentimentos “mortificantes”. A raiva reprimida na experiência como supervisor e no quarto assalto não cessou, pelo contrário, continuou a ter graves efeitos sobre a saúde do trabalhador. A atividade profissional desempenha, assim, um papel relevante no desenvolvimento dos traumas psicológicos e dos sintomas, como discutido em outra obra (VIEIRA, 2014).

Na análise psicopatológica, vê-se a importância de compreender o processo de transformação da história do sujeito, bem como o papel das experiências passadas e atuais na complexa e dinâmica trama dos processos de adoecimento, ao invés de apenas procurar por “predisposições”. Parece, então, que Le Guillant (2006) estava certo ao dizer que o estudo psicopatológico deve se debruçar sobre a história individual, sem ignorar as dimensões subjetivas e objetivas dessa história. Compreendendo os modos de julgamento e de comportamento do indivíduo, suas “representações do mundo”, construídas ao longo de sua

¹⁷ Por convenção de linguagem, utiliza-se a terminologia da CID. É preciso destacar, porém, que, por detrás do que se convencionou chamar de “TEPT”, há sempre uma história individual, vivida em um meio social, com suas respectivas possibilidades, dramas e constrangimentos.

história (LE GUILLANT, 2006), é possível entender a importância e o impacto de certas experiências na vida do indivíduo observado. Como afirma 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. Assim, não é a condição social em si que é patogênica, mas, sobretudo, “suas discordâncias, os conflitos que ela contém e impõe ao sujeito” (LIMA, 2010, 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 perspectiva desse autor, como uma “expressão do drama humano”, com toda a sua significação emotiva (LE GUILLANT, 2006, p. 285).

Não se pode, por isso, afirmar que os modos de reação de um indivíduo a certas situações potencialmente traumáticas e os efeitos psicopatológicos vividos refiram-se, exclusiva e unicamente, à individualidade, à personalidade e a fatores intrapessoais e subjetivos, vistos como entidades em si e apartados do meio social. Esse tipo de análise psicopatológica que produz uma ruptura entre o sujeito e seu meio resulta na afirmação de uma subjetividade hipostasiada, desvinculada e desenraizada da vida social e material. A compreensão de fenômenos subjetivos deve se dar por meio da apreensão da subjetividade concreta, aquela que se efetiva na atividade (realizada ou impedida) do sujeito, no mundo concreto, efetivo (social, histórico e material).

No caso clínico analisado, vale destacar ainda o papel do “susto” e de seu respectivo impacto sobre o poder de ação do indivíduo em face da situação potencialmente traumática. Freud e Breuer (1893/1996) afirmam, em certo momento, que certas lembranças traumáticas podem persistir em virtude de terem se originado “durante a prevalência de afetos gravemente paralisantes, tais como o susto, ou durante estados psíquicos positivamente anormais, como o estado crepuscular semi-hipnótico dos devaneios, a auto-hipnose, etc” (FREUD & BREUER, 1893/1996, p. 46), estados nos quais a reação foi impossibilitada. Além disso, os autores afirmam que as duas condições podem ser concomitantes, de tal forma que um trauma pode sobrevir enquanto o sujeito vive um afeto paralisante. Contudo, também pode ocorrer que um “trauma psíquico produza um desses estados anormais, o que, por sua vez, torna a reação impossível” (FREUD & BREUER, 1893/1996, p. 46). Observa-se, pois, que, nesse caso em particular, a reação impedida também é apontada por Freud e Breuer como um dos elementos associados à experiência traumática. Na análise clínica aqui mencionada, entende-se, de

forma similar, que “o que é afastado nem por isso é abolido e continua agindo na história presente e por vir” (CLOT, 2010, p. 66).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo reforça, mais uma vez, a importância do suporte psicológico imediato, como estratégia de prevenção ao TEPT, aos trabalhadores que enfrentam situações potencialmente traumáticas. Tal recomendação é sistematicamente reiterada pela literatura científica, havendo um consenso de que as intervenções terapêuticas efetuadas logo após essas situações constituem uma forma eficaz de prevenir o surgimento desse transtorno (BARLOW & DURAND, 2008; MATOS, 2009; VIEIRA NETO, 2005; SCHAEFER, LOBO & KRISTENSEN, 2012).

Todavia, ainda que seja indispensável prestar assistência psicológica aos trabalhadores que enfrentam situações potencialmente traumáticas, convém lembrar que, em se tratando de problemas relacionados ao contexto laboral, as intervenções voltadas para os indivíduos devem ser sempre seguidas por medidas que visem à transformação das condições de trabalho, saúde e segurança. Essa ideia é reforçada aqui, por entender que o tratamento individual, embora fundamental, não atinge a raiz do problema, no caso em discussão, os assaltos praticados contra os trabalhadores da ECT. Tal orientação vale para os profissionais da psicologia e da saúde mental, em geral, para que evitem a adoção de métodos que visam, única e restritamente, à promoção da “resiliência” dos trabalhadores, sem se atentarem para a necessidade de enfrentar os problemas em suas respectivas origens. Sobre isso, destaca-se Clot (2005) quando alerta para o problema da “perfusão psicológica”, mecanismo pelo qual a psicologia pode contribuir para que o sujeito extraia cada vez mais recursos de si mesmo para “suportar o insuportável”. E, ainda, o que Vieira (2014) já pontuou em outro momento:

(...) além das medidas que podem ser adotadas quando os trabalhadores passam por situações potencialmente traumáticas, consideramos essencial que a prevenção seja dirigida também à tentativa de 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, como discutimos anteriormente (VIEIRA, 2014, p. 257).

Nessa direção, urge estudar medidas de prevenção direta e indireta aos assaltos, bem como de propostas capazes de atenuar o impacto das experiências de assalto enfrentadas.

Nada isenta a urgência dessa discussão, se a vida e a saúde dos trabalhadores forem, de fato, um valor prioritário.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. 2004. Disponível em: <http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=1670530#52303>. Acesso em 15 fev. 2019.

BARLOW, D. H.; DURAND, M. **Psicopatologia: uma abordagem integrada**. São Paulo: Cengage Learnig, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 15 fev. 2019.

BUCASIO, Erika et al. Transtorno de estresse pós-traumático como acidente de trabalho em um bancário: relato de um caso. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.27, n.1, p. 86-89, jan./abr., 2005.

CÂMARA FILHO, J. W. S.; SOUGEY, E. B. 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**, Rio de Janeiro, v.53, n.1, p. 58-66, 2004.

CLOT, Y. **Revue Psycho Media**, n. 2, jan./fev., 2005.

CLOT, Y. **Trabalho e poder de agir**. Tradução de Guilherme Teixeira, Marlene M. Zica Vianna. Belo Horizonte, Fabrefactum, 2010.

CONTRAF-CUT, CNTV E FEDERAÇÃO DOS VIGILANTES DO PARANÁ. Pesquisa Nacional de Ataques a Bancos. Disponível em: <http://www.contrafcut.org.br/publicacoes?q=ataques>>. Acesso em 7 abr. 2016.

DORIGO, J. N.; LIMA, M. E. A. O transtorno de estresse pós-traumático nos contextos de trabalho: reflexões em torno de um caso clínico. **Caderno de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v.10, n.1, p.55-73, jun., 2007.

E-BIT/BUSCAPÉ COMPANY. WebShoppers. 33. ed. Disponível em: http://img.ebit.com.br/webshoppers/pdf/33_webshoppers.pdf>. Acesso em 17 mar. 2016.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES EM CORREIOS, TELÉGRAFOS E SIMILARES (FENTECT). 2016. Disponível em: <http://www.fentect.org.br/busca/?q=assalto>>. Acesso em 21 abr. 2016.

FREUD, S.; BREUER, J. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: Comunicação preliminar. In: Estudos sobre a histeria Josef Breuer e Sigmund Freud. **Obras**

psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Tradução de J. Salomão. vol. 02. Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1893), 1996, p. 39-53.

GRAEFF, F. G. Bases biológicas do transtorno de estresse pós-traumático. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 25, supl. I, p.21-24, 2003.

HÖGBERG, G. et al. Treatment of post-traumatic stress disorder with eye movement desensitization and reprocessing: outcome is stable in 35-month follow-up. **Psychiatry Res.** v.159, n.1-2, p.101-108, 2008.

LE GUILLANT, L. Introdução a uma psicopatologia social. In: LIMA, M. E. A. (Org.). **Escritos de Louis Le Guillant: da ergoterapia à psicopatologia do trabalho.** Tradução de Guilherme Teixeira. São Paulo: Vozes, 2006, p. 23-74.

LE GUILLANT, L. O Caso de Marie. In: Lima, M. E. A. (Org.). **Escritos de Louis Le Guillant: da ergoterapia à psicopatologia do trabalho.** Tradução de Guilherme Teixeira. São Paulo: Vozes, 2006, p. 331-348.

LIMA, M. E. A. Prefácio. In: CLOT, Y. (Ed.). **Trabalho e poder de agir.** Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010, p. 7-17.

MACDONALD, H. A.; COLOTLA, V.; FLAMER, S.; KARLINSKY, H. Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in the Workplace: A Descriptive Study of Workers Experiencing PTSD Resulting From Work Injury. **Journal of Occupational Rehabilitation**, v.13, n.2, p.63-77, jun., 2003.

MATOS, C. A. **Transtorno de Estresse Pós-traumático: a importância da rede de apoio à vítima.** Monografia de Conclusão de Curso, Programa de Especialização em Psicologia do Trabalho, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

MILET, N. C.; SOUGEY, E. B. Prevalência de Transtorno de Estresse Pós-traumático em equipe do Salvamento Marítimo do Corpo de Bombeiros Militares em Pernambuco e breve estudo sociodemográfico. **Neurobiologia**, v.73, n.2, p.89-98, abr./jun., 2010.

NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE. **Post-traumatic stress disorder (PTSD): the treatment of PTSD in adults and children.** 2005. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG026publicinfo.pdf>>. Acesso em 15 fev. 2019.

OLIVEIRA, R.P & NUNES, M.O. Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.17, n.4, p.22-34, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID-10. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10. rev. Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças, em Português. São Paulo: Edusp, 1994.

QUEVEDO, J. et al. Consolidação da memória e estresse pós-traumático. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 25, Suppl. 1, p.25-30, 2003.

RAMOS, R. T. Bases biológicas do TEPT. In: NETO, O. V.; VIEIRA, M. S. **Transtorno de Estresse Pós-traumático: uma neurose de guerra em tempos de paz**. São Paulo: Vetor, 2005, p. 77-85.

SANTOS JÚNIOR, EA & DIAS, EC. Violência no trabalho: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte, v.2, n.1, p. 36-54, 2004.

SCHAEFER, L. S.; LOBO, B. O. M.; & KRISTENSEN, C. H. Transtorno de Estresse Pós-traumático decorrente de acidente de trabalho: implicações psicológicas, socioeconômicas e jurídicas. **Estudos de Psicologia**, v.17, n.2, p.329-336, mai./ago., 2012.

SHAPIRO, F. **EMDR – Dessensibilização e Reprocessamento Através dos Movimentos Oculares**. Rio de Janeiro: Editora Nova Temática, 2001.

SINDICATO DOS BANCÁRIOS DE BELO HORIZONTE E REGIÃO. 2016. **Estatísticas de Assaltos a Bancos**. Disponível em: <<http://bancariosbh.org.br/indices/assaltos/>>. Acesso em 10 jun. 2016.

SOLVEY, P.; SOLVEY, R. C. F.; ARAZI, D.; & SEGAT, I. L. EMDR: fundamentos e generalidades. In: LESCANO, R. (Org.). **Trauma e EMDR: uma nova abordagem terapêutica**. Brasília: Nova Temática, 2007.

SUBSTANCE ABUSE & MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. NATIONAL REGISTRY OF EVIDENCE-BASED PROGRAMS AND PRACTICES. 2012. **Eye Movement Desensitization and Reprocessing**. Disponível em: <<http://nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=199>>. Acesso em 17 fev. 2019.

TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 4ª REGIÃO. Assalto: acidente de trabalho e dano moral. Jus Navigandi, Teresina, ano 16, n. 2905, 15 jun., 2011. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/19354>>. Acesso em 15 fev. 2019.

VIEIRA NETO, O. Transtorno de estresse pós-traumático: etiologia, conceito, prevalência. In: VIEIRA NETO, O., & VIEIRA, C. M. S. (Orgs.). **Transtorno de estresse pós-traumático: uma neurose de guerra em tempos de paz**. São Paulo: Vetor, 2005. p. 29-76.

VIEIRA, CEC et al. Violência relacionada ao trabalho e a importância dos primeiros auxílios psicológicos. In: Fonseca, JCF, Sales, MM & Vieira, CEC (Orgs.). **Psicologia do Trabalho e das Organizações: encontros, olhares e desafios**. 1. ed. Curitiba: CRV, 2014, p.65-84.

VIEIRA, CEC, LIMA, FPA & LIMA, MEA (Orgs.). **O cotidiano dos vigilantes: trabalho, saúde e adoecimento**. Belo Horizonte: Fumarc, 2010.

VIEIRA, CEC. **Traumáticas no Trabalho: uma nova leitura do Transtorno de Estresse Pós-traumático**. Curitiba: Juruá, 2014.