

FERNANDA MARIA CORDEIRO SANTOS
SUENYA TALITA DE ALMEIDA



SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR COMO DIREITO FUNDAMENTAL:

DESAFIOS JURÍDICOS E POLÍTICAS
DE INCLUSÃO SOCIAL NO BRASIL



SÃO PAULO | 2026

FERNANDA MARIA CORDEIRO SANTOS
SUENYA TALITA DE ALMEIDA



SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR COMO DIREITO FUNDAMENTAL:

DESAFIOS JURÍDICOS E POLÍTICAS
DE INCLUSÃO SOCIAL NO BRASIL



SÃO PAULO | 2026

1.^a edição

Autoras

Fernanda Maria Cordeiro Santos
Suenya Talita de Almeida

**SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR COMO DIREITO
FUNDAMENTAL: DESAFIOS JURÍDICOS E POLÍTICAS DE
INCLUSÃO SOCIAL NO BRASIL**

ISBN 978-65-6054-334-8



SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR COMO DIREITO
FUNDAMENTAL: DESAFIOS JURÍDICOS E POLÍTICAS DE
INCLUSÃO SOCIAL NO BRASIL

1.^a edição

SÃO PAULO
EDITORA ARCHÉ
2026

Copyright © dos autores e das autoras.

Todos os direitos garantidos. Este é um livro publicado em acesso aberto, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original seja corretamente citado. Este trabalho está licenciado com uma Licença *Creative Commons Internacional* (CC BY- NC 4.0).



**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

S237s Santos, Fernanda Maria Cordeiro, 1958-
Saúde mental do trabalhador como direito fundamental [livro eletrônico] : desafios jurídicos e políticas de inclusão social no Brasil / Fernanda Maria Cordeiro Santos, Suenya Talita de Almeida. – 1. ed. – São Paulo, SP: Editora Arché, 2026.

Formato: ePUB

Requisitos de sistema: Adobe Digital Editions

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN 978-65-6054-334-8

1. Saúde mental – Trabalhadores – Brasil. 2. Direitos fundamentais – Políticas públicas. 3. Sofrimento psíquico – Inclusão social. 4. Trabalho digno – Aspectos jurídicos. I. Almeida, Suenya Talita de. II. Título.

CDD 344.01

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Revista REASE cancelada pela Editora Arché.

São Paulo- SP

Telefone: +55 55(11) 5107-0941

<https://periodicorease.pro.br>

contato@periodicorease.pro.br

1ª Edição- *Copyright*© 2026 dos autores.

Direito de edição reservado à Revista REASE.

O conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade do (s) seu(s) respectivo (s) autor (es).

As normas ortográficas, questões gramaticais, sistema de citações e referenciais bibliográficos são prerrogativas de cada autor (es).

Endereço: Av. Brigadeiro Faria de Lima n.º 1.384 — Jardim Paulistano.

CEP: 01452 002 — São Paulo — SP.

Tel.: 55(11) 5107-0941

<https://periodicorease.pro.br/rease>

contato@periodicorease.pro.br

Editora: Dra. Patrícia Ribeiro

Produção gráfica e direção de arte: Ana Cláudia Néri Bastos

Assistente de produção editorial e gráfica: Talita Tainá Pereira Batista

Projeto gráfico: Ana Cláudia Néri Bastos

Ilustrações: Ana Cláudia Néri Bastos, Talita Tainá Pereira Batista

Revisão: Ana Cláudia Néri Bastos e Talita Tainá Pereira Batista

Tratamento de imagens: Ana Cláudia Néri Bastos

EQUIPE DE EDITORES

EDITORA- CHEFE

Dra. Patrícia Ribeiro, Universidade de Coimbra- Portugal

CONSELHO EDITORIAL

Doutoranda Silvana Maria Aparecida Viana Santos- Facultad Interamericana de Ciências Sociais - FICS

Doutorando Alberto da Silva Franqueira-Facultad Interamericana de Ciencias Sociales (FICS)

Me. Ubiranilze Cunha Santos- Corporación Universitaria de Humanidades Y Ciências Sociales de Chile

Doutorando Allysson Barbosa Fernandes- Facultad Interamericana de Ciencias Sociales (FICS)

Doutor. Avaetê de Lunetta e Rodrigues Guerra- Universidad del Sol do Paraguai- PY

Me. Victorino Correia Kinhama- Instituto Superior Politécnico do Cuanza Sul-Angola

Me. Andrea Almeida Zamorano- SPSIG

Esp. Ana Cláudia N. Bastos- PUCRS

Dr. Alfredo Oliveira Neto, UERJ, RJ

PhD. Diogo Vianna, IEPA

Dr. José Fajardo- Fundação Getúlio Vargas

PhD. Jussara C. dos Santos, Universidade do Minho

Dra. María V. Albaronedo, Universidad Nacional del Comahue, Argentina

Dra. Uaiana Prates, Universidade de Lisboa, Portugal

Dr. José Benedito R. da Silva, UFSCar, SP

PhD. Pablo Guadarrama González, Universidad Central de Las Villas, Cuba

Dra. Maritza Montero, Universidad Central de Venezuela, Venezuela

Dra. Sandra Moitinho, Universidade de Aveiro-Portugal

Me. Eduardo José Santos, Universidade Federal do Ceará,

Dra. Maria do Socorro Bispo, Instituto Federal do Paraná, IFPR

Cristian Melo, MEC

Dra. Bartira B. Barros, Universidade de Aveiro-Portugal

Me. Roberto S. Maciel- UFBA

Dra. Francisne de Souza, Universidade de Aveiro-Portugal

Dr. Paulo de Andrada Bittencourt – MEC

PhD. Aparecida Ribeiro, UFG

Dra. Maria de Sandes Braga, UFTM

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores se responsabilizam publicamente pelo conteúdo desta obra, garantindo que o mesmo é de autoria própria, assumindo integral responsabilidade diante de terceiros, quer de natureza moral ou patrimonial, em razão de seu conteúdo, declarando que o trabalho é original, livre de plágio acadêmico e que não infringe quaisquer direitos de propriedade intelectual de terceiros. Os autores declaram não haver qualquer interesse comercial ou irregularidade que comprometa a integridade desta obra.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Editora Arché declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art.º. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *ecommerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

*

Dedico este trabalho, com profundo amor e gratidão, aos meus filhos, que foram e sempre serão minha maior fonte de ensinamentos. Foram eles que me motivaram a seguir na busca pelo conhecimento e valorar a educação como caminho para o crescimento e um futuro melhor. Obrigada por acreditarem em mim mesmo nos momentos em que eu duvidei.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, fonte de sabedoria, força e serenidade, por ter me sustentado em cada etapa desta caminhada acadêmica, renovando minha fé nos momentos de cansaço e incerteza. Sem a Sua graça, nada disso teria sido possível. Expresso também minha mais profunda gratidão à minha família, base sólida que me sustentou com amor, paciência e incentivo ao longo de toda esta trajetória. À minha família, minha eterna admiração por serem meu porto seguro.

Aos meus amigos, agradeço pela companhia constante, pelos conselhos, pela escuta atenta e pelas palavras de motivação que tornaram esse processo mais leve e possível. Em cada conversa e gesto, encontrei inspiração e apoio.

À minha orientadora, Prof^{ta} Dr^a Suenya Talita de Almeida, agradeço pela disponibilidade e generosidade intelectual. Sua contribuição ultrapassa os limites da academia e deixa um legado profundo em minha formação pessoal e profissional.

Estendo meu agradecimento a todos os professores e professoras da Veni Creator Christian University, cujos ensinamentos e experiências ampliaram meu olhar crítico, instigaram reflexões essenciais e contribuíram diretamente para a construção deste trabalho. Cada aula e cada leitura foram sementes de conhecimento plantadas com zelo e excelência.

Por fim, a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste sonho, deixo aqui minha mais sincera gratidão. Este trabalho é, acima de tudo, um tributo à força da coletividade, da fé e do conhecimento.

A saúde mental está baseada em certo grau de tensão, tensão entre aquilo que já se alcançou e aquilo que ainda se deveria alcançar, ou o hiato entre o que se é e o que se deveria ser.

— VIKTOR FRANKL.

RESUMO

A presente obra investiga a saúde mental do trabalhador como um direito fundamental, abordando os desafios jurídicos e institucionais para sua efetivação no contexto das transformações contemporâneas do trabalho. Com base em uma abordagem interdisciplinar, ancorada nas Ciências Jurídicas e nas contribuições da sociologia crítica e da filosofia política, o estudo tem como objetivo central analisar a articulação entre o ordenamento jurídico, os direitos humanos e as políticas públicas voltadas à proteção da saúde psíquica no ambiente laboral. A metodologia adotada é de natureza exploratória, fundamentada em uma revisão bibliográfica e análise documental normativa. Complementarmente, a pesquisa incorpora dados estatísticos secundários, provenientes de fontes públicas oficiais como INSS, ENAP e OMS, com o objetivo de contextualizar e ilustrar os processos de adoecimento mental no ambiente de trabalho, sob perspectiva crítica. A pesquisa revela que, embora haja previsão normativa expressa sobre o direito à saúde mental no trabalho, como evidenciado na Constituição Federal de 1988, na Lei nº 8.080/1990 e nas convenções internacionais, a efetividade desse direito é frequentemente comprometida por lacunas legislativas, invisibilidade institucional do sofrimento psíquico e desarticulação das políticas públicas. O trabalho demonstra que o modelo de organização produtiva atual, marcado pela precarização, uberização e intensificação da lógica neoliberal, tem contribuído para o aumento de transtornos como burnout, depressão e ansiedade entre os trabalhadores. A análise crítica das políticas públicas, especialmente da Política Nacional de Saúde Mental e da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, evidencia avanços conceituais, mas também limitações operacionais, como baixa intersetorialidade, subfinanciamento e alcance restrito. Conclui-se que a efetivação do direito à saúde mental no trabalho exige mais que previsões normativas: requer o fortalecimento de mecanismos de responsabilização, a ampliação da escuta institucional e a implementação de políticas inclusivas que valorizem o trabalho digno como vetor de cidadania. Logo, esta pesquisa pretendeu aqui contribuir, para a construção de uma compreensão crítica e emancipadora da proteção à saúde mental no contexto laboral brasileiro.

Palavras-chave: Sofrimento psíquico. Políticas públicas. Direitos sociais. Inclusão. Trabalho digno.

ABSTRACT

This dissertation investigates workers' mental health as a fundamental right, addressing the legal and institutional challenges to its implementation in the context of contemporary transformations in the workplace. Based on an interdisciplinary approach, anchored in legal sciences and the contributions of critical sociology and political philosophy, the study's central objective is to analyze the interplay between the legal system, human rights, and external public policies regarding mental health protection in the workplace. The methodology adopted is exploratory in nature, based on a literature review and normative document analysis. Additionally, research incorporates secondary statistical data from official public sources such as INSS, ENAP, and WHO, with the aim of contextualizing and illustrating the processes of mental illness in the workplace from a critical perspective. The research reveals that, although there is express normative provision regarding the right to mental health at work, as evidenced in the 1988 Federal Constitution, Law No. 8.080/1990, and international conventions, the effectiveness of this right is often compromised by legislative gaps, the institutional invisibility of psychological distress, and the disarticulation of public policies. The work demonstrates that the current model of productive organization, marked by precariousness, uberization, and the intensification of neoliberal logic, has contributed to the increase in disorders such as burnout, depression, and anxiety among workers. A critical analysis of public policies, especially the National Mental Health Policy and the National Workers' Health Policy, highlights conceptual advances, but also operational limitations, such as poor intersectoral cooperation, underfunding, and limited scope. It is concluded that realizing the right to mental health at work requires more than normative specification: it requires strengthening accountability mechanisms, expanding institutional oversight, and implementing inclusive policies that value decent work as a driver of citizenship. Therefore, this research aims to contribute to the development of a critical and emancipatory understanding of mental health protection in the Brazilian workplace.

Keywords: Psychological suffering. Public policies. Social rights. Inclusion. Decent work.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANAMT	Associação Nacional de Medicina do Trabalho Centros de Atenção Psicossocial
CAPS	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador Consolidação das Leis do Trabalho
CERESTs	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISMA	International Stress Management Association
NRs	Normas Regulamentadoras
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIDESC	Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SIASS	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
SUS	Sistema Único de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO 01..... SAÚDE MENTAL COMO DIREITO FUNDAMENTAL DO TRABALHADOR	25
CAPÍTULO 02..... TRANSFORMAÇÕES DO TRABALHO E SOFRIMENTO PSÍQUICO: CONTRIBUIÇÕES DA FILOSOFIA E SOCIOLOGIA	54
CAPÍTULO 03..... POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE MENTAL NO TRABALHO: ENTRE A PREVISÃO LEGAL E A INCLUSÃO SOCIAL	86
CAPÍTULO 04..... RESULTADOS E DISCUSSÕES: DESAFIOS JURÍDICOS E INSTITUCIONAIS PARA A EFETIVAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO TRABALHO	115
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	150
REFERÊNCIAS	157
ANEXOS	175
ÍNDICE REMISSIVO.....	213

1.INTRODUÇÃO

O trabalho, para além de uma atividade econômica, é expressão da dignidade humana e, como tal, possui relevância constitucional e jurídica fundamental no ordenamento brasileiro. A Constituição Federal de 1988, marco jurídico e político da redemocratização do Brasil, consagra o trabalho como direito social (art. 6º), fundamento da ordem econômica (art. 170) e meio de realização da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III). Ao lado disso, estabelece como objetivo da República promover o bem de todos, sem preconceitos ou quaisquer formas de discriminação (art. 3º, IV), o que inclui a proteção integral da saúde, física e mental do trabalhador, conforme o disposto no art. 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”, ou seja, o artigo 6º inclui a saúde e o trabalho entre os direitos sociais, evidenciando a interdependência entre esses elementos na promoção do bem-estar dos cidadãos.

No entanto, embora normativamente assegurada, a efetivação desse direito encontra diversos entraves, tanto na prática jurídica quanto na formulação e implementação de políticas públicas. É nesse cenário que se insere esta dissertação, cujo objeto de estudo é a saúde mental do trabalhador como direito fundamental, articulando-se com a área de concentração em Ciências Jurídicas e com a linha de pesquisa em Inclusão Social – Proteção e Defesa dos Direitos Humanos. O desafio é compreender de que forma os ordenamentos jurídicos e as políticas públicas brasileiras têm respondido, ou negligenciado, a essa demanda social urgente e estrutural.

Compreender o trabalho como categoria jurídica e sociopolítica é essencial para essa discussão. Historicamente, o trabalho foi concebido como fator de dignificação do ser humano, mas também como instrumento de

opressão, dependendo das condições em que é exercido. Na tradição marxista, Karl Marx (1982) já denunciava, no século XIX, a alienação do trabalhador no sistema capitalista, submetido à lógica da produção e destituído de controle sobre o processo e os frutos de seu trabalho. Para Marx, o trabalho alienado fragmenta o sujeito e compromete sua saúde física e mental, tornando-se causa de sofrimento psíquico e social.

No contexto contemporâneo, pensadores como Ricardo Antunes (2009) avançam nessa análise, especialmente ao discutir a precarização do trabalho e a chamada "uberização"¹, que representa a corrosão dos direitos trabalhistas e o aumento da instabilidade profissional. Essa nova realidade, marcada por vínculos flexíveis, ausência de proteção social e pressão por produtividade, tem gerado novas formas de sofrimento psíquico entre os trabalhadores. Segundo o autor, o esvaziamento do sentido do trabalho e o aumento do controle algorítmico sobre os trabalhadores acentuam o desgaste emocional e a desproteção legal.

André Gorz (2005), por sua vez, discorre sobre o fim do trabalho como centro da vida social e identitária do sujeito. Em sua obra, defende que a centralidade do trabalho na modernidade está em colapso, exigindo novas formas de proteção social que vão além do vínculo empregatício clássico. Já Richard Sennett (2006) aborda as consequências morais e emocionais da flexibilidade laboral, mostrando como a ausência de continuidade nas trajetórias de trabalho compromete o caráter, a identidade e a coesão social dos indivíduos. A subjetividade do trabalhador passa a ser moldada por ambientes instáveis, em que vínculos afetivos e sociais são fragilizados.

¹ O termo "uberização" utilizado por autores como Ricardo Antunes (2018), descreve uma nova forma de exploração do trabalho mediado por plataformas digitais, marcada pela informalidade, ausência de direitos trabalhistas e subordinação algorítmica, refletindo a precarização extrema do trabalho no capitalismo contemporâneo.

Complementando essa visão, Byung-Chul Han (2015) cunha o conceito de "sociedade do cansaço", para descrever o esgotamento psíquico dos indivíduos em um mundo onde impera a lógica da produtividade infinita e da autoexploração. O autor propõe que, na contemporaneidade, o trabalhador se torna seu próprio carrasco, internalizando as exigências de performance e competitividade como se fossem naturais. Esse adoecimento subjetivo está diretamente relacionado ao novo ethos do capitalismo neoliberal, cuja racionalidade é incorporada inclusive nas estruturas jurídicas e institucionais.

No campo específico da saúde mental e trabalho, autores como Druck (2009) e Dejours (2007) se destacam por relacionar sofrimento psíquico ao modo de organização do trabalho. Dejours, em particular, desenvolve a psicodinâmica do trabalho como abordagem para compreender como a gestão autoritária, a competitividade extrema e a desqualificação simbólica dos sujeitos no ambiente de trabalho são causas estruturais do sofrimento mental. A invisibilização do adoecimento psíquico é uma das formas de violência institucional praticada cotidianamente nas relações laborais.

Do ponto de vista jurídico, estudos como os de Barbosa-Fohrmann e Martins (2021) destacam que o reconhecimento constitucional da saúde mental não tem sido suficiente para garantir sua efetividade. Apesar de existirem normas como a Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) e dispositivos do Sistema Único de Saúde (SUS) que asseguram o atendimento integral à saúde, as políticas voltadas ao trabalhador com sofrimento mental são incipientes, fragmentadas e mal articuladas com as políticas de emprego e proteção social.

Dados recentes reforçam essa perspectiva. De acordo com o Ministério da Saúde (2023), os transtornos mentais já são a terceira maior causa de afastamento por incapacidade no Brasil. A Organização Mundial da Saúde

(OMS) aponta o Brasil como o país com a maior prevalência de transtornos de ansiedade no mundo e um dos líderes em casos de depressão na América Latina. A Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022) indica que quase 10% dos trabalhadores brasileiros apresentaram sintomas compatíveis com transtornos psíquicos, como ansiedade generalizada e *burnout*². Esses dados evidenciam a urgência de políticas públicas efetivas, que enfrentem as causas estruturais do adoecimento mental no trabalho.

A presente dissertação, portanto, parte da seguinte problematização: Como garantir a efetividade da saúde mental como direito fundamental do trabalhador no contexto brasileiro, marcado pela precarização das relações laborais e pela ausência de políticas públicas integradas? E ainda, quais os desafios jurídicos e institucionais para a implementação desse direito no Brasil contemporâneo?

Diante disso, formulam-se as seguintes hipóteses: (i) a Constituição Federal de 1988 reconhece formalmente a saúde mental como um direito fundamental, mas essa previsão tem sido insuficientemente implementada; (ii) a estrutura produtiva atual favorece a violação sistemática desse direito, especialmente por meio de formas de trabalho que intensificam a precariedade e a invisibilidade do sofrimento psíquico;

(iii) as políticas públicas de saúde mental e trabalho carecem de articulação intersetorial e efetividade prática.

A relevância deste estudo reside no fato de abordar um tema de alta complexidade e atualidade, situado na interseção entre o Direito

²O termo *burnout* refere-se a uma síndrome psicológica resultante de estresse crônico no ambiente de trabalho, caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal. Essa definição clássica foi proposta por Christina Maslach (2001), uma das principais estudiosas do tema.

Constitucional, o Direito do Trabalho, a Saúde Pública e os Direitos Humanos. Ao propor uma reflexão crítica e fundamentada sobre a saúde mental do trabalhador como direito fundamental, esta pesquisa pretende contribuir para o fortalecimento das políticas públicas inclusivas, para o aprimoramento da atuação jurídica e para a consolidação de uma sociedade mais justa e humanizada.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar os desafios jurídicos e institucionais relacionados à efetivação da saúde mental do trabalhador como direito fundamental, considerando a inter-relação entre a organização contemporânea do trabalho, os direitos humanos e as políticas públicas de inclusão social no Brasil.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Compreender os fundamentos constitucionais e legais que asseguram a saúde mental como direito fundamental no contexto das relações de trabalho;
- Investigar os impactos das transformações do mundo do trabalho sobre a saúde mental dos trabalhadores, a partir de abordagens críticas da sociologia e filosofia do trabalho;
- Avaliar criticamente as políticas públicas voltadas à saúde mental no trabalho no Brasil, com base em documentos oficiais e dados estatísticos secundários, identificando suas limitações operacionais, alcance institucional e efeitos sobre a inclusão social dos trabalhadores em sofrimento psíquico;
- Discutir os entraves jurídicos e institucionais à efetivação

do direito à saúde mental no trabalho no Brasil, articulando evidências empíricas e referenciais teóricos críticos para compreender os limites normativos, culturais e de responsabilização institucional.

Diante da complexidade que envolve a efetivação da saúde mental do trabalhador como um direito fundamental, esta dissertação se propõe a desenvolver uma análise jurídico-social que transita por diferentes níveis de aprofundamento teórico. A proposta é, portanto, lançar luz sobre os aspectos constitucionais, institucionais e político-sociais que conformam e, por vezes, restringem, a realização plena desse direito no Brasil contemporâneo. A fim de construir uma compreensão sistemática sobre o tema, a investigação está organizada em quatro capítulos que dialogam diretamente com os objetivos específicos delineados.

No primeiro capítulo, intitulado “Saúde Mental como Direito Fundamental do Trabalhador”, será realizada uma análise detalhada do ordenamento jurídico brasileiro, com foco nos dispositivos constitucionais e legais que amparam o direito à saúde mental no ambiente laboral. A ideia é evidenciar o arcabouço normativo existente, destacando os princípios estruturantes da Constituição Federal de 1988, como dignidade da pessoa humana, valor social do trabalho e saúde como direito social, e seu desdobramento em leis infraconstitucionais e convenções internacionais ratificadas pelo Brasil. Esse exame inicial busca estabelecer os marcos normativos fundamentais que estruturam a legitimação jurídica do objeto estudado.

Em continuidade, o segundo capítulo, “Transformações do Trabalho e Sofrimento Psíquico: Contribuições da Filosofia e Sociologia”, se debruça sobre as mutações do mundo do trabalho e suas implicações para a saúde mental dos trabalhadores. A partir das contribuições teóricas de Karl Marx,

Ricardo Antunes, André Gorz, Richard Sennett e Byung-Chul Han, este capítulo visa investigar como a lógica contemporânea de produção, marcada por flexibilização, instabilidade e autoexploração, impacta diretamente o bem-estar psíquico dos sujeitos. Nesse ponto, o estudo se abre a uma abordagem interdisciplinar, articulando o campo jurídico às reflexões filosóficas e sociológicas sobre a subjetividade do trabalhador no capitalismo tardio.

Já o terceiro capítulo, “Políticas Públicas e Saúde Mental no Trabalho: Entre a Previsão Legal e a Inclusão Social”, volta-se à análise crítica das políticas públicas existentes no Brasil que têm por finalidade assegurar a saúde mental no ambiente laboral. Serão avaliadas ações estatais como a Política Nacional de Saúde Mental, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), bem como iniciativas intersetoriais conduzidas pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho, pelo Ministério Público do Trabalho e pelo Sistema Único de Saúde. O objetivo é verificar até que ponto tais instrumentos estão comprometidos com a concretização do direito em questão e com a promoção da inclusão social, compreendida como valor jurídico e político fundamental.

Por fim, o quarto capítulo, intitulado “Desafios Jurídicos e Institucionais para a Efetivação da Saúde Mental no Ambiente de Trabalho”, propõe uma discussão sobre os entraves que comprometem a implementação efetiva da saúde mental como direito fundamental. O foco recairá sobre questões como a fragmentação das ações institucionais, a ineficácia de mecanismos de fiscalização e o estigma persistente que envolve os transtornos psíquicos no contexto laboral. Ao invés de oferecer propostas normativas diretas, este capítulo buscará provocar uma reflexão crítica e abrangente sobre as limitações que se impõem ao sistema jurídico brasileiro frente à complexidade do adoecimento mental no mundo do trabalho.

Com isso, esta pesquisa pretende oferecer uma leitura aprofundada, crítica e comprometida com os valores constitucionais e os direitos humanos. Ao reunir fundamentos jurídicos, análises interdisciplinares e dados empíricos, busca-se não apenas compreender os desafios existentes, mas também contribuir para o amadurecimento do debate acadêmico sobre a saúde mental no trabalho como uma pauta urgente e estruturante da justiça social contemporânea. Ao final, espera-se que o trabalho possa não apenas ampliar o olhar jurídico sobre a questão, mas também incentivar novas formas de compreensão, sensibilização e responsabilização institucional frente ao sofrimento psíquico vivido no universo laboral.

CAPÍTULO 01

SAÚDE MENTAL COMO DIREITO FUNDAMENTAL DO TRABALHADOR

SAÚDE MENTAL COMO DIREITO FUNDAMENTAL DO TRABALHADOR

A efetivação da saúde mental como direito fundamental no ambiente laboral exige, antes de tudo, uma compreensão sólida de suas bases jurídicas. Nesse sentido, o presente capítulo propõe-se a examinar os pilares normativos que sustentam esse direito no ordenamento jurídico brasileiro, traçando um panorama sistemático a partir da Constituição Federal de 1988 e das legislações infraconstitucionais pertinentes. Trata-se de compreender como a proteção da saúde mental do trabalhador não constitui apenas uma demanda ética ou social, mas uma exigência jurídica expressamente prevista e respaldada pelo sistema de garantias fundamentais do Estado Democrático de Direito.

Inicialmente, será realizada uma abordagem dos princípios constitucionais fundantes, com destaque para a dignidade da pessoa humana, a centralidade do trabalho na organização social, a proteção integral à saúde e a valorização dos direitos sociais. Esses dispositivos, consagrados em diversos artigos da Constituição, como os arts. 1º, III; 3º, IV; 6º; 7º e 196, revelam que a saúde mental, ao lado da saúde física, deve ser entendida como condição indispensável para a fruição plena da cidadania e para o exercício de um trabalho digno e humanizado.

Na sequência, o capítulo se debruçará sobre o marco legal infraconstitucional, analisando como leis ordinárias e regulamentações específicas aprofundam e operacionalizam os preceitos constitucionais. Serão examinadas, entre outras, a Consolidação das Leis do Trabalho

(CLT), especialmente os dispositivos voltados à saúde e segurança no trabalho; a Lei nº 8.080/1990, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS); e a Lei nº 10.216/2001, que trata da proteção e dos direitos das pessoas com transtornos mentais. A análise dessas normas permitirá identificar até que ponto o ordenamento jurídico brasileiro reconhece, protege e direciona políticas públicas voltadas à saúde psíquica do trabalhador.

Além disso, o capítulo abordará os compromissos internacionais assumidos pelo Brasil no campo dos direitos humanos e da proteção ao trabalho, com ênfase nas convenções da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e nos tratados internacionais de saúde e direitos sociais ratificados pelo país. A inserção do Brasil em tratados multilaterais reforça a obrigação do Estado de adotar medidas que assegurem a saúde mental no trabalho como um componente essencial do direito à saúde e do direito ao trabalho decente.

Por fim, será dedicada atenção especial ao conceito jurídico de dignidade da pessoa humana, considerando sua função como cláusula fundamental da Constituição e vetor interpretativo de todas as normas do ordenamento jurídico. A dignidade, nesse contexto, não pode ser compreendida apenas como uma abstração jurídica, mas como parâmetro concreto de validade de políticas públicas e práticas institucionais voltadas à promoção da saúde mental no trabalho.

Dessa forma, este capítulo pretende oferecer um alicerce normativo sólido para os debates que se seguirão ao longo da dissertação, situando o tema da saúde mental do trabalhador não apenas como uma questão de

relevância social, mas como objeto legítimo de proteção constitucional e legal.

2.1.1 A dignidade da pessoa humana como fundamento do direito à saúde mental no trabalho

A dignidade da pessoa humana constitui o eixo normativo fundamental da Constituição Federal de 1988 e, por consequência, de todo o ordenamento jurídico brasileiro. Alçada ao status de fundamento da República Federativa do Brasil, conforme preconiza o artigo 1º, inciso III, a dignidade da pessoa humana transcende o plano meramente retórico e assume uma dimensão concretizadora, vinculando tanto o legislador quanto o aplicador do direito. No campo das relações de trabalho, essa cláusula fundamental impõe um imperativo de respeito à integralidade física, psíquica e moral do trabalhador, especialmente no que diz respeito às condições que afetam sua saúde mental.

O conceito jurídico de dignidade, embora aberto à interpretação, ganha densidade normativa quando articulado com os direitos sociais previstos no artigo 6º da Constituição, que inclui, entre outros, o trabalho e a saúde como direitos fundamentais. Tal interseção permite afirmar que a proteção da saúde mental do trabalhador não se configura apenas como uma política pública desejável, mas como uma exigência constitucional diretamente derivada do princípio da dignidade.

Como ensina Sarlet (2016), a dignidade da pessoa humana deve ser compreendida não como uma abstração retórica, mas como um direito fundamental subjetivo e, ao mesmo tempo, um mandamento objetivo de otimização das políticas públicas e da atuação estatal. Nesse sentido, não

assegurar condições laborais adequadas ao equilíbrio psíquico do trabalhador constitui uma violação direta a esse princípio basilar do ordenamento.

A saúde, compreendida em seu sentido ampliado, físico, mental e social, é definida no artigo 196 da Constituição como “direito de todos e dever do Estado”. Esta concepção foi reforçada pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), que reconhece a saúde como resultado de condições sociais mais amplas, incluindo o trabalho, e como direito de cidadania. Nesse contexto, o sofrimento mental oriundo de práticas laborais abusivas, jornadas excessivas, metas desumanas e relações hierárquicas opressoras configura, direta ou indiretamente, uma violação à dignidade da pessoa humana.

Autores como Silva e Serra (2017) argumentam que o meio ambiente de trabalho psicologicamente saudável é uma extensão do direito à dignidade, uma vez que o sofrimento psíquico decorrente de relações laborais precárias compromete a liberdade, a autonomia e a própria identidade dos trabalhadores. Essa perspectiva é compartilhada por Da Silva (2015), para quem o ambiente de trabalho deve ser interpretado como locus privilegiado de materialização da dignidade humana, exigindo ações protetivas contra riscos psicossociais.

Marques (2021) aponta que, no cenário contemporâneo, as formas de sofrimento psíquico vinculadas ao trabalho não são meramente incidentais, mas estruturais, sendo resultado da intensificação das exigências produtivistas, da precarização das relações contratuais e da gestão organizacional marcada pelo controle excessivo e pela

competitividade desenfreada. Assim, a não prevenção e o não tratamento adequado desses agravos psíquicos correspondem a um desrespeito à dignidade do trabalhador, cuja subjetividade é diariamente tensionada por mecanismos de exploração invisibilizada.

Nesse panorama, o direito à saúde mental adquire uma dimensão fundamental dentro do projeto constitucional brasileiro. Para Sousa e Oliveira (2020), é possível afirmar que a dignidade da pessoa humana atua como um pressuposto de validade das condições laborais, uma vez que nenhum tipo de atividade produtiva pode ser legitimada se provocar a deterioração da integridade psíquica do sujeito. O meio ambiente do trabalho, portanto, deve ser psicologicamente saudável, sob pena de violação aos direitos fundamentais consagrados na Carta de 1988.

Além da Constituição, a proteção à saúde mental do trabalhador é reforçada por tratados internacionais ratificados pelo Brasil, como o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), que em seu artigo 12 assegura o direito de todos ao mais alto nível possível de saúde física e mental, conforme:

Artigo 12 §1. Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental. §2. As medidas que os Estados-partes no presente Pacto deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar: 1. A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento são das crianças. 2. A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente. 3. A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças. 4. A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.

A Convenção nº 155 da OIT, por sua vez, obriga os Estados a adotarem medidas de prevenção dos riscos à saúde no ambiente de trabalho, o que inclui riscos psicossociais. De acordo com o art. 3 da Convenção quanto área de aplicação e definições:

e) o termo "saúde", com relação ao trabalho, abrange não só a ausência de afecção ou de doenças, mas também os elementos físicos e mentais que afetam a saúde e estão diretamente relacionados com a segurança e a higiene no trabalho.

A compreensão do trabalho como meio de realização pessoal e social é, portanto, indissociável do respeito à saúde mental do trabalhador. Não se trata de um direito acessório ou complementar, mas de uma dimensão essencial da dignidade humana no contexto das relações produtivas. Como afirma Canaver (2017), negar a centralidade da saúde psíquica nas políticas públicas de trabalho significa manter um modelo de desenvolvimento econômico às custas do esgotamento subjetivo de milhões de brasileiros.

Assim, até este ponto buscou-se demonstrar que o fundamento jurídico da proteção à saúde mental no trabalho repousa diretamente sobre o princípio da dignidade da pessoa humana. Qualquer política, norma ou prática institucional que ignore esse fundamento estará em desconformidade não apenas com a Constituição, mas com os compromissos internacionais assumidos pelo Estado brasileiro. A dignidade, neste cenário, não é apenas uma promessa constitucional, mas uma exigência de justiça social.

Compreender a dignidade da pessoa humana como fundamento jurídico da proteção à saúde mental do trabalhador é reconhecer que o direito do trabalho e o direito à saúde convergem para a promoção de um

ambiente laboral justo, equilibrado e humanizado. Essa compreensão não apenas dá suporte normativo à temática, mas também orienta a formulação de políticas públicas e decisões judiciais comprometidas com a preservação da integridade psíquica dos trabalhadores em um cenário marcado pela precarização e intensificação do labor.

2.1.2 Os direitos sociais e a proteção à saúde na Constituição Federal de 1988

A Constituição Federal de 1988 representa um divisor de águas no processo de consolidação dos direitos sociais no Brasil, promovendo uma transição significativa de um Estado liberal para um Estado social, comprometido com a redução das desigualdades e com a promoção da justiça distributiva. Entre os direitos sociais consagrados na Carta Magna, o direito à saúde ocupa posição central, estabelecendo uma nova matriz de responsabilidade estatal, que deixa de ser meramente assistencial e passa a ser de promoção, prevenção e garantia de condições dignas de vida.

No entanto, essa consagração constitucional não ocorreu sem tensões e contradições. Como adverte Ramos (2017), o reconhecimento do direito à saúde como direito social fundamental representou uma vitória do movimento sanitário, mas também foi permeado por pressões econômicas e disputas políticas que, desde sua origem, condicionaram sua efetividade à disponibilidade orçamentária e à vontade política dos governos. O artigo 6º, ao incluir a saúde no rol de direitos sociais, vinculava diretamente à cidadania, mas sua concretização tem esbarrado, reiteradamente, na chamada “reserva do possível” uma cláusula que, como alerta Sarlet (2008), vem sendo utilizada de forma equivocada para

justificar omissões estatais e negligências estruturais.

O direito à saúde, portanto, não pode ser analisado de maneira isolada, mas sim em sua correlação com os demais direitos sociais, em especial com o direito ao trabalho. A saúde e o trabalho integram um mesmo sistema de proteção social que, na concepção de Ramos e Diniz (2019), deve ser lido a partir do princípio da solidariedade social. Assim, a garantia da saúde não pode se limitar ao acesso aos serviços médicos, mas deve abranger a promoção de ambientes laborais saudáveis, com jornadas equilibradas, remuneração justa e respeito à dignidade psíquica do trabalhador.

Esse entendimento encontra respaldo no artigo 7º, inciso XXII, da Constituição, que estabelece como direito dos trabalhadores a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança. Entretanto, conforme denuncia De Moura (2013), a maior parte das regulamentações e práticas institucionais ainda se volta à saúde física, negligenciando os aspectos subjetivos do adoecimento, como o sofrimento mental decorrente de pressões por produtividade, assédio moral e desumanização das relações de trabalho.

Ao tratar da proteção social na Constituição de 1988, Ramos (2017) chama atenção para o esvaziamento progressivo do conceito de proteção promovido pelas reformas neoliberais que se seguiram à promulgação da Carta. Há uma tensão permanente entre a previsão constitucional generosa dos direitos sociais e a realidade de subfinanciamento e fragmentação das políticas públicas, sobretudo na área da saúde mental, que demanda abordagens intersetoriais e sensíveis à complexidade do sofrimento

humano. Neste sentido, para a autora a saúde deixou de ser compreendida apenas como uma questão biológica, passando a incluir também as dimensões sociais e subjetivas, conforme argumenta:

A saúde passou, assim, a não ser mais considerada de forma isolada, vale dizer, na condição de fenômeno relacionado somente ao homem, ao seu corpo e suas determinações genéticas. Albergou-se também no conceito de saúde a relação do indivíduo com o ambiente social que o rodeia (RAMOS; DINIZ, 2017, p. 174).

Essa crítica também é partilhada por Sarlet e Figueiredo (2008), para quem a efetividade dos direitos sociais depende da superação do formalismo jurídico, com a incorporação de mecanismos concretos de controle e responsabilização estatal. Para esses autores, a saúde deve ser entendida como um “mínimo existencial”, um patamar de dignidade inegociável, e não pode ser submetida à lógica da contenção fiscal.

No plano da teoria do direito, Sarlet (2001) propõe uma interpretação integradora dos direitos fundamentais, segundo a qual os direitos sociais devem gozar do mesmo status de exigibilidade dos direitos civis e políticos. Ele defende que a saúde não é apenas uma expectativa de prestação futura, mas uma obrigação atual e concreta do Estado, especialmente em contextos de vulnerabilidade como os enfrentados por trabalhadores submetidos a jornadas exaustivas ou ambientes laborais hostis.

Além disso, o direito à saúde, quando articulado ao direito ao trabalho, exige uma abordagem crítica da estrutura produtiva contemporânea. Para autores como Bravo (2006) e Barsaglini (2016), a

precarização das condições de trabalho e a flexibilização das normas laborais contribuem para a invisibilização do sofrimento mental, deslocando a responsabilidade do adoecimento para o indivíduo e esvaziando a noção de saúde coletiva como responsabilidade pública.

Do ponto de vista doutrinário, Ferreira e Rocha (2025), argumentam que a Constituição de 1988, ao assegurar os direitos sociais, impõe ao poder público o dever de desenvolver políticas de prevenção, não podendo atuar apenas de forma reativa diante do adoecimento. Isso implica, por exemplo, a necessidade de fiscalização efetiva das condições de trabalho, inclusão de critérios de saúde mental nos laudos ergonômicos e capacitação dos agentes públicos para lidar com transtornos psíquicos.

Ainda que a CF/88 tenha sido influenciada por modelos constitucionais europeus de proteção social, como a Constituição de Weimar (1919), o contexto brasileiro impõe desafios específicos. A desigualdade estrutural, a informalidade laboral e o racismo institucional são fatores que dificultam a universalização dos direitos sociais. Segundo Tavares (2014), o pertencimento social, base para a cidadania plena, é negado cotidianamente a trabalhadores marginalizados, o que compromete diretamente seu bem-estar psicológico e sua saúde mental.

Diante disso, o artigo 196 da Constituição não deve ser lido de forma isolada ou meramente declaratória, mas em articulação com os princípios da dignidade da pessoa humana, da valorização do trabalho e da função social do Estado. A proteção à saúde no trabalho não é um favor estatal, mas um dever constitucional derivado do pacto social que sustenta a República.

Logo, é justamente nesse ponto que esta pesquisa se insere: ao problematizar a efetividade do direito à saúde mental no ambiente de trabalho, pretende-se reforçar a compreensão de que a Constituição de 1988 não apenas autoriza, mas impõe a atuação estatal e institucional em favor de políticas públicas sólidas, intersetoriais e comprometidas com o bem-estar subjetivo dos trabalhadores.

2.1.3 Legislação infraconstitucional e regulamentações sobre saúde mental e trabalho

A proteção da saúde mental do trabalhador no Brasil não repousa apenas sobre os pilares constitucionais; ela é profundamente modelada por um corpo de legislações infraconstitucionais que buscam concretizar os direitos sociais previstos na Constituição Federal de 1988. Esse arcabouço jurídico, embora amplo e em constante evolução, ainda apresenta lacunas normativas, dispersão institucional e insuficiência na regulamentação específica sobre sofrimento psíquico nas relações de trabalho, refletindo uma dificuldade estrutural do sistema jurídico brasileiro em responder às complexas exigências do mundo laboral contemporâneo.

Entre as normas infraconstitucionais de maior relevância está a Lei nº 8.080/1990, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) e reconhece como um de seus princípios o atendimento integral à saúde, com ênfase na promoção e recuperação. Ainda que não trate expressamente da saúde mental no trabalho, mas menciona a saúde mental, ver art. 3º e parágrafo único, essa lei oferece a base legal para a inclusão de serviços e estratégias voltadas à saúde psíquica dos trabalhadores. Contudo, como observam Barbosa-Fohrmann e Martins (2021), há uma desarticulação entre as

políticas de saúde mental do SUS e as políticas voltadas à saúde do trabalhador, o que limita a efetividade das ações preventivas nos ambientes laborais.

Destaca-se também a Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que redefine o modelo de atenção à saúde mental no Brasil, priorizando o cuidado comunitário em detrimento da lógica manicomial. Apesar de seu foco estar direcionado ao tratamento de transtornos mentais em geral, essa legislação pode ser interpretada de forma ampliada para fundamentar estratégias de atenção psicossocial no ambiente de trabalho. A lei impõe ao Estado a responsabilidade de assegurar serviços abertos e intersetoriais, o que, conforme Costa (2019), inclui a necessidade de atuação integrada com os Ministérios do Trabalho e da Previdência Social.

No campo do direito do trabalho, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), embora elaborada sob outra lógica histórica e produtiva, contém dispositivos que tangenciam a saúde mental, ainda que de maneira indireta. O artigo 157, por exemplo, obriga as empresas a cumprir as normas de segurança e medicina do trabalho, enquanto o artigo 158 atribui ao empregado o dever de colaborar com a prevenção de acidentes. Contudo, o viés predominantemente físico desses dispositivos acaba negligenciando as formas sutis e persistentes de sofrimento psíquico, como o assédio moral e o burnout. Para Dantas et al., (2022), é urgente a atualização da CLT à luz da emergência das patologias mentais do trabalho, refletindo a nova morfologia das relações laborais.

Adicionalmente, as Normas Regulamentadoras (NRs) do

Ministério do Trabalho compõem parte essencial da legislação infraconstitucional aplicável. A NR- 17, que trata da ergonomia, representa um avanço ao considerar a organização do trabalho, incluindo aspectos psicossociais, conforme expressamente previsto: "A organização do trabalho, para efeito desta NR, deve levar em consideração: [...] os aspectos cognitivos que possam comprometer a segurança e a saúde do trabalhador." (BRASIL, 2022, NR-17, item 17.4.1, grifo nosso). Ainda assim, conforme Melo e Lima (2020), sua aplicação nas empresas é limitada, muitas vezes reduzida a aspectos posturais e biomecânicos, sem levar em conta o impacto emocional e subjetivo das exigências produtivas sobre o trabalhador.

A legislação previdenciária também merece atenção. A Lei nº 8.213/1991, que trata dos benefícios da Previdência Social, reconhece os transtornos mentais como causa para afastamentos e aposentadoria por invalidez. Isso se evidencia no art. 151, ao prever que:

Até que seja elaborada a lista de doenças mencionada no inciso II do art. 26, independe de carência a concessão de auxílio-doença e de aposentadoria por invalidez ao segurado que, após filiar-se ao RGPS, for acometido das seguintes doenças: tuberculose ativa, hanseníase, alienação mental, esclerose múltipla, hepatopatia grave, neoplasia maligna, cegueira, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante), síndrome da deficiência imunológica adquirida (aids) ou contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada.

Apesar desse reconhecimento formal, a burocracia e a resistência das perícias médicas do INSS ainda dificultam o pleno reconhecimento do nexo entre trabalho e sofrimento mental. Segundo Jorge et al., (2010), há uma subnotificação crônica dos transtornos mentais ocupacionais no Brasil, invisibilizando estatisticamente essa realidade e impedindo a formulação de políticas públicas efetivas.

O debate legislativo em torno da saúde mental do trabalhador, embora presente, tem avançado de forma lenta. Projetos de lei que visam instituir a "semana de combate ao estresse no trabalho", regulamentar o direito à desconexão e responsabilizar empresas por ambientes psicologicamente inseguros têm sido arquivados ou enfrentado forte resistência parlamentar. Como aponta Lobo (2014), o direito à saúde mental no trabalho ainda é visto como secundário em comparação às demandas econômicas do mercado, o que revela uma tensão estrutural entre proteção e produtividade.

Importante também é a influência dos tratados internacionais, como a Convenção nº 155 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), ratificada pelo Brasil, que estabelece diretrizes para garantir ambientes de trabalho seguros e saudáveis, incluindo a saúde mental como componente indispensável da saúde ocupacional. No entanto, como ressaltam Silva, Almeida Filho e Carvalho (2017), a internalização dessas diretrizes é parcial e pouco monitorada, refletindo a fragilidade do sistema de inspeção do trabalho.

No plano doutrinário, estudiosos como Pereira (2019) e Alves (2024) denunciam a fragmentação da proteção legal à saúde mental no

trabalho, chamando atenção para a ausência de uma legislação unificada que articule as obrigações do empregador, os deveres do Estado e os direitos subjetivos dos trabalhadores em matéria psíquica. A ausência de diretrizes específicas contribui para a omissão institucional diante de situações de sofrimento invisibilizado, como depressão, ansiedade e esgotamento emocional.

É notável ainda a carência de regulamentações que enfrentem diretamente o fenômeno do assédio moral institucional, prática recorrente em ambientes altamente competitivos e hierarquizados. Embora o Projeto de Lei nº 4.742/2001 tenha proposto a criminalização do assédio moral no trabalho, o tema permanece sem regulamentação específica. Segundo a pesquisa de Lima e Melo (2020), essa lacuna normativa contribui para a normalização do sofrimento psicológico nas relações laborais.

O cenário é agravado pela ausência de normativas que considerem os novos formatos de trabalho, como o home office, a informalidade digital e a gig economy. A ausência de regulamentação específica para esses modelos impede que a legislação infraconstitucional acompanhe as transformações tecnológicas e produtivas, ampliando a vulnerabilidade psíquica dos trabalhadores, como apontam Casulo e Alves (2018).

Portanto, a legislação infraconstitucional brasileira, embora abrigue instrumentos jurídicos importantes, revela-se insuficiente diante da complexidade da saúde mental no trabalho. Falta-lhe coerência sistêmica, integração entre os entes federativos e sensibilidade para as novas formas de sofrimento laboral. A ausência de uma política jurídica específica e transversal reflete a visão reducionista do direito do trabalho,

que ainda privilegia o corpo físico como locus da proteção jurídica, relegando a saúde mental à condição de invisível e acessória.

Esse contexto demonstra a urgência de repensar a estrutura normativa vigente, considerando os múltiplos fatores que compõem o ambiente laboral e os impactos que este exerce sobre a subjetividade do trabalhador. A transformação desse cenário requer não apenas vontade legislativa, mas também mudança de paradigma jurídico e institucional que reconheça o trabalhador em sua totalidade física, emocional e simbólica.

2.1.4 Convenções internacionais e o dever estatal de proteção à saúde mental do trabalhador

A proteção à saúde mental do trabalhador ultrapassa as fronteiras do ordenamento jurídico interno, sendo amparada por um conjunto de compromissos internacionais assumidos pelo Brasil no âmbito de organizações como a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e as Nações Unidas (ONU). As convenções internacionais ratificadas pelo Estado brasileiro estabelecem diretrizes normativas vinculantes e, ao mesmo tempo, indicam obrigações éticas e políticas para a promoção de ambientes laborais saudáveis, reafirmando o dever estatal de garantir o bem-estar psicossocial do trabalhador.

Nesse contexto, destaca-se o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), adotado pela ONU em 1966 e ratificado pelo Brasil em 1992. O art. 12 do tratado reconhece o direito de toda pessoa ao mais elevado nível possível de saúde física e mental,

determinando que os Estados-partes adotem medidas eficazes para a melhoria das condições de higiene e segurança do trabalho, bem como para a prevenção e o tratamento de doenças decorrentes das atividades laborais.

Ao reafirmar a dimensão psicossocial do direito à saúde, o PIDESC consolida a obrigação estatal de implementar políticas que protejam o trabalhador de riscos que afetem sua integridade mental no ambiente laboral. Ao reafirmar a dimensão psicossocial do direito à saúde, o PIDESC apresenta a obrigação estatal de implementar políticas que protejam o trabalhador de riscos que afetem sua integridade mental no ambiente laboral. Entre os instrumentos internacionais mais relevantes está a Convenção nº 155 da OIT, que dispõe sobre segurança e saúde dos trabalhadores.

Essa norma, ratificada pelo Brasil em 1992, define o direito a um ambiente de trabalho seguro e saudável como parte essencial das condições de trabalho dignas. A Convenção adota uma concepção ampliada de saúde que inclui os aspectos mentais, estabelecendo o dever dos Estados de formular políticas nacionais integradas para prevenir os riscos ocupacionais de natureza psicossocial (KEMMELMEIER; SANTOS, 2020).

Complementarmente, a Convenção nº 161 da OIT, que trata dos serviços de saúde no trabalho, reforça o papel estratégico de mecanismos estatais de monitoramento e de serviços especializados em saúde ocupacional, destacando a importância de uma abordagem intersetorial e preventiva. Essa convenção recomenda a implementação de estruturas técnicas capazes de identificar e mitigar fatores estressores nos ambientes

laborais, inclusive os que afetam a saúde psíquica dos trabalhadores (SILVA; TIBALDI, 2018).

No plano normativo mais recente, a Convenção nº 190 da OIT, adotada em 2019, introduz o conceito de "violência e assédio no mundo do trabalho", com especial atenção aos efeitos sobre a saúde mental. Ainda não ratificada pelo Brasil, esta convenção reconhece a responsabilidade do Estado na criação de políticas que previnam o assédio moral, o estresse crônico, a discriminação e a degradação psíquica nas relações laborais. Para Penido (2021), essa convenção representa um avanço substancial ao tratar explicitamente das repercussões mentais das violências simbólicas e institucionais que perpassam os ambientes laborais contemporâneos.

Do ponto de vista da saúde global, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem destacado a relação entre saúde mental e trabalho em suas diretrizes e campanhas. O relatório da OMS de 2022 sobre saúde mental no trabalho propõe a implementação de estratégias organizacionais que visem à prevenção do burnout, à gestão dos riscos psicossociais e ao fortalecimento da cultura de apoio emocional nos espaços laborais.

A OMS sustenta que o direito à saúde mental é indissociável da promoção de condições dignas de trabalho, cabendo aos Estados a responsabilidade de regulamentar e fiscalizar os ambientes ocupacionais nesse aspecto (OMS, 2022), conforme enfatiza o relatório:

Empregadores e governos têm a responsabilidade de promover e proteger a saúde mental de todas as pessoas no trabalho e podem fazer isso por meio de legislação e regulamentação, estratégias organizacionais, treinamento de gestores e intervenções para os trabalhadores (WORLD

HEALTH ORGANIZATION, 2022, p. 148, tradução própria).

Ademais, os Pactos Internacionais de Direitos Civis e Políticos e de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ambos incorporados ao ordenamento jurídico brasileiro com status supralegal (conforme o julgamento do STF na ADI 1480/DF), estabelecem o direito ao mais alto nível possível de saúde física e mental como obrigação positiva dos Estados signatários. O artigo 12 do Pacto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais impõe aos Estados o dever de adotar medidas que garantam a melhoria de todos os aspectos da saúde no trabalho, reconhecendo os fatores sociais e psicológicos que afetam a vida do trabalhador.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) também assegura o direito ao trabalho digno e à saúde como elementos indissociáveis da dignidade humana. Embora de caráter principiológico, essa declaração orienta políticas públicas e interpretações constitucionais no sentido de atribuir ao Estado a obrigação de adotar medidas concretas para assegurar tais direitos. Conforme:

Artigo 23° 1. Toda a pessoa tem direito ao trabalho, à livre escolha do trabalho, a condições equitativas e satisfatórias de trabalho e à proteção contra o desemprego. 2. Todos têm direito, sem discriminação alguma, a salário igual por trabalho igual. 3. Quem trabalha tem direito a uma remuneração equitativa e satisfatória, que lhe permita e à sua família uma existência conforme com a dignidade humana, e completada, se possível, por todos os outros meios de proteção social. 4. Toda a pessoa tem o direito de fundar com outras pessoas sindicatos e de se filiar em sindicatos para defesa dos seus interesses. Artigo 24° Toda a pessoa tem direito ao repouso e aos lazeres, especialmente, a uma limitação razoável da duração do trabalho e as férias periódicas pagas. Artigo 25° 1. Toda a pessoa tem direito a

um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade (UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS, p. 4, 1948).

A internalização desses tratados impõe ao Brasil a obrigação de elaborar políticas públicas eficazes, legislações compatíveis e mecanismos de responsabilização em casos de violação dos direitos fundamentais à saúde mental no trabalho. No entanto, como observa Stolz et al., (2015), há uma significativa defasagem entre os compromissos internacionais assumidos pelo país e a efetividade prática de tais normas, refletida na ausência de políticas integradas, na fragmentação legislativa e na persistente invisibilidade do sofrimento psíquico nos dados oficiais.

A partir dessas convenções e declarações, emerge a ideia de que o dever estatal de proteção à saúde mental no trabalho não é apenas ético, mas jurídico e vinculante. Trata-se de um dever de natureza positiva, que exige do Estado a implementação de políticas públicas articuladas entre os setores da saúde, trabalho,

previdência e justiça. Tal dever se estende, inclusive, à formulação de programas educativos para gestores e empregadores, de modo a prevenir práticas tóxicas e promover ambientes mais saudáveis e inclusivos (CARVALHO; OLIVEIRA, 2023).

É importante frisar que, ao descumprir as convenções ratificadas, o Brasil incorre em violação de normas internacionais, o que pode acarretar responsabilização perante organismos internacionais de controle, como os

Comitês da ONU e os mecanismos de supervisão da OIT. Essa responsabilização, embora de difícil execução jurídica interna, possui alto impacto reputacional e influencia decisões de organismos multilaterais em matéria de cooperação e financiamento.

Nesse contexto, é possível afirmar que o sistema normativo internacional amplia e aprofunda o campo jurídico de proteção à saúde mental do trabalhador. Ao enfatizar os direitos sociais e o bem-estar psíquico como dimensões centrais do trabalho decente, essas convenções impõem um novo paradigma que desafia os modelos produtivos baseados em exploração, individualismo e negligência institucional.

O reconhecimento da centralidade do trabalho na construção da subjetividade e da cidadania, conforme postulado por Gorz (2005) e complementado por Sennett (2006), reforça a necessidade de inserção das diretrizes internacionais no planejamento estatal brasileiro. A omissão diante desses compromissos representa não apenas falha normativa, mas também omissão constitucional frente ao princípio da dignidade da pessoa humana, que deve irradiar para todo o sistema jurídico, conforme sustentam Barboza e Martins (2021).

Assim, ao refletir sobre a saúde mental do trabalhador como direito fundamental, é imprescindível considerar as normas internacionais como instrumentos de pressão e orientação para o aperfeiçoamento da legislação interna, tornando mais efetivo o dever estatal de proteção integral. A harmonização entre o direito internacional e a prática legislativa nacional se apresenta, portanto, como uma tarefa urgente e indispensável à construção de um ambiente de trabalho digno, saudável e

psicologicamente seguro.

2.1.5 Interpretação constitucional e a centralidade do trabalho digno na efetivação dos direitos fundamentais

A interpretação constitucional contemporânea ocupa papel central na construção de sentidos que garantam a efetividade dos direitos fundamentais previstos na Constituição Federal de 1988, notadamente aqueles relacionados ao mundo do trabalho. No bojo desse movimento interpretativo, o conceito de trabalho digno surge como eixo estruturante não apenas do sistema protetivo laboral, mas de toda a arquitetura normativa voltada à promoção da dignidade humana no Estado Democrático de Direito. Trata-se de um paradigma que transcende o cumprimento formal da legalidade, exigindo do intérprete e do aplicador da norma uma leitura axiológica e sistêmica dos direitos sociais trabalhistas.

A doutrina brasileira tem enfatizado que o trabalho digno, enquanto valor constitucional, não é mera retórica normativa, mas um vetor de concretização dos direitos fundamentais sociais. Nas palavras de Sarlet (2019), o princípio da dignidade da pessoa humana, previsto no art. 1º, inciso III, da Constituição, deve irradiar seus efeitos sobre toda a ordem jurídica, impondo ao Estado o dever de garantir condições laborais compatíveis com o bem-estar físico, psicológico e existencial do trabalhador. Essa perspectiva exige uma reinterpretação dos dispositivos constitucionais e infraconstitucionais à luz de princípios como solidariedade, igualdade substancial, justiça social e função social do trabalho.

Para além disso, autores como Barroso (2020) argumentam que a interpretação constitucional deve ser guiada por uma postura principiológica e finalística, na qual o trabalho digno não seja visto apenas como um direito em si, mas como meio de efetivação de outros direitos fundamentais, como saúde, educação, liberdade, identidade e participação social.

Nesse sentido, o trabalho digno é o instrumento pelo qual o trabalhador se insere na vida social de forma plena e autônoma, sendo fundamental para o exercício da cidadania. A centralidade do trabalho digno na interpretação constitucional pode ser observada ainda no conteúdo normativo do art. 7º da Constituição Federal, que elenca os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais. Esses direitos não devem ser interpretados de maneira estanque ou literal, mas sim como garantias mínimas e expansíveis, conforme exigência da proteção integral. Segundo Delgado (2015), o intérprete constitucional está vinculado a uma leitura ampliada dos direitos sociais,

compatível com os compromissos assumidos pelo Brasil em tratados internacionais e com o avanço civilizatório que se espera de uma democracia substancial.

A hermenêutica constitucional exige, portanto, que os dispositivos da Constituição sejam lidos em bloco, com destaque para o princípio da máxima efetividade dos direitos fundamentais. A partir dessa premissa, a jurisprudência constitucional tem buscado consolidar o entendimento de que o trabalho digno não se restringe à existência de vínculo empregatício formal, mas abarca a ausência de precarização, assédio moral, exploração,

insegurança, invisibilidade e adoecimento, sobretudo mental. Como defende Amaral (2016), o trabalho digno deve ser interpretado como aquele que respeita a subjetividade do trabalhador e permite a realização de seus projetos de vida.

É nesse ponto que a interpretação constitucional deve dialogar com a realidade social. A eficácia dos direitos fundamentais depende da capacidade do Poder Judiciário, especialmente do Supremo Tribunal Federal (STF), de assumir uma postura contramajoritária e garantista em defesa dos trabalhadores hipervulneráveis. A hermenêutica progressiva proposta por Streck (2019) aponta para a necessidade de romper com modelos de interpretação voluntaristas e reforçar a normatividade dos princípios constitucionais, inclusive no campo do direito do trabalho.

Sob essa ótica, é possível afirmar que o trabalho digno cumpre papel estruturante na efetivação da Constituição de 1988, especialmente ao articular-se com a função social do trabalho (art. 170) e com o objetivo fundamental de erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais (art. 3º, III). A interpretação constitucional comprometida com a realidade concreta dos trabalhadores deve, portanto, identificar os fatores que desvirtuam a dignidade do trabalho, como o adoecimento mental, o desemprego estrutural, a informalidade e a uberização, e promover soluções normativas e políticas adequadas.

O desafio hermenêutico também envolve o reconhecimento de que os direitos sociais não são meras promessas políticas, mas normas dotadas de eficácia jurídica plena. Como argumenta Vieira (2019), os direitos

fundamentais ao trabalho e à saúde, quando lidos conjuntamente, impõem deveres positivos ao Estado e aos empregadores, sendo inadmissível qualquer interpretação que restrinja seu alcance em nome de interesses econômicos ou de racionalidades de mercado.

No campo jurisprudencial, essa concepção tem ganhado força em decisões recentes do Supremo Tribunal Federal e do Tribunal Superior do Trabalho, nas quais se reconhece a necessidade de compatibilizar os interesses econômicos com os princípios constitucionais protetivos. Em decisões paradigmáticas, como no julgamento da ADI 1625, o STF reafirmou que a dignidade do trabalhador deve prevalecer sobre interpretações restritivas de normas trabalhistas, inclusive em contextos de reforma ou flexibilização legislativa, de acordo:

Formalizada a recepção do ato internacional, suas normas situam-se no mesmo plano das leis ordinárias. Dessa paridade resulta que eventual divergência deve ser resolvida pela aplicação dos critérios cronológicos e da especialidade, do que decorre a força de lei dos tratados internacionais formalmente incorporados, suficiente, inclusive, para revogar, por incompatibilidade, a legislação interna então vigente (BRASIL, STF, 2024, ADI 1.625 / UF, p. 4-5).

Cabe destacar, ainda, que a interpretação constitucional orientada pela dignidade do trabalho exige o engajamento de todas as esferas do poder público. Isso inclui a formulação de políticas públicas que assegurem trabalho decente, a ampliação da fiscalização trabalhista, o combate ao trabalho escravo contemporâneo e a promoção de ambientes laborais saudáveis, com ênfase na prevenção do adoecimento mental. Como observam Bezerra (2020) e Bertotti (2014), a interpretação constitucional deve assumir caráter transformador, resgatando o papel

emancipador do trabalho e combatendo as formas modernas de exploração e violência institucional.

Por fim, é imprescindível que a academia jurídica avance no desenvolvimento de uma teoria constitucional do trabalho digno, capaz de integrar os aportes das ciências sociais, da filosofia política e da psicologia do trabalho. Essa abordagem interdisciplinar é fundamental para compreender a complexidade do fenômeno laboral contemporâneo e para fundamentar decisões jurídicas mais justas, sensíveis e comprometidas com os direitos fundamentais.

A centralidade do trabalho digno na interpretação constitucional não é, portanto, uma opção retórica ou uma formulação genérica. Trata-se de uma exigência normativa que desafia o modelo de desenvolvimento econômico excludente e impõe ao Estado e à sociedade civil a obrigação de proteger o trabalhador em sua integralidade. Esse é o caminho para a construção de uma democracia materialmente inclusiva e de um constitucionalismo que cumpra sua promessa fundacional de justiça social.

Diante o exposto, o desenvolvimento do Capítulo I permitiu o aprofundamento dos fundamentos jurídicos que asseguram a saúde mental do trabalhador como direito fundamental no contexto das relações de trabalho, revelando a amplitude normativa e institucional que ampara essa proteção. A dignidade da pessoa humana, alçada a princípio fundante da República Federativa do Brasil, mostrou-se como vetor interpretativo essencial para a compreensão do direito à saúde mental, especialmente na sua interface com o trabalho. Ao longo da análise constitucional, ficou evidente que esse direito não está isolado, mas conectado a uma rede de

garantias sociais e protetivas que dão sentido material à cidadania e que impõem ao Estado obrigações de caráter positivo.

A abordagem dos direitos sociais na Constituição de 1988 evidenciou um projeto normativo comprometido com a justiça social e com a promoção de condições existenciais que permitam o florescimento humano em todas as suas dimensões, física, psíquica e simbólica. A legislação infraconstitucional, por sua vez, apesar de oferecer bases importantes, revelou-se ainda fragmentada, carente de integração e sensibilidade diante dos desafios contemporâneos impostos pela complexidade do sofrimento mental no ambiente laboral. A análise crítica das normativas existentes, da CLT às NRs, passando pela Lei nº 10.216/2001, demonstrou que o aparato jurídico vigente ainda precisa ser fortalecido para lidar com a realidade psicossocial do mundo do trabalho.

As convenções internacionais analisadas reforçaram o dever estatal de proteção à saúde mental dos trabalhadores, ao mesmo tempo em que ampliaram o horizonte normativo da discussão, revelando a densidade jurídica dos compromissos internacionais assumidos pelo Brasil. Destacou-se, nesse ponto, o papel das Convenções da OIT e das diretrizes da OMS, que apontam caminhos mais integrados e preventivos no trato com a saúde psíquica no trabalho.

Ademais, a reflexão sobre a interpretação constitucional demonstrou que a centralidade do trabalho digno não pode ser dissociada da realização dos direitos fundamentais, pois é por meio do trabalho, em sua dimensão digna e protegida, que se concretizam valores como liberdade, autonomia e inclusão.

Como pesquisadora comprometida com o rigor científico e com a justiça social, pude compreender que o ordenamento jurídico brasileiro fornece uma base sólida

normativa, porém ainda insuficientemente mobilizada para enfrentar, de forma eficaz, o adoecimento mental que emerge das estruturas laborais atuais. A leitura sistemática e principiológica da Constituição, conjugada ao diálogo com os tratados internacionais e a legislação infraconstitucional, revela uma matriz de proteção que precisa ser ativada e reinterpretada à luz da realidade contemporânea. A efetividade do direito à saúde mental no trabalho depende, sobretudo, de um compromisso institucional que articule teoria e prática, direito e política pública, norma e subjetividade.

A partir dessa compreensão jurídica e normativa, o próximo capítulo aprofundará os impactos das transformações estruturais do mundo do trabalho sobre a saúde mental dos trabalhadores, buscando compreender como as dinâmicas da precarização, da flexibilização e da desregulamentação influenciam o sofrimento psíquico e produzem novas formas de invisibilização e desgaste subjetivo. Serão mobilizadas abordagens críticas da sociologia e filosofia do trabalho para evidenciar as conexões entre o adoecimento mental e o modo de organização do trabalho na contemporaneidade..

CAPÍTULO 02

**TRANSFORMAÇÕES DO TRABALHO E SOFRIMENTO PSÍQUICO:
CONTRIBUIÇÕES DA FILOSOFIA E SOCIOLOGIA**

TRANSFORMAÇÕES DO TRABALHO E SOFRIMENTO PSÍQUICO: CONTRIBUIÇÕES DA FILOSOFIA E SOCIOLOGIA

A compreensão da saúde mental do trabalhador como direito fundamental exige, para além do arcabouço jurídico que lhe confere respaldo normativo, uma análise crítica e contextualizada sobre as transformações estruturais do trabalho na modernidade e seus efeitos subjetivos. Esse segundo capítulo parte da premissa de que o adoecimento psíquico no ambiente laboral não se configura como fenômeno isolado ou de natureza exclusivamente individual, mas como consequência direta de mudanças no modo de organização do trabalho, nas formas de gestão da força produtiva e nos valores que regem a racionalidade econômica contemporânea.

Com isto, este capítulo volta-se à investigação dos elementos sociais, filosóficos e sociológicos que fundamentam o sofrimento mental no trabalho como expressão de uma crise mais ampla da experiência laboral. Nas últimas décadas, o trabalho sofreu uma reconfiguração profunda, deixando de ser, em muitos contextos, o eixo estruturante da identidade e da estabilidade social, passando a ocupar lugar de instabilidade, insegurança e constante tensão. O primeiro subtópico deste capítulo (2.1 As metamorfoses do trabalho e o declínio da centralidade laboral na modernidade) abordará justamente esse deslocamento. Partindo de uma leitura crítica da modernidade e do declínio do modelo fordista de

organização produtiva, este tópico examinará como o trabalho deixou de representar uma promessa de pertencimento e realização pessoal, para se tornar, cada vez mais, um espaço de volatilidade e perda de sentido, afetando diretamente os vínculos sociais, os projetos de vida e a saúde psíquica dos indivíduos.

A partir dessa constatação, o segundo subtópico (2.2 Precarização, uberização e novas formas de exploração subjetiva) examinará como a flexibilização das relações laborais, a difusão do trabalho por demanda mediado por plataformas digitais e o crescimento da informalidade constituem novas formas de exploração, cujos impactos transcendem o plano material. Serão analisadas as consequências emocionais e cognitivas dessa nova morfologia do trabalho, como a ansiedade crônica, a autoexploração, a culpa pelo baixo desempenho e o isolamento social, elementos que desafiam a capacidade de resposta das normas jurídicas tradicionais e impõem uma atualização das políticas de proteção à saúde mental no trabalho.

Na sequência, o subtópico (2.3 O sofrimento psíquico como fenômeno estrutural nas relações laborais contemporâneas) propõe um deslocamento da abordagem individualizante do sofrimento para uma compreensão de sua dimensão estrutural. A partir da contribuição de autores da psicodinâmica do trabalho, será discutido como a organização das tarefas, os modelos de gestão e as exigências de produtividade exacerbada produzem sofrimento subjetivo sistemático, naturalizado nas culturas organizacionais. O foco recairá sobre as formas de invisibilização institucional do sofrimento, que é muitas vezes interpretado como falha

individual, mascarando sua origem coletiva e organizacional.

Já o último subtópico (2.4 Contribuições filosóficas e sociológicas para a crítica do adoecimento no trabalho) reúne os aportes de pensadores fundamentais para a crítica das transformações do trabalho e do impacto psicológico gerado pelas novas configurações do mundo produtivo. A partir de Karl Marx, Ricardo Antunes, André Gorz, Richard Sennett e Byung-Chul Han, será realizada uma reflexão interdisciplinar que articula teoria crítica, sociologia do trabalho e filosofia da subjetividade para compreender os mecanismos de alienação, fragmentação, esvaziamento do sentido do trabalho e internalização da violência produtiva. Essa abordagem permitirá observar como o sofrimento mental do trabalhador se inscreve em uma lógica mais ampla de desumanização das relações laborais.

Este segundo capítulo, portanto, propõe-se a aprofundar o entendimento do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho a partir de lentes críticas e interdisciplinares, deslocando o foco da análise normativa para a análise das dinâmicas sociais e produtivas que afetam o psiquismo do trabalhador. Ao fazer isso, lança as bases para que, nos capítulos subsequentes, sejam avaliadas as respostas institucionais e jurídicas que vêm sendo formuladas diante desse fenômeno, revelando suas insuficiências, desafios e potencialidades.

2.2.1 As metamorfoses do trabalho e o declínio da centralidade laboral na modernidade

A reconfiguração contemporânea do trabalho, marcada pela flexibilização, desmaterialização e fragmentação das atividades laborais,

constitui um dos fenômenos mais emblemáticos da transição da modernidade industrial para a era da acumulação flexível. O deslocamento da centralidade do trabalho como eixo estruturante da identidade social do indivíduo tem produzido efeitos profundos sobre a subjetividade dos trabalhadores e, conseqüentemente, sobre sua saúde mental. Essa mudança não ocorre de forma neutra ou espontânea: ela reflete transformações estruturais impulsionadas por lógicas de mercado que colocam em xeque os pilares tradicionais da estabilidade ocupacional.

No século XX, o trabalho assumiu lugar central nas sociedades ocidentais, funcionando como elemento integrador da cidadania e promotor de pertencimento social. Essa concepção encontra respaldo nos estudos de Castel (1998), que analisou como a sociedade salarial organizava não apenas o sistema produtivo, mas também os dispositivos de proteção social e reconhecimento simbólico.

Contudo, com a ascensão do neoliberalismo nas últimas décadas, essa centralidade passou a ser contestada por um modelo de trabalho pautado na incerteza, na intermitência e na individualização das responsabilidades.

A chamada “flexibilização produtiva”, descrita por Antunes (2018) como característica do capitalismo globalizado, promove a substituição das formas estáveis e normatizadas de trabalho por vínculos frágeis, muitas vezes mediados por plataformas digitais e terceirizações sucessivas. Nesse novo arranjo, o trabalhador é

convocado a adaptar-se continuamente a exigências mutantes, sendo avaliado não mais por sua trajetória profissional, mas por resultados

imediatos e mensuráveis. Essa ruptura tem implicações diretas sobre a constituição da identidade laboral, uma vez que, como defende Dubar (2005), a identidade profissional é construída pela articulação entre a história individual e os quadros institucionais que a reconhecem.

Autores como Sennett (2001) apontam que a corrosão do caráter nas relações de trabalho decorre da instabilidade dos laços laborais e da ausência de narrativas profissionais coerentes. A impossibilidade de projetar um futuro dentro do mesmo emprego ou carreira compromete não apenas a segurança financeira, mas o próprio senso de continuidade existencial do sujeito. A subjetividade torna-se marcada por sentimentos de precariedade, descartabilidade e anonimato, intensificando o sofrimento psíquico.

Essa condição é agravada pela ascensão do trabalho imaterial, conceito desenvolvido por Lazzarato (2006), que designa atividades baseadas na produção de conhecimento, comunicação e afetividade. Nesse tipo de trabalho, é a própria subjetividade do trabalhador, sua criatividade, empatia, capacidade de engajamento, que se torna mercadoria. Como observam Hardt e Negri (2005), o corpo e a mente do trabalhador deixam de ser separados da produção; ao contrário, são incorporados ao processo de forma integral. Isso gera uma sobrecarga emocional invisível, muitas vezes naturalizada sob o discurso da "vocação" ou "paixão pelo que se faz".

Sob a lente da filosofia crítica, especialmente em Foucault (2008), é possível compreender como o discurso neoliberal transforma o sujeito em empresa de si mesmo. O trabalho deixa de ser apenas obrigação e passa a representar um projeto de autovalorização permanente. Essa lógica

intensifica mecanismos de autocontrole, autovigilância e culpabilização, produzindo patologias psíquicas como burnout, depressão e ansiedade.

Nesse contexto, o sofrimento deixa de ser reconhecido como consequência de um sistema laboral adoecedor e passa a ser tratado como falha individual. A sociologia crítica brasileira também tem contribuído de forma expressiva para o debate. Alves (2011), por exemplo, enfatiza a “nova morfologia do trabalho” marcada pela informalidade estrutural e pela financeirização da economia. Para ele, há um desencaixe crescente entre as promessas modernistas de emancipação pelo trabalho e as práticas concretas do capitalismo tardio, que desvalorizam a força de trabalho e promovem a exclusão simbólica dos que não se enquadram nos moldes de produtividade e eficiência.

Os efeitos dessas transformações na saúde mental dos trabalhadores são documentados em diversas pesquisas empíricas. Dejours (2007) argumenta que o sofrimento no trabalho não é apenas inevitável, mas estruturante das novas formas de gestão, que operam por meio da competitividade interna e do isolamento. Nesse cenário, a cooperação cede lugar à concorrência, e o trabalhador é compelido a ocultar suas emoções e fragilidades para manter-se empregável.

A própria ideia de cidadania sofre abalos. Quando o trabalho deixa de assegurar condições mínimas de reconhecimento, estabilidade e pertencimento, enfraquecem-se também as bases democráticas da vida social. Para Castel (1998), a exclusão não se limita à ausência de renda, mas implica o rompimento das redes simbólicas e institucionais que garantem ao indivíduo um lugar no mundo. Nesse sentido, a “desfiliação”

torna-se fenômeno recorrente entre trabalhadores precarizados, que se veem desprovidos de horizonte coletivo.

Não por acaso, a subjetividade contemporânea é descrita por muitos autores como ansiosa, hiperconectada e permanentemente mobilizada. A identidade laboral, outrora ancorada em profissões e pertencimentos duradouros, dissolve-se em ocupações transitórias e multifuncionais, cuja legitimidade é constantemente colocada em dúvida. O sujeito, reduzido a seu desempenho, torna-se vulnerável a ciclos de autoexploração, esgotamento e exclusão.

Frente a esse panorama, torna-se urgente recuperar o debate sobre a centralidade do trabalho não como imposição alienante, mas como condição para o reconhecimento social e a produção de sentido. O trabalho não pode ser reduzido a mercadoria ou recurso descartável; ele é, em grande medida, o lugar onde se inscrevem valores, afetos e projetos de vida.

Pensar políticas de inclusão social que promovam a saúde mental do trabalhador passa, necessariamente, por reconhecer as metamorfoses do trabalho e seus impactos na subjetividade. Com isso, o declínio da centralidade laboral, longe de ser mera consequência da modernização técnica, expressa uma escolha política e econômica que prioriza o capital em detrimento da dignidade humana. Reverter esse quadro implica resgatar o papel do Estado como garantidor de direitos e reestruturar as instituições do trabalho com base em princípios de solidariedade, reconhecimento e proteção à saúde mental.

2.2.2 Precarização, uberização e novas formas de exploração subjetiva

A transição para o capitalismo de plataforma promoveu um conjunto de transformações estruturais nas relações laborais que impactam diretamente a saúde mental dos trabalhadores. Essa nova dinâmica, frequentemente denominada de “uberização do trabalho”, representa não apenas uma ruptura com os modelos tradicionais de emprego, mas também a intensificação de formas sutis e profundas de precarização que atravessam a subjetividade do trabalhador, gerando efeitos psíquicos persistentes e difíceis de mensurar.

O termo “uberização” é utilizado para descrever a lógica do trabalho mediado por plataformas digitais, marcado pela ausência de vínculos empregatícios formais, pela fragmentação do tempo e pela gestão algorítmica da produtividade. Conforme argumenta Abílio (2020), trata-se de uma forma de trabalho que, embora vendida como inovação e autonomia, opera na prática sob uma lógica de exploração intensificada, desresponsabilizando juridicamente as empresas e sobrecarregando o trabalhador com responsabilidades operacionais e emocionais que extrapolam os limites do contrato.

Neste cenário, a precarização se apresenta não apenas como uma realidade material, mas como uma categoria existencial, que desestrutura o cotidiano e as bases psíquicas da estabilidade do sujeito. Mendes (2007) destaca que o trabalho por demanda, marcado por jornadas imprevisíveis e remuneração volátil, acentua um estado de ansiedade contínua, no qual o trabalhador precisa estar permanentemente disponível para ser convocado

pelo algoritmo.

A subjetividade do trabalhador é mobilizada como recurso de produção. Segundo Grohmann (2021), nas plataformas digitais espera-se que o trabalhador seja cordial, proativo, resiliente e emocionalmente disponível, mesmo em condições adversas. As avaliações feitas pelos usuários se tornam mecanismos de controle indireto, configurando uma forma de gestão baseada na performance subjetiva. A ausência de interação humana direta com supervisores ou instituições transfere a

responsabilidade pela manutenção do vínculo exclusivamente ao trabalhador, que internaliza a culpa por qualquer falha.

Essa forma de controle, muitas vezes naturalizada, representa uma nova fase do que Foucault (2008) denominou como biopolítica: uma racionalidade que penetra na esfera da vida, moldando comportamentos, afetos e valores. No modelo da uberização, a produção não é apenas de bens ou serviços, mas de modos de ser. Assim, a exploração do trabalhador se dá em nível ontológico, atingindo não só o corpo, mas a identidade, o desejo e a autoestima.

A precarização do vínculo laboral também se manifesta por meio do esvaziamento jurídico do trabalho. Conforme observa Andretta (2019), a legislação brasileira ainda opera sob uma lógica fordista de vínculo fixo, enquanto as novas formas de trabalho escapam às normativas tradicionais. A ausência de reconhecimento legal deixa esses trabalhadores à margem dos sistemas de proteção social, como previdência, seguro-desemprego ou direito à desconexão. Essa invisibilidade institucional é uma forma de violência simbólica que amplia a vulnerabilidade psíquica e existencial.

Estudos empíricos recentes demonstram a intensidade desse sofrimento. De acordo com Beck (2024), motoristas de aplicativos relatam sentimentos de isolamento, ansiedade constante e esgotamento físico e mental decorrente da instabilidade financeira e do excesso de horas trabalhadas. O tempo de descanso, quando existe, é vivido com culpa, pois cada minuto offline pode significar perda de renda. O ideal da produtividade total torna-se um imperativo subjetivo que aprisiona o trabalhador em um ciclo ininterrupto de autovigilância.

A precarização também atinge a organização coletiva do trabalho. Bender (2022) argumenta que a informalidade digital enfraquece os vínculos de solidariedade entre trabalhadores, inviabilizando a ação sindical e a reivindicação de direitos. O discurso da autonomia e da liberdade de escolha esconde a realidade de um trabalho profundamente solitário, fragmentado e desprotegido, no qual o trabalhador se vê como único responsável por seu sucesso ou fracasso.

O modelo de subjetivação promovido pela uberização está intimamente ligado ao neoliberalismo como forma de governamentalidade. Dardot e Laval (2016) explicam que o sujeito neoliberal é aquele que assume para si a tarefa de gerir sua

própria vida como uma empresa. Nesse sentido, o trabalhador se converte em "empreendedor de si mesmo", uma entidade solitária que deve investir em sua marca pessoal, aumentar sua competitividade e maximizar seus resultados, mesmo que isso signifique ultrapassar seus próprios limites físicos e emocionais.

A questão do sofrimento psíquico, nesse contexto, deixa de ser um

problema de saúde pública para ser tratado como falha individual ou falta de competência emocional. Isso contribui para o processo de patologização do trabalhador, conforme criticado por Antonio e Mendes (2023), no qual os sintomas do adoecimento, como ansiedade, depressão ou burnout, são medicalizados sem que se questione o sistema de trabalho que os produz. A medicalização, portanto, atua como um dispositivo de silenciamento político.

Os dados do VII Congresso Brasileiro de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho (2024) confirmam essa tendência. Segundo os estudos apresentados, trabalhadores de aplicativos estão entre os grupos mais afetados por transtornos mentais, mas raramente têm acesso a políticas públicas de acolhimento e cuidado. Muitos sequer são reconhecidos como trabalhadores no sentido jurídico do termo, o que os exclui de qualquer estratégia de saúde ocupacional.

No campo da filosofia social, essas novas formas de exploração revelam uma redefinição perversa do conceito de liberdade. Para Sennett (2001), a flexibilização promovida pelo capitalismo contemporâneo destrói a possibilidade de construir narrativas biográficas coerentes, impedindo o sujeito de desenvolver senso de continuidade, reconhecimento e pertencimento. A ausência de futuro previsível, combinada à exigência de performance permanente, mina a base emocional sobre a qual se estrutura a identidade profissional.

É fundamental, portanto, repensar o papel do Estado e do Direito na regulação das plataformas digitais e na proteção da saúde mental dos trabalhadores inseridos nesse regime. Como defendem Gomes-Souza e

Tramontano (2023), qualquer política de inclusão social deve considerar a subjetividade como dimensão política da existência, reconhecendo o sofrimento psíquico como indicador de injustiça estrutural. Mais do que atualizar a legislação, é necessário criar novos paradigmas de trabalho que priorizem o bem-estar, a estabilidade e o reconhecimento social.

2.2.3 O sofrimento psíquico como fenômeno estrutural nas relações laborais contemporâneas

A intensificação dos processos de reestruturação produtiva nas últimas décadas provocou transformações profundas na organização do trabalho, acarretando consequências significativas para a saúde mental dos trabalhadores. O sofrimento psíquico, longe de ser uma questão individual ou episódica, passa a configurar-se como um fenômeno estrutural das relações laborais, resultante das novas formas de gestão, controle e exploração subjetiva. A crítica sociológica e filosófica contemporânea vem justamente se debruçando sobre essa dimensão invisibilizada do adoecimento psíquico no contexto produtivo, compreendendo-a como parte constitutiva da lógica neoliberal.

Christophe Dejours, psiquiatra e psicanalista francês, figura central na construção da psicodinâmica do trabalho, propõe que o sofrimento no trabalho decorre da contradição entre as exigências organizacionais e os limites psíquicos dos sujeitos. Segundo ele, a organização do trabalho pode funcionar como matriz de sofrimento quando impede a expressão da subjetividade, suprime o reconhecimento e impõe normas rígidas, desconsiderando as estratégias defensivas dos indivíduos (DEJOURS, 1992). O sofrimento não é acidental, mas estrutural, pois está inscrito na

própria lógica de organização das atividades laborais.

Essa compreensão se confirma nas análises de Mendes (2023), que observa como o trabalho, ao exigir cada vez mais flexibilidade, competitividade e resultados mensuráveis, tem submetido os indivíduos a pressões constantes, sem oferecer contrapartidas simbólicas que favoreçam a elaboração do sofrimento. O resultado é o desenvolvimento de quadros clínicos como a síndrome de burnout, depressão, transtornos de ansiedade e outros distúrbios emocionais cuja gênese está diretamente relacionada à estruturação do trabalho.

De acordo com a psicodinâmica do trabalho, o sofrimento pode ser transformado em prazer, desde que haja espaço para o reconhecimento e a reconstrução subjetiva da tarefa. Contudo, quando o trabalhador é privado de seu papel simbólico, do reconhecimento do outro e de espaços de elaboração coletiva, o sofrimento se torna patogênico (DEJOURS, 2007). A invisibilidade desse sofrimento é agravada pelas práticas organizacionais que o tratam como disfunção individual, afastando-o da crítica estrutural ao modelo de gestão.

Quadro 1 – Sofrimento Psíquico como Fenômeno Estrutural no Trabalho

DIMENSÃO ANALISADA	DISCUSSÃO	AUTORES
Conceito de sofrimento psíquico	Sofrimento é consequência da contradição entre exigências organizacionais e a subjetividade do trabalhador.	Dejours (1992, 2007); Mendes (2012)

Fenômeno estrutural	Não é pontual ou individual, mas derivado da própria lógica de organização do trabalho e das práticas gerenciais contemporâneas.	Dejours (2007); Dias <i>et al.</i> (2019)
Síndrome de Burnout	Resulta da pressão por produtividade, falta de reconhecimento e intensificação das metas. Manifesta-se por esgotamento físico, emocional e despersonalização.	Mendes (2012); Codo e Sampaio (1995)
Transtornos de ansiedade	Provocados pela instabilidade, competição entre pares, falta de controle sobre tarefas e gestão algorítmica.	Bouyer (2015); Schindwein <i>et al.</i> (2024)
Depressão relacionada ao trabalho	Surge da frustração contínua, ausência de sentido no trabalho e isolamento subjetivo. Frequentemente tratada como falha individual, não estrutural.	Dejours (2007); Aguiar e Santos (2017)
Organização do trabalho como causa central	É o principal fator de sofrimento. Pressões excessivas, ausência de autonomia e individualização das metas intensificam o adoecimento.	Mendes (2012); Molinier (2004); Dejours (2007)
Ausência de reconhecimento	A falta de valorização simbólica e relacional contribui diretamente para o adoecimento e esvaziamento da identidade profissional.	Dejours (1992, 2007); Molinier (2004)
Ideologia gerencialista / neoliberalismo	Submete os sujeitos à lógica do desempenho contínuo, transformando sofrimento em responsabilidade individual e dificultando sua problematização coletiva.	Dias <i>et al.</i> (2019); Chauí (2001); Antunes (2018)
Medicalização do sofrimento	Uso crescente de medicamentos para lidar com os efeitos do trabalho sem alterar suas causas estruturais. Funciona como estratégia de silenciamento institucional.	Schindwein <i>et al.</i> (2024); Mendes (2007)

Clínica do trabalho como proposta alternativa	Espaços de escuta e elaboração coletiva do sofrimento permitem transformar dor em reflexão e reconstrução subjetiva do fazer profissional.	Mendes (2012); Dejours (1992)
---	--	----------------------------------

Fonte: Autora, 2025.

O quadro-resumo acima sistematiza, com foco especial a gênese estrutural dos quadros clínicos como burnout, depressão, ansiedade e outros distúrbios emocionais relacionados à organização do trabalho. O conceito de sofrimento ético, desenvolvido por Dejours, revela que a discrepância entre o que se exige do trabalhador e os valores que ele sustenta internamente pode gerar um conflito moral profundo, corroendo a autoestima e abrindo espaço para o adoecimento. A exigência de cumprimento de metas inatingíveis, o estímulo à competitividade entre pares e a ausência de canais de escuta e acolhimento intensificam esse quadro. Essa lógica é também explorada por Molinier (2004), que destaca como a supressão do espaço intersubjetivo nas organizações conduz à banalização do sofrimento e, conseqüentemente, à sua naturalização.

Além disso, a ideologia gerencialista, que trata os trabalhadores como meros recursos e valoriza a eficiência acima da saúde, contribui para a exacerbação do sofrimento. Em estudo recente, Dias et al., (2019) demonstram como essa racionalidade neoliberal infiltra-se nas práticas de gestão, disseminando valores de produtividade, meritocracia e empreendedorismo de si, os quais deslocam a responsabilidade do sofrimento para o próprio sujeito, gerando sentimentos de culpa, fracasso e inadequação.

No Brasil, essa problemática adquire contornos ainda mais complexos em razão das desigualdades sociais históricas e da fragilidade das políticas públicas de saúde mental no trabalho. A pesquisa realizada por Bouyer (2015) evidencia como o sofrimento no trabalho afeta principalmente os profissionais inseridos em contextos de instabilidade, baixa remuneração e ausência de apoio institucional, tornando-se um vetor de exclusão social e vulnerabilidade psíquica.

É nesse sentido que Codo e Sampaio (1995) chamam atenção para a necessidade de compreender o sofrimento nas organizações como um fenômeno coletivo, que exige análise interdisciplinar e políticas institucionais efetivas. Eles defendem que a saúde mental dos trabalhadores deve ser tratada como um direito social, e não como um privilégio ou responsabilidade individual. Essa abordagem crítica rompe com a tradição clínica centrada na patologia e abre espaço para uma visão mais ampliada do sujeito inserido em um campo social de forças.

A organização do trabalho, portanto, deixa de ser um mero cenário e passa a ser elemento ativo na produção de subjetividades adoecidas. Aguiar e Santos (2017) mostram como os conflitos interpessoais no ambiente de trabalho, frequentemente interpretados como problemas de personalidade, têm, na verdade, raízes na estrutura hierárquica rígida, na pressão por resultados e na falta de canais democráticos de comunicação.

Essa dimensão estrutural do sofrimento é também evidenciada na obra de Dejours (2007), que retoma a ideia de que a intensificação do sofrimento psíquico no trabalho contemporâneo está ligada à erosão do valor do coletivo, à precarização dos vínculos e ao enfraquecimento das

formas tradicionais de solidariedade no espaço laboral. O sofrimento torna-se mais silencioso e individualizado, tornando mais difícil sua politização.

A partir da sociologia crítica do trabalho, autores como Ricardo Antunes (2018) e Marilena Chauí (2001) também contribuem para o entendimento do sofrimento como expressão das contradições do sistema capitalista. Antunes argumenta que a intensificação do trabalho e a perda da centralidade do trabalhador como sujeito ativo na produção têm desumanizado a experiência laboral, ao passo que Chauí denuncia a transformação do trabalhador em um sujeito-empresa, constantemente mobilizado para performar, vender sua imagem e controlar suas emoções, em um ciclo que compromete profundamente sua saúde psíquica.

A patologização do sofrimento, nesse contexto, é um recurso ideológico. Em vez de enfrentar as causas estruturais, como a intensificação do ritmo de trabalho, a fragmentação das tarefas e o isolamento relacional, recorre-se à medicalização do trabalhador. Segundo Schlindwein et al. (2024), a naturalização do uso de ansiolíticos, antidepressivos e estimulantes nos ambientes de trabalho funciona como uma forma de silenciamento da crítica e manutenção do status quo organizacional.

Cabe destacar, ainda, a importância da escuta clínica e institucional como ferramenta de transformação. A proposta da Clínica da Atividade e da Psicodinâmica do Trabalho, conforme sistematizada por Mendes (2023), busca exatamente criar espaços nos quais os trabalhadores possam reconstruir coletivamente o sentido de seu fazer, compartilhar experiências e elaborar o sofrimento de forma produtiva, evitando seu adoecimento.

Com isso, reconhecer o sofrimento psíquico como fenômeno

estrutural significa admitir que ele não é consequência de fragilidades individuais, mas do modo como o trabalho tem sido organizado em função de metas abstratas, lógicas impessoais e ausência de sentido coletivo. A transformação desse quadro exige o resgate do humano no trabalho, o fortalecimento de vínculos solidários e a reconstrução de formas de reconhecimento mútuo.

2.2.4 Contribuições filosóficas e sociológicas para a crítica do adoecimento no trabalho

A compreensão do sofrimento psíquico no contexto laboral contemporâneo demanda não apenas análises clínicas ou epidemiológicas, mas também uma abordagem filosófica e sociológica crítica que questione os fundamentos do modelo produtivo vigente. Diversos pensadores, ao longo das últimas décadas, vêm se dedicando a entender os efeitos subjetivos e coletivos da organização capitalista do trabalho, apontando que o adoecimento mental não é um fenômeno isolado, mas uma consequência estrutural da lógica econômica dominante.

Karl Marx é, sem dúvida, um dos precursores fundamentais dessa crítica. Em sua análise do processo de produção capitalista, Marx identifica que a alienação do trabalhador ocorre em diversas dimensões: ele se separa do produto do seu trabalho, do ato de produzir, de sua essência humana e dos demais indivíduos (MARX, 2011). Essa alienação não se restringe ao século XIX. Ela se atualiza de modo perverso nas formas contemporâneas de organização do trabalho, marcadas por exigências de produtividade, fragmentação de tarefas e perda do sentido coletivo.

Ricardo Antunes, em sua vasta obra, dá continuidade a essa perspectiva marxista, atualizando-a diante das novas formas de exploração surgidas na era digital e da financeirização do capital. Para o autor, o trabalho contemporâneo é marcado pela multiplicação de vínculos precários, pela intensificação do ritmo produtivo e pela captura da subjetividade dos trabalhadores (ANTUNES, 2018). Ao invés de libertar o indivíduo, a tecnologia é utilizada para ampliar o controle e expandir a lógica da mercantilização da vida, o que gera sofrimento, insegurança e esvaziamento simbólico.

No mesmo caminho crítico, André Gorz contribui com uma reflexão sobre o esgotamento do trabalho como princípio organizador da vida. Para ele, o avanço tecnológico, longe de reduzir a jornada laboral e proporcionar emancipação, aprofundou a lógica da exploração, ao mesmo tempo em que reduziu o número de postos de trabalho formais. Gorz propõe uma redefinição do valor do trabalho, deslocando o centro da vida para além da esfera produtiva e advogando por uma renda básica universal e pela valorização de atividades não mercantis como condição para o bem viver (GORZ, 2005).

Richard Sennett, por sua vez, aprofunda a crítica ao trabalho sob o prisma da ética da flexibilidade. Em sua obra “A corrosão do caráter”, o autor demonstra como a fragmentação das carreiras e a instabilidade constante deterioram a identidade profissional dos indivíduos, impedindo a construção de narrativas coerentes de vida (SENNETT, 2001). Para ele, o novo capitalismo destrói as bases morais da cooperação e substitui o

compromisso de longo prazo pela competição intermitente. O resultado é uma subjetividade ansiosa, solitária e permanentemente mobilizada para o desempenho.

Byung-Chul Han amplia essa análise ao afirmar que vivemos numa era marcada pela “sociedade do desempenho”, na qual o sujeito assume para si as exigências de produtividade e eficiência. O trabalhador, transformado em “empresário de si mesmo”, internaliza as cobranças que antes vinham de fora e se torna ao mesmo tempo explorador e explorado (HAN, 2015). Esse novo modelo não mais reprime, mas seduz. A liberdade aparente do indivíduo, segundo o autor, é uma armadilha que intensifica a autoexploração, levando a quadros crônicos de esgotamento psíquico, depressão e burnout.

Essas leituras convergem para uma constatação fundamental: o adoecimento mental no trabalho é um fenômeno socialmente produzido, e não uma patologia do indivíduo. A subjetividade contemporânea é moldada por exigências que violam os limites do corpo e da mente, transformando o sofrimento em um elemento funcional à reprodução do capital. O trabalhador do século XXI não é apenas aquele que executa tarefas, mas aquele que deve gerir sua imagem, seus afetos e suas emoções como ativos de mercado.

A crítica de Gorz e Antunes aponta ainda que o trabalho se tornou uma mercadoria emocional. Isso é especialmente visível nos setores de serviços, em que o desempenho afetivo é tão ou mais exigido do que a competência técnica. Sorrir, ser gentil, ter empatia, todas essas qualidades passam a ser mensuradas e remuneradas, o que representa uma nova forma

de alienação e captura da interioridade (ANTUNES, 2018; GORZ, 2005).

Sennett observa que esse tipo de gestão emocional leva à corrosão das virtudes clássicas do trabalho, como lealdade, paciência e compromisso. A identidade deixa de se formar na permanência e passa a ser definida pela adaptação constante, pela disponibilidade total e pelo desapego às relações (SENNETT, 2001). Isso não apenas esvazia o conteúdo simbólico do trabalho, mas compromete a saúde emocional dos indivíduos, que não conseguem mais elaborar o sofrimento de forma coletiva ou simbólica.

Já Han identifica na “positividade tóxica” do desempenho permanente um dos traços mais perigosos do mundo contemporâneo. Segundo ele, a depressão e o burnout não são desvios, mas sintomas legítimos de um sistema que exige a superação constante, mesmo à custa do esgotamento (HAN, 2015). O adoecimento torna-se, paradoxalmente, o preço pago por tentar corresponder ao ideal de liberdade neoliberal que não reconhece limites.

Essa crítica, ainda que densa e complexa, tem implicações práticas significativas. Ela exige que o debate sobre saúde mental no trabalho vá além de soluções pontuais, como campanhas de bem-estar ou ginástica laboral. Trata-se de repensar a organização do trabalho como um todo, seus valores fundantes, suas exigências simbólicas e suas formas de subjetivação.

Em outras palavras, é necessário resgatar o trabalho como espaço de realização humana, e não apenas de extração de valor. O adoecimento mental, sob essa perspectiva, deve ser politizado. Não se trata apenas de

oferecer apoio psicológico individual, mas de reconstruir formas coletivas de resistência, solidariedade e reconhecimento.

Como observa Antunes (2018), sem uma crítica radical ao modelo de produção vigente, qualquer política de saúde mental estará fadada a tratar os efeitos, e não as causas do sofrimento.

Neste sentido, as contribuições de Marx, Antunes, Gorz, Sennett e Han nos oferecem um embasamento teórico sólido a fim de compreender que a crise do trabalho é também uma crise da subjetividade. As soluções, assim, não são apenas clínicas, mas políticas. Enfrentar o adoecimento no trabalho exige transformar o modo como trabalhamos, o que valorizamos socialmente e como construímos sentido nas relações laborais.

2.2.4.1 A Sociedade do Desempenho e a Psicopolítica do Adoecimento: Byung-Chul Han

As contribuições filosóficas e sociológicas discutidas anteriormente revelam um diagnóstico consistente: o sofrimento psíquico no trabalho não decorre apenas da precariedade material ou da ausência de políticas públicas, mas da forma como o sujeito contemporâneo é moldado pelas exigências produtivas, relacionais e afetivas do sistema capitalista. Nesse ponto, destaca-se a leitura aguda de Byung-Chul Han como desdobramento teórico necessário ao aprofundamento dessa crítica.

Embora já mencionado no tópico anterior, Han merece um tratamento ampliado e estruturante, pois oferece uma chave interpretativa capaz de articular os planos subjetivo, social e institucional do adoecimento mental. Sua proposta filosófica não apenas complementa os autores clássicos como Marx, Antunes, Gorz e Sennett, mas inaugura um novo

vocabulário para entender o sofrimento psíquico como produto direto da racionalidade neoliberal. Trata-se de um autor que vai além da denúncia da precarização: ele examina a subjetividade adoecida como campo de batalha política, onde o poder opera por meio de liberdade, positividade e desempenho.

A partir disso, propõe-se, nesta subseção, aprofundar o conceito de “sociedade do desempenho” e explorar a noção de “psicopolítica” como forma contemporânea de dominação e produção de sofrimento, conectando essas categorias à realidade laboral brasileira. Diferentemente das análises que se concentram apenas em condições externas de trabalho, carga horária, salário, vínculos formais, Han convida a compreender o trabalho como um território simbólico, onde a exploração se interioriza, e o adoecimento se normaliza sob a aparência de liberdade.

A compreensão do sofrimento psíquico no ambiente de trabalho contemporâneo requer não apenas uma análise das estruturas produtivas e organizacionais, mas uma crítica profunda da subjetividade tal como vem sendo moldada no interior do capitalismo neoliberal. O filósofo sul-coreano Byung-Chul Han figura entre os pensadores mais influentes na tarefa de desvendar os mecanismos psicopolíticos que operam no âmago do sofrimento mental atual. Seus escritos propõem uma ruptura interpretativa com os modelos tradicionais de dominação, indicando que o novo paradigma de poder opera não mais por repressão, mas por sedução, autovigilância e autodesempenho.

Han (2015) argumenta que a sociedade contemporânea abandonou os mecanismos disciplinares descritos por Michel Foucault, centrados na

coerção e vigilância externas, e adentrou o que denomina “sociedade do desempenho”, na qual o sujeito não é mais submisso, mas proativo, motivado, multitarefa e permanentemente disponível para a produtividade. A figura central dessa era é o sujeito de desempenho (Leistungssubjekt), que se explora a si mesmo sob o ideal de liberdade, autonomia e superação, convertendo-se simultaneamente em opressor e oprimido.

Esse novo modelo de subjetivação é extremamente eficaz, pois opera por meio da positividade: incentiva, elogia, motiva e promete reconhecimento a partir do esforço individual. No entanto, essa positividade é tóxica, pois suprime a negatividade, o não, o limite, o descanso, a pausa, e transforma toda falha em culpa pessoal. A lógica do “você pode tudo” é, para Han, o que sustenta o novo regime de dominação, altamente eficiente e menos visível, mas devastador em termos psíquicos. O sujeito, ao não alcançar os ideais de produtividade e sucesso, não responsabiliza o sistema, mas a si mesmo.

A consequência direta dessa lógica é o esgotamento. Burnout, depressão, transtornos de ansiedade e sensação crônica de insuficiência não são, para Han, desvios, mas sintomas normais de um sistema que exige do sujeito um desempenho ilimitado. Como ele observa em *A Sociedade do Cansaço* (2015), não vivemos uma “época viral”, mas uma “época neuronal”, na qual as doenças típicas são de excesso, e não de repressão. Trata-se de patologias da liberdade, nascidas da sobrecarga de responsabilidade, da ausência de limites e da hiperconectividade.

O trabalhador contemporâneo, mesmo fora do expediente, continua conectado, não apenas digitalmente, mas emocional e simbolicamente ao

universo do trabalho. A era do smartphone tornou possível a dissolução completa das fronteiras entre vida profissional e pessoal. Trabalhar virou um modo de existir. Como observa Han (2021), a ideia de descanso como direito ou necessidade é substituída pelo “tempo produtivo”, inclusive durante o lazer, transformado em oportunidade de “autodesenvolvimento”.

A performance torna-se a gramática de todas as esferas da vida. Os indivíduos são permanentemente convocados a construir sua imagem, gerir suas redes sociais, manter-se atualizados, ser proativos, criativos, agradáveis e resilientes. A exigência não vem de fora: ela está internalizada, naturalizada e transformada em imperativo subjetivo. “A violência do desempenho é uma violência sistêmica”, afirma Han (2015), e sua força reside justamente na ausência de um inimigo externo: o algoz está dentro de nós.

No universo laboral, essa lógica é ainda mais radical. A meritocracia é apresentada como justiça, mas oculta as desigualdades estruturais, a pressão constante, a desvalorização das pausas, a supressão da solidariedade entre colegas e o enfraquecimento dos vínculos interpessoais. A subjetividade profissional é orientada pelo medo de não performar, de ser substituído, de fracassar. Isso gera, conforme Han, uma “crise de reconhecimento”, na qual o valor do trabalhador não advém mais do coletivo, mas da visibilidade individual, da marca pessoal, da capacidade de engajar-se a qualquer custo.

Esse cenário é agravado pelo que o autor denomina como “psicopolítica neoliberal” (Psicopolítica, 2017). Se na biopolítica foucaultiana o poder regulava corpos e populações, agora ele adentra a

mente, os afetos, os desejos. O controle não é imposto, mas voluntário. Somos persuadidos a nos otimizar o tempo todo, e qualquer recusa é vista como fracasso ou preguiça. O “sujeito empreendedor de si” se autogere, se automotiva e se autopenaliza. A consequência disso é uma epidemia de sofrimento silenciado.

Nesse ambiente, as formas tradicionais de resistência se tornam ineficazes. Não há padrão visível, nem jornada delimitada. A luta de classes é substituída pela competição entre pares. A cooperação cede lugar à comparação. A solidariedade é minada pela cultura da superação individual. O trabalhador deixa de se reconhecer como parte de uma classe e passa a se enxergar como um projeto em constante otimização. Han denomina isso de “despolitização do sofrimento” um processo em que o mal-estar é capturado pela indústria da autoajuda, do coaching, da produtividade emocional e da medicalização.

Nesse sentido, o sofrimento psíquico deixa de ser um problema social e torna-se um fracasso subjetivo. Transtornos mentais como depressão e ansiedade são tratados com medicamentos ou terapias comportamentais que não questionam o modelo de trabalho vigente, mas apenas buscam reinserir o indivíduo no sistema adoecedor. Han denuncia essa lógica como um novo tipo de violência simbólica: o “soft power” que adoece sem parecer violento.

É importante destacar que, para Han, a transparência total, ideal da contemporaneidade, não favorece a democracia, mas a vigilância. A exposição constante nas redes sociais, a necessidade de “performar felicidade” e a ausência de espaços para a interioridade compõem o cenário

da sociedade da positividade. Essa transparência compulsória invade também o trabalho: monitoramentos de produtividade, métricas de desempenho, feedbacks contínuos e autoavaliações permanentes instauram um ambiente onde tudo deve ser visível, auditável e quantificável.

A sociedade do desempenho não apenas transforma o trabalhador em mercadoria, ela transforma sua subjetividade em instrumento de produção. A criatividade, a empatia, a capacidade de comunicação, todas essas dimensões humanas são convertidas em competências, avaliadas por algoritmos, clientes e plataformas digitais. Han (2017) argumenta que essa instrumentalização do “eu” é uma forma de alienação extrema, pois coloniza até mesmo a interioridade do sujeito.

O sofrimento, nesse contexto, não encontra linguagem para ser expresso coletivamente. A individualização impede que ele se transforme em denúncia política. Por isso, Han propõe resgatar o silêncio, o tédio, a pausa, como espaços de resistência. Ele valoriza a negatividade como antídoto ao excesso de positividade: dizer não, recusar o desempenho, desacelerar. Esses gestos, aparentemente simples, são, segundo o autor, os primeiros passos para a recuperação da liberdade subjetiva.

A crítica de Han é especialmente relevante para o debate jurídico e institucional sobre saúde mental no trabalho. Ela aponta que qualquer política que ignore a lógica da autoexploração está fadada ao fracasso. Programas de “bem-estar” que não enfrentam a organização do trabalho como geradora de sofrimento apenas reforçam a ideia de que o problema está no indivíduo.

Han denuncia isso como “coaching institucionalizado”, que serve mais para apaziguar tensões do que para mudar estruturas. O direito à saúde mental deve ser entendido como um direito à limitação, à opacidade, ao tempo não produtivo. Deve incluir o direito ao silêncio, ao descanso, à desconexão. Han nos convida a repensar o conceito de liberdade como possibilidade de recusa, e não apenas de escolha. A liberdade neoliberal, que transforma tudo em produto e performance, precisa ser desnaturalizada para que o sofrimento psíquico deixe de ser um sintoma privado e se torne uma questão pública.

Logo, a contribuição de Byung-Chul Han permite compreender que o sofrimento mental do trabalhador na sociedade contemporânea é o resultado de uma nova forma de dominação que opera por meio da liberdade e da positividade. Sua análise filosófica da subjetividade neoliberal fornece bases fundamentais para pensar políticas públicas e estratégias jurídicas que rompam com a lógica da autoexploração. Somente ao reconhecer o caráter estrutural e simbólico do adoecimento psíquico será possível construir ambientes laborais mais humanos, éticos e verdadeiramente emancipadores.

Essa análise se apresenta como etapa essencial nesta dissertação, pois amplia a compreensão da crise subjetiva do trabalhador e prepara o terreno para a próxima fase da pesquisa, voltada à avaliação crítica das políticas públicas brasileiras direcionadas à saúde mental no trabalho. Se Han evidencia as raízes simbólicas e emocionais do sofrimento, o próximo capítulo investigará se e como o Estado brasileiro, por meio de suas

políticas institucionais, como a PNSM e a PNSTT, tem sido capaz de enfrentar essa lógica perversa que transforma a liberdade em instrumento de dominação.

Diante este cenário, o percurso desenvolvido ao longo deste capítulo procurou dar visibilidade à complexidade das transformações no mundo do trabalho e às formas como estas impactam, de maneira contundente, a saúde mental dos trabalhadores. Partindo da hipótese de que o sofrimento psíquico no trabalho não é um evento isolado nem fruto de fragilidades individuais, mas uma manifestação estrutural das dinâmicas contemporâneas de organização laboral, buscou-se aprofundar as implicações subjetivas e sociais de tais mudanças à luz das contribuições da filosofia e da sociologia crítica.

Com isso, foram examinadas as metamorfoses do trabalho, com ênfase no declínio da centralidade laboral e na ascensão de formas imateriais e fragmentadas de ocupação. Evidenciou-se que essa reconfiguração, marcada pela flexibilização e pela descontinuidade, compromete profundamente a construção da identidade e a estabilidade social do trabalhador, resultando em um cenário de desfiliação e insegurança ontológica. Essa transição fragiliza os vínculos tradicionais entre trabalho, cidadania e reconhecimento social, colocando em risco a saúde mental como dimensão da dignidade humana.

Em seguida, abordadas as novas formas de precarização e exploração subjetiva, com destaque para a lógica da uberização e da informalidade digital. Demonstrou-se que, sob o discurso da autonomia e da inovação, oculta-se uma intensa captura da subjetividade do trabalhador,

que passa a ser responsabilizado por metas inatingíveis e por seu próprio adoecimento. A ausência de vínculos formais, a vigilância algorítmica e a constante exposição à avaliação criam um ambiente laboral hostil, que opera silenciosamente na produção de quadros como ansiedade, depressão e burnout.

Ademais, o sofrimento psíquico foi reconhecido como um fenômeno estrutural, produzido pelas formas concretas de organização do trabalho e pelas estratégias de gestão baseadas na pressão por desempenho e na desvalorização simbólica do trabalhador. Com o suporte teórico da psicodinâmica do trabalho, reforçou-se a ideia de que a ausência de reconhecimento, a ruptura dos coletivos laborais e a invisibilização do sofrimento comprometem diretamente a saúde mental, revelando que o adoecimento é tanto clínico quanto social.

Neste viés, foram mobilizadas as contribuições críticas de Karl Marx, Ricardo Antunes, André Gorz, Richard Sennett e Byung-Chul Han, autores que, a partir de perspectivas diversas, desnudam o trabalho contemporâneo como locus de exaustão subjetiva, alienação existencial e esvaziamento ético. Suas reflexões apontam para a urgência de uma revalorização do trabalho enquanto espaço de realização humana, opondo-se frontalmente à lógica da autoexploração neoliberal que molda o sujeito como empresa de si mesmo.

Ao fim deste capítulo, reafirma-se que o sofrimento psíquico no trabalho não pode mais ser compreendido como um problema individual a ser tratado de modo isolado, mas como um indicativo de crise estrutural no campo das relações laborais. Trata-se de um fenômeno que exige respostas

coletivas, éticas, políticas e institucionais, e é justamente esse o ponto de transição que conduz ao próximo eixo da pesquisa.

No Capítulo III – Políticas Públicas e Saúde Mental no Trabalho: Entre a Previsão Legal e a Inclusão Social, a investigação volta-se para a dimensão institucional da proteção à saúde mental do trabalhador. O objetivo será avaliar, com base em dados secundários e referenciais normativos, a efetividade das políticas públicas existentes no Brasil, como a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), analisando seu grau de articulação com os direitos sociais, sua cobertura prática e sua capacidade de promoção de inclusão social.

CAPÍTULO 03

**POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE MENTAL NO TRABALHO: ENTRE A
PREVISÃO LEGAL E A INCLUSÃO SOCIAL**

POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE MENTAL NO TRABALHO: ENTRE A PREVISÃO LEGAL E A INCLUSÃO SOCIAL

Após a análise crítica das transformações no mundo do trabalho e da estruturação do sofrimento psíquico enquanto fenômeno coletivo, o presente capítulo direciona o foco da investigação para os instrumentos públicos concretos de enfrentamento dessa realidade: as políticas públicas voltadas à saúde mental dos trabalhadores no Brasil. Mais do que uma retomada da base legal previamente analisada, este capítulo se propõe a examinar como e em que medida essas políticas se materializam no cotidiano institucional, e quais são os desafios enfrentados para que efetivamente se traduzam em garantia de direitos e inclusão social.

A abordagem adotada aqui desloca o olhar da normatividade abstrata para a concretude da ação pública, observando as políticas como práticas que precisam ser avaliadas em sua capacidade de responder aos determinantes sociais da saúde mental laboral. Isso exige considerar não apenas seus marcos legais e diretrizes formais, mas sobretudo seu desenho institucional, seus meios de implementação, sua articulação intersetorial e seu impacto direto na vida dos trabalhadores — especialmente aqueles em situação de vulnerabilidade, inseridos em vínculos laborais precários ou invisíveis.

Neste sentido, o capítulo se inicia, em seu subtópico 2.3.1, com uma análise sobre o direito à saúde mental e o adoecimento psíquico no sistema de Justiça, buscando compreender não apenas o conteúdo normativo das

previsões legais, mas sobretudo os mecanismos institucionais que viabilizam (ou limitam) a efetivação desse direito. O foco recai sobre a forma como a saúde mental é incorporada nas políticas públicas e práticas institucionais do meio judiciário, evidenciando a relação entre sofrimento psíquico, condições de trabalho e cidadania ativa, e superando uma leitura estritamente jurídica ou abstrata do tema.

O subtópico 2.3.2 aprofundará o exame das principais políticas públicas existentes, com especial atenção à Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). A análise buscará identificar os fundamentos filosóficos e operacionais dessas políticas, bem como seus mecanismos de articulação com outras esferas da proteção social, como o SUS, a previdência, a assistência social e os direitos humanos. Será avaliado também o grau de intersetorialidade efetiva entre as ações planejadas e as demandas emergentes do novo cenário laboral brasileiro.

No subtópico 2.3.3, o foco se volta à análise crítica da efetividade e dos limites dessas políticas no enfrentamento do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho. Aqui, busca-se ultrapassar a visão prescritiva para observar os obstáculos práticos à concretização das diretrizes institucionais. Serão examinados aspectos como subfinanciamento, fragmentação das ações, ausência de dados sistematizados, limitações na cobertura territorial, bem como as dificuldades de acesso enfrentadas pelos trabalhadores em função da informalidade e da ausência de vínculos formais.

Por fim, no subtópico 2.3.4, pretende-se identificar estratégias e caminhos para o fortalecimento da inclusão social por meio da saúde mental no trabalho, com base em uma perspectiva que reconhece a centralidade da escuta, do reconhecimento simbólico e da participação coletiva. Serão discutidos modelos que valorizem o sujeito em sua integralidade, promovam o diálogo entre diferentes setores e possibilitem a reconstrução do trabalho como espaço de convivência ética, e não apenas de produtividade. A partir disso, será possível pensar em alternativas que não se limitem à reabilitação dos indivíduos, mas que visem a transformação das condições sociais que produzem o adoecimento.

Deste modo, este capítulo se insere como eixo fundamental da dissertação, pois permite compreender se e como o Estado brasileiro tem sido capaz de oferecer respostas públicas, estruturadas e eficazes frente ao sofrimento psíquico no trabalho, num momento histórico em que a saúde mental desponta como um dos principais desafios das democracias contemporâneas. O objetivo não é apenas apontar falhas ou lacunas, mas também encontrar caminhos para a reconstrução de uma agenda pública centrada na dignidade, na escuta e na promoção de condições laborais verdadeiramente humanas.

2.3.1 O Direito à Saúde Mental e o Adoecimento Psíquico no Sistema de Justiça

A concretização do direito à saúde mental no ambiente de trabalho ultrapassa os limites da normatividade abstrata e requer a análise de como este direito se efetiva através de mecanismos institucionais, normativos e operacionais. Não se trata, portanto, de repetir dispositivos constitucionais

já consagrados, mas de compreender como tais prerrogativas se traduzem em ações públicas, políticas setoriais e práticas institucionais voltadas à proteção psíquica dos trabalhadores. Nesse sentido, o reconhecimento do sofrimento mental relacionado ao trabalho como fenômeno coletivo exige a construção de políticas públicas consistentes, intersetoriais e dotadas de efetividade real.

No plano normativo, o Brasil dispõe de um extenso arcabouço legal voltado à proteção da saúde do trabalhador, cujo conteúdo deve ser interpretado à luz do princípio da integralidade do cuidado e da interdependência entre saúde física, mental e social. A Lei nº 8.080/1990, ao instituir o Sistema Único de Saúde (SUS), reconhece expressamente a saúde como direito de todos e dever do Estado, vinculando a promoção da saúde mental à atuação integrada de políticas públicas em diversos níveis de governo.

Contudo, o desafio reside menos na previsão legal e mais em sua efetivação prática. A literatura especializada alerta para o abismo existente entre o reconhecimento jurídico da saúde mental como direito fundamental e a escassez de ações públicas voltadas especificamente para o ambiente de trabalho. De acordo com Oliveira et al. (2019), a incorporação da saúde mental nas políticas públicas laborais ainda é incipiente e marcada por desarticulação institucional, baixa cobertura territorial e fragilidade dos mecanismos de monitoramento.

A crescente demanda por produtividade, aliada à precarização das condições laborais e ao enfraquecimento dos vínculos interpessoais no ambiente de trabalho, tem contribuído significativamente para o

agravamento de quadros de sofrimento psíquico entre trabalhadores do setor público e privado. De acordo com Marangoni e Neves (2016), os afastamentos por transtornos mentais e comportamentais entre servidores públicos são resultado da sobrecarga de tarefas, da ambiguidade de papéis e da ausência de políticas institucionais de promoção da saúde mental.

Nesse contexto, políticas públicas como a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) surgem como um dos principais instrumentos legais de operacionalização do direito à saúde mental laboral. Aprovada por meio da Portaria nº 1.823/2012, essa política articula ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de trabalhadores dos setores formal e informal. No entanto, apesar de sua abrangência teórica, sua implementação enfrenta entraves operacionais, como apontam Santiago e Yasui (2015), sobretudo no que se refere à articulação entre os serviços de saúde e inspeção do trabalho.

A lógica institucional que rege os pedidos de afastamento por transtornos mentais no serviço público federal revela, na prática, um percurso burocrático que muitas vezes dificulta a proteção integral à saúde psíquica dos trabalhadores. A figura abaixo, extraída do relatório “Dados sobre saúde mental no trabalho” (ENAP, 2022), representa a jornada atual de afastamento no âmbito do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), evidenciando as múltiplas etapas até a decisão administrativa final.

Figura 1 - Dados sobre Saúde Mental no Trabalho



Fonte: Dados sobre saúde mental no trabalho. Brasília: ENAP, 2022.

O processo inicia-se com a apresentação de um atestado médico, que pode ou não ser encaminhado para avaliação psicológica, a depender da complexidade do caso. Quando há necessidade de confirmação diagnóstica, o servidor é encaminhado a um psicólogo, cuja recomendação, embora técnica, não possui caráter vinculativo, sendo a decisão final delegada à chefia de recursos humanos do órgão. Esse modelo institucional, ao condicionar a efetividade do afastamento à análise gerencial, evidencia um tensionamento entre o saber clínico e a lógica administrativa, o que pode comprometer o acolhimento qualificado ao sofrimento mental no trabalho. A estrutura revela também a fragilidade da autonomia dos profissionais de saúde diante dos critérios gerenciais de custo e produtividade, reforçando a urgência de reconfigurações institucionais que deem centralidade à escuta e à proteção da saúde mental como direito fundamental.

Figura 2 – Saúde mental no âmbito laboral Judiciário

Saúde na Justiça

Afastamentos entre 2012 e 2018 - em %

Advogados



Procuradores



Magistrados e servidores do judiciário em 2018*



Fonte: INSS, compilados pelo sistema do Ministério Público do Trabalho, Ministério da Economia e Conselho Nacional de Justiça (2012-2018).

A figura apresentada acima, revela dados sobre os afastamentos por motivos de saúde no sistema de Justiça brasileiro entre os anos de 2012 e 2018, destacando advogados, procuradores, magistrados e servidores do judiciário. Observa-se que, entre advogados e procuradores, os transtornos mentais e comportamentais constituem a principal causa de afastamento, representando 30% entre os advogados e alarmantes 60% entre os procuradores, o que evidencia adoecimento psíquico associado ao exercício dessas funções jurídicas.

Já entre magistrados e servidores do judiciário em 2018, as doenças mais frequentes foram do sistema osteomolecular e do aparelho respiratório (ambas com 8,5%), seguidas pelos transtornos mentais e comportamentais (7,3%). Tais dados, provenientes de fontes oficiais como o INSS e o Ministério Público do Trabalho, evidenciam que o sofrimento psíquico no ambiente jurídico não é uma exceção, mas sim uma realidade sistêmica que atinge diversos segmentos da Justiça, reforçando a urgência de políticas institucionais voltadas à promoção da saúde mental nesse campo.

Além disso, outro mecanismo relevante são os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs), que integram a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Esses centros têm como missão acolher, acompanhar e notificar casos de adoecimento relacionados ao trabalho, promovendo intervenções coletivas e ações de vigilância sanitária. No entanto, sua atuação tem sido marcada por desigualdades regionais, falta de estrutura e insuficiência de equipes multiprofissionais (BARUKI, 2017).

Do ponto de vista jurídico-institucional, observa-se que a judicialização tem sido um caminho recorrente para reivindicação de direitos negligenciados. Estudos como os de Brito (2025) evidenciam o crescimento de ações judiciais relacionadas à saúde mental no trabalho, sobretudo em contextos de assédio moral, estresse ocupacional e ausência de suporte psicossocial. Esse movimento, embora importante, revela a fragilidade das políticas preventivas e a ineficiência dos canais administrativos de proteção.

A perspectiva da cidadania ativa também se impõe como eixo

fundamental dessa discussão. Segundo Benevides (2001), políticas públicas eficazes pressupõem o protagonismo dos sujeitos e sua capacidade de incidir sobre a formulação e o controle social das ações do Estado. Assim, a efetivação do direito à saúde mental no trabalho depende não apenas de marcos normativos e institucionais, mas também da mobilização coletiva dos trabalhadores, dos sindicatos e da sociedade civil organizada.

Também é importante destacar como ponto crítico a ausência de dados sistematizados sobre saúde mental laboral. A maior parte dos registros oficiais ainda se concentra em acidentes físicos ou doenças ocupacionais clássicas, invisibilizando os agravos psíquicos como eventos laborais. Como alertam Machado et al., (2023), essa lacuna compromete tanto o planejamento das políticas quanto a responsabilização institucional por omissão.

Em um contexto de intensificação da precarização e da informalidade, a efetividade do direito à saúde mental exige uma mudança de paradigma na própria concepção de políticas públicas. Como ressaltam Santiago e Yasui (2015), é preciso superar modelos biomédicos e centrados no indivíduo, em favor de abordagens integradas, que considerem as condições estruturais do trabalho, a cultura organizacional e a subjetividade dos trabalhadores.

As experiências locais também oferecem pistas importantes. Estudo de Souza (2024), sobre intervenções psicossociais no Tocantins revelou que ações comunitárias, pautadas pela economia solidária e pela escuta qualificada, apresentaram maior potencial de reinserção social de

trabalhadores em sofrimento psíquico do que as estratégias tradicionais de reabilitação profissional. Esses dados reforçam a ideia de que políticas sensíveis às realidades territoriais e culturais são mais eficazes na proteção da saúde mental.

Com isso, cabe destacar a importância do conceito de ambiente de trabalho saudável, conforme proposto pela OMS, que integra dimensões físicas, psíquicas e relacionais. Nesse sentido, o direito à saúde mental não pode ser reduzido a programas de apoio psicológico pontuais, mas deve ser compreendido como parte de um projeto maior de promoção da qualidade de vida, justiça social e equidade nas relações laborais.

2.3.2 A Política Nacional de Saúde Mental e a PNSTT (Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora): Princípios, Diretrizes e Intersetorialidade

A formulação de políticas públicas voltadas à saúde mental no trabalho representa um campo estratégico de articulação entre direitos sociais, cidadania e a estrutura do Estado. No Brasil, esse campo é atravessado pela convergência entre a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). Embora distintas em sua origem e enfoque, ambas se entrelaçam na tentativa de construir respostas intersetoriais ao crescente adoecimento psíquico vinculado às condições laborais, sobretudo em contextos marcados pela precarização e intensificação do trabalho.

A Política Nacional de Saúde Mental, instituída formalmente no contexto da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial, insere-se no arcabouço mais amplo do SUS e tem como princípios fundamentais a

desinstitucionalização, a atenção psicossocial comunitária, o cuidado centrado na pessoa e a valorização das redes territoriais (BRASIL, 2011). Em paralelo, a PNSTT, consolidada pela Portaria GM/MS nº 1.823/2012, busca garantir condições de trabalho saudáveis e dignas, articulando vigilância em saúde, promoção do bem-estar e atenção integral ao trabalhador, com foco também nas doenças relacionadas ao sofrimento psíquico.

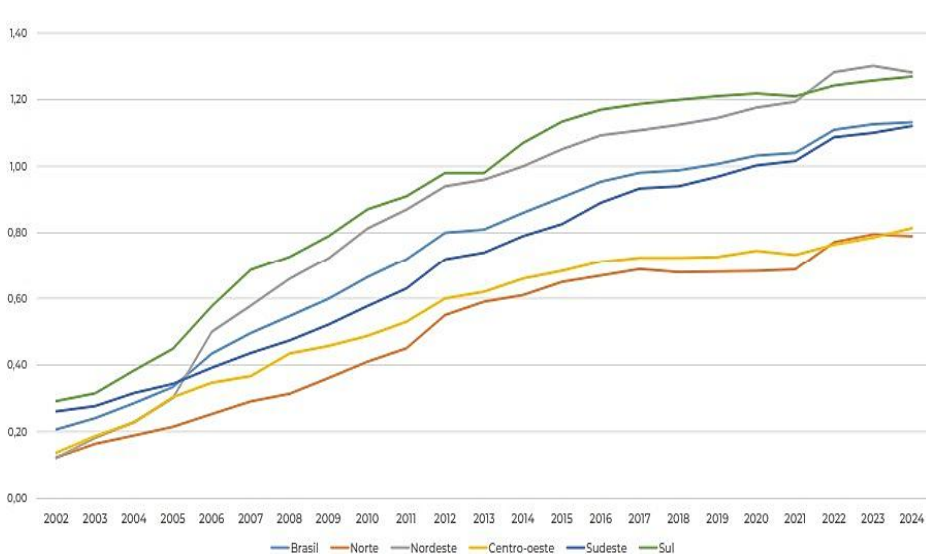
Um dos elementos centrais que aproxima essas políticas é a ênfase na intersetorialidade como princípio organizador da ação pública. Conforme apontam Dias e Silva (2013), os problemas relacionados à saúde mental no trabalho não podem ser compreendidos nem solucionados apenas no interior do setor saúde. Exigem, antes, a articulação de múltiplos setores, educação, assistência social, previdência, justiça do trabalho e segurança pública, para formar uma rede de atenção capaz de acolher e tratar os efeitos subjetivos da organização do trabalho sobre os indivíduos.

Essa abordagem transdisciplinar tem sido desafiadora em sua implementação prática. Pesquisas recentes, como a de Costa, Lacaz e Jackson Filho (2013), apontam que, apesar dos avanços legais, ainda há pouca efetividade na integração das ações de saúde mental e saúde do trabalhador nos territórios. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs), por exemplo, sofrem com recursos limitados, baixa capilaridade e ausência de articulação com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dificultando o fluxo de cuidado integral.

O gráfico da figura abaixo evidencia um crescimento consistente da cobertura do CAPS por 100 mil habitantes em todas as regiões brasileiras

entre 2002 e 2024, o que, à primeira vista, poderia sinalizar um avanço significativo na política de saúde mental. No entanto, uma leitura crítica permite identificar persistentes assimetrias regionais.

Figura 3 – Série Histórica do índice de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes.



Fonte: Ministério da Saúde, Saúde mental em dados (dez/2002 a dez/2024).

A Região Sul, seguida do Sudeste, lidera com índices superiores a 1,20 CAPS/100 mil habitantes em 2024, ao passo que as Regiões Norte e Centro-Oeste mantêm coberturas inferiores a 0,80, revelando um desequilíbrio estrutural na oferta de cuidados psicossociais. Esse dado, quando cotejado com os argumentos de Costa, Lacaz e Jackson Filho (2013), expõe a fragilidade da integração entre os CAPS e os CERESTs, comprometendo o fluxo do cuidado integral ao trabalhador em sofrimento psíquico.

Embora a expansão dos CAPS represente uma diretriz positiva da PNSM, sua atuação permanece frequentemente desconectada das ações específicas voltadas à saúde do trabalhador, gerando o que Perez, Bottega e Merlo (2017) chamam de “vazios assistenciais”. A cobertura estatística não garante, por si só, a intersetorialidade funcional e o atendimento sensível às dinâmicas laborais, especialmente em regiões periféricas onde o acesso aos serviços é ainda mais restrito.

A intersetorialidade, portanto, não se esgota como diretriz normativa; ela precisa ser compreendida como prática política e institucional concreta. Segundo Perez, Bottega e Merlo (2017), a fragmentação entre as políticas públicas gera vazios assistenciais e compromete a continuidade do cuidado ao trabalhador em sofrimento psíquico. Os autores defendem a criação de dispositivos de governança territorial que unam gestão participativa e corresponsabilidade entre os entes federados, profissionais e usuários.

Outra dificuldade estrutural se refere ao predomínio de uma lógica biomédica e individualizante nas ações voltadas à saúde mental no trabalho. Barroso et al. (2020) alertam para o risco de que as políticas sejam reduzidas a mecanismos de afastamento e medicalização, ignorando a complexidade dos fatores organizacionais e sociais que produzem sofrimento. Isso se evidencia em processos burocráticos como o do SIASS, nos quais o sofrimento psíquico do servidor é submetido a laudos técnicos que nem sempre levam em conta a experiência vivida e o contexto laboral.

A PNSTT, nesse sentido, propõe uma mudança de paradigma ao vincular saúde à qualidade das relações de trabalho. Como observam

Cardoso e Araújo (2016), a política reconhece que a saúde do trabalhador é produzida e destruída no cotidiano do fazer laboral, sendo, portanto, inseparável das condições de produção, do vínculo empregatício e das formas de organização do tempo e da hierarquia. O sofrimento mental é, assim, compreendido como expressão de processos sociais estruturantes e não meramente de patologias individuais.

O relatório do Observatório de Saúde Mental no Trabalho da ENAP (2022) reforça essa perspectiva ao apontar que transtornos mentais já ocupam o terceiro lugar entre os principais motivos de afastamento no serviço público federal, atrás apenas das doenças osteomusculares e do aparelho circulatório. Tais dados revelam a urgência de políticas sólidas e integradas que não apenas tratem, mas previnam e transformem os ambientes de trabalho.

É nesse contexto que a política de saúde mental precisa ser repensada a partir de modelos de cuidado baseados na escuta ativa, na horizontalidade das relações e na valorização do sofrimento como linguagem do corpo social. Como propõem Mattos et al., (2019), é essencial que o SUS incorpore estratégias de escuta qualificada nos atendimentos de saúde ocupacional, rompendo com protocolos rígidos e possibilitando narrativas que deem conta da complexidade subjetiva do trabalho.

No plano institucional, a intersetorialidade exige a construção de fluxos bem definidos entre os serviços de saúde mental, os serviços de vigilância sanitária, as redes de assistência social e os setores de recursos humanos dos órgãos públicos e empresas. No entanto, como aponta

Hennington et al., (2024), isso só será possível com investimento contínuo em formação de profissionais, financiamento adequado e avaliação constante dos indicadores de efetividade das ações intersetoriais.

Também é necessário ampliar os espaços de participação social, por meio dos Conselhos de Saúde, das Comissões Intersetoriais e das instâncias locais de controle social. Como defendem Dias e Silva (2013), a garantia da saúde mental do trabalhador deve ser entendida como expressão do direito à cidadania ativa, ou seja, como capacidade de intervir no seu próprio processo de trabalho e nas decisões que o afetam diretamente.

A PNSTT e a PNSM são, portanto, políticas complementares que, se bem articuladas, podem formar um eixo estruturante de proteção à saúde psíquica do trabalhador. Contudo, para além das diretrizes formais, é fundamental o desenvolvimento de uma cultura institucional que reconheça o sofrimento no trabalho como fato político e não como falha individual.

Neste viés, é necessário destacar que a intersetorialidade não pode se reduzir a um jargão técnico: ela deve ser praticada como valor ético que reconhece a complexidade das vidas humanas e a interdependência dos direitos sociais. A saúde mental no trabalho não é um benefício; é um direito fundamental cujo cumprimento exige coragem institucional, sensibilidade social e compromisso político.

2.3.3 Barreiras à Efetividade e Limites das Políticas Públicas no Enfrentamento ao Sofrimento Psíquico no Trabalho

A formulação e a implementação de políticas públicas no enfrentamento ao sofrimento psíquico relacionado ao trabalho representam um dos desafios mais complexos da contemporaneidade. A complexidade

decorre da própria natureza multifatorial do sofrimento mental no universo laboral, que não pode ser tratado de maneira simplificada ou exclusivamente médica. Ainda que o arcabouço jurídico brasileiro disponha de diretrizes normativas voltadas à saúde dos trabalhadores, conforme visto anteriormente é na formulação intersetorial das políticas públicas — entre as áreas da saúde, do trabalho e da justiça, que reside a possibilidade concreta de enfrentamento dessa problemática.

Nas últimas décadas, houve avanços institucionais importantes, como a ampliação da rede de serviços de atenção psicossocial e a incorporação de práticas voltadas à saúde mental no âmbito de programas de saúde do trabalhador. No entanto, pesquisas demonstram que a efetividade dessas iniciativas ainda é limitada, seja por falta de articulação intersetorial, seja por escassez de recursos humanos e financeiros. Estudos como os de Lancman e Szelwar (2016) alertam que os modelos tradicionais de atenção à saúde ainda reproduzem práticas medicalizantes e individualizantes, que desconsideram onexo entre organização do trabalho e sofrimento psíquico, o que compromete a resposta estrutural das políticas públicas.

Nesse contexto, a Resolução CNJ nº 487/2023, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, configura um avanço paradigmático ao promover uma abordagem interinstitucional e antimanicomial no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico, especialmente em situações de conflito com a lei. Tal resolução, fruto dos debates conduzidos pelo Grupo de Trabalho Ximenes Lopes, propõe um modelo que valoriza a singularidade dos sujeitos, a atuação em rede, e a

descentralização das ações de saúde. Ao romper com a lógica asilar e de exclusão, essa normativa incorpora diretrizes da Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e da Agenda 2030 da ONU, propondo uma nova forma de responsabilização estatal no cuidado à saúde mental (CNJ, 2023).

Ainda que a referida Resolução se destine à população em privação de liberdade, seus princípios são altamente replicáveis à esfera laboral, na medida em que evidenciam a necessidade de modelos de cuidado que rompam com o estigma e promovam intervenções territorializadas, contínuas e integradas. A lógica da desinstitucionalização, do cuidado em liberdade e da valorização das redes de apoio e trabalho coletivo é central também quando se trata de sofrimento psíquico no trabalho, que frequentemente é invisibilizado por diagnósticos superficiais e afastamentos compulsórios.

Contudo, as barreiras à efetividade das políticas públicas nesse campo não são meramente operacionais. Como analisa Oliveira (2021), há um descompasso entre a formulação normativa e a realidade institucional. Muitas empresas e instituições públicas não incorporam o cuidado com a saúde mental de seus trabalhadores como parte de sua cultura organizacional. A gestão do trabalho, voltada à produtividade e à flexibilização, frequentemente é indiferente às consequências psicossociais dos modelos organizacionais. Isso evidencia que políticas públicas efetivas não dependem apenas de programas formais, mas de uma profunda reestruturação do imaginário institucional e das práticas gerenciais.

Ademais, outro aspecto importante a ser considerado está

relacionado ao acesso e à equidade. Os dados revelam que trabalhadores de categorias mais vulnerabilizadas, como terceirizados, trabalhadores informais ou uberizados, são aqueles que menos acessam os serviços públicos de saúde mental e os que menos são contemplados pelas políticas protetivas existentes. A ausência de vínculo empregatício formal, somada à ausência de uma política pública universalista de atenção à saúde mental do trabalhador, cria uma espécie de invisibilidade institucional desses sujeitos, como apontam estudos recentes do Observatório da Saúde Mental no Trabalho (2022).

Embora o Programa Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) tenha avançado na articulação com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), a baixa capilaridade da rede e a limitação orçamentária ainda impedem a consolidação de uma política sólida. Além disso, o foco ainda está mais voltado à saúde física e ocupacional clássica (acidentes, ergonomia, doenças profissionais) do que ao sofrimento subjetivo decorrente das novas formas de organização do trabalho.

Ademais, outro entrave relevante se refere à ausência de mecanismos eficazes de monitoramento e avaliação das políticas públicas voltadas à saúde mental do trabalhador. Sem dados consistentes, torna-se difícil avaliar os impactos e a abrangência das ações. Essa lacuna também compromete a formulação de estratégias baseadas em evidências, o que fragiliza a coerência das ações governamentais e contribui para sua descontinuidade.

A despeito dos avanços pontuais, como os programas locais de

cuidado integral implantados por Defensorias Públicas, Tribunais e Ministérios Públicos, a exemplo do PAI-PJ, PAILI e EMAP, mencionados no painel da CNJ, ainda são experiências restritas e dependentes da vontade política local. A ausência de institucionalização em nível nacional evidencia um limite estrutural das políticas públicas brasileiras, que carecem de perenidade e replicabilidade.

Autores como Castel (1998) e Dejours (2007), já advertiam que a desconexão entre políticas públicas e as transformações reais do mundo do trabalho compromete a efetividade das ações em saúde mental. Para esses pensadores, não há como enfrentar o sofrimento psíquico laboral sem enfrentar, concomitantemente, as formas precarizadas de organização do trabalho, o gerencialismo excludente e a culpabilização individual do adoecimento.

Dessa forma, é necessário ressaltar que as políticas públicas só serão efetivas na medida em que forem compreendidas como expressão de um projeto político de inclusão e cidadania. A saúde mental no trabalho não pode ser tratada como questão meramente técnica ou médica, mas como campo de disputa de sentidos, valores e práticas sociais. As ações estatais devem, portanto, incorporar a participação ativa dos trabalhadores, a escuta qualificada e o reconhecimento das condições concretas de vida e trabalho. O desafio que se impõe não é pequeno. Requer uma reconfiguração profunda da racionalidade institucional que orienta as políticas públicas, indo além do normativo para efetivar o direito à saúde mental como componente indissociável do trabalho digno.

2.3.4 Saúde Mental e Inclusão Social: Caminhos para a Garantia de Direitos e Valorização do Trabalho

Na contemporaneidade, caracterizada por transformações intensas nos regimes de trabalho, o adoecimento psíquico ganhou contornos epidêmicos, colocando em xeque os modelos tradicionais de gestão e exigindo a formulação de respostas intersetoriais que articulem saúde, trabalho e direitos humanos. É neste contexto que emerge a necessidade de se repensar os processos de inclusão social, com foco especial nos dispositivos públicos de acolhimento, proteção e promoção da saúde mental no trabalho.

A inclusão social de pessoas em sofrimento psíquico por meio do trabalho digno, por exemplo, vem sendo reconhecida como prática essencial para a reconstrução de projetos de vida e a reconfiguração da cidadania. Segundo Matsukura et al., (2020), a economia solidária tem se consolidado como uma estratégia eficaz nesse campo, ao criar espaços alternativos de produção e convivência, rompendo com a lógica excludente do mercado formal de trabalho. Nesses espaços, o trabalho deixa de ser apenas uma atividade econômica e passa a assumir um papel terapêutico e social, contribuindo para o fortalecimento da autoestima, a ampliação da rede de vínculos e o exercício pleno da cidadania.

A perspectiva da cidadania ativa, nesse contexto, exige uma abordagem que vá além da mera inserção no mercado. Trata-se de garantir condições para que o sujeito possa exercer seus direitos em sua integralidade, com protagonismo e autonomia. Conforme Burity (2007), a cidadania ativa implica na participação efetiva nos processos decisórios que

afetam diretamente a vida dos indivíduos e comunidades, incluindo a formulação, execução e avaliação de políticas públicas. Assim, a saúde mental, ao ser compreendida como direito social, deve estar presente de forma transversal nos instrumentos de planejamento estatal, ultrapassando os limites do setor saúde.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica, iniciada na década de 1990, foi fundamental para essa virada paradigmática. Ela não apenas desinstitucionalizou o cuidado, mas propôs novos dispositivos de atenção baseados em territorialidade, acolhimento e vínculo. Lima e Branco Neto (2011), destacam que essa transformação também provocou a emergência de novas estratégias de reinserção social, entre elas o trabalho como dispositivo de reabilitação psicossocial. Nesse sentido, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Convivência e os empreendimentos solidários cumprem papel central na concretização desse direito.

Contudo, a efetivação dessas políticas enfrenta inúmeros desafios, especialmente relacionados ao subfinanciamento, à fragmentação das redes e à resistência de setores conservadores que ainda associam a loucura à periculosidade. Mazaro, Matsukura e Lussi (2020), apontam que os programas de geração de renda vinculados à saúde mental muitas vezes carecem de continuidade e apoio institucional, o que compromete seus efeitos inclusivos. Ainda assim, quando bem estruturados, tais programas demonstram potencial para alterar trajetórias marcadas pelo estigma e pela exclusão.

A valorização do trabalho, nesse contexto, deve considerar não

apenas sua função produtiva, mas também sua dimensão simbólica e subjetiva. Para Pinho e Machado (2015), o trabalho, quando mediado por princípios de solidariedade, respeito e autonomia, pode atuar como vetor de produção de cidadania e sentido de pertencimento. Em outras palavras, trata-se de recuperar a centralidade do trabalho enquanto elemento estruturante da identidade, especialmente entre sujeitos historicamente marginalizados.

Com relação às políticas públicas, observa-se uma crescente preocupação com a articulação entre saúde mental e inclusão produtiva. O Plano Nacional de Saúde Mental, por exemplo, reconhece expressamente a importância de ações voltadas à geração de trabalho e renda como estratégia de prevenção e promoção da saúde psíquica. No entanto, Ramos e Dias (2020), alertam que a efetivação dessas diretrizes depende da capacidade dos entes federativos de integrar suas ações, superando o isolamento dos setores e garantindo recursos e formação adequada para os profissionais envolvidos.

A experiência de sofrimento psíquico não se dá em abstrato, mas é atravessada por marcadores como raça, gênero, classe e deficiência. Nesse sentido, Santos e von Sinner (2010), destacam a importância de políticas públicas sensíveis às singularidades dos sujeitos, que respeitem seus modos de existir e garantam espaços de escuta e construção coletiva. A inclusão, portanto, não deve ser pensada como assimilação ao modelo normativo de produtividade, mas como reconhecimento da diversidade e ampliação das possibilidades de participação social.

Estudos como o de Lussi (2009), demonstram que a inserção em

atividades laborais coletivas contribui significativamente para a reabilitação de pessoas em sofrimento psíquico. Tais iniciativas, ao promoverem o reconhecimento social e a reconstrução de vínculos, operam como mecanismos potentes de superação da exclusão. A saúde mental, assim, não se limita à ausência de transtornos, mas envolve a possibilidade de viver com dignidade, participar da vida social e construir projetos próprios.

Nesse cenário, é imprescindível o fortalecimento de instâncias de controle social e participação popular. Conselhos de Saúde, fóruns de usuários e conferências públicas são espaços fundamentais para o monitoramento e avaliação das políticas. Como defendem Passos e Palombini (2013), a cogestão, ao envolver os sujeitos nos processos de cuidado e decisão, contribui para o empoderamento e a emancipação política, elementos-chave para uma cidadania ativa e transformadora.

Deve-se considerar, também, o papel das universidades e centros de pesquisa na produção de conhecimento crítico e na formação de profissionais comprometidos com a inclusão. A pesquisa de Oliveira Lussi (2009), evidencia a necessidade de repensar os currículos das áreas de saúde e serviço social, incorporando conteúdos que problematizem a lógica da medicalização e promovam a atenção psicossocial baseada em direitos.

Nesse sentido, observa-se que os dados estatísticos disponíveis reforçam a urgência dessas discussões. No Brasil, a Previdência Social registra crescimento contínuo nos afastamentos por causas psíquicas, indicando que o sofrimento no ambiente laboral é uma questão de saúde pública que demanda respostas integradas. Com isso, é urgente consolidar

um novo paradigma de políticas públicas que compreenda a saúde mental como um direito exigível, vinculado ao princípio da dignidade e à promoção do trabalho decente. Para isso, é necessário ampliar os investimentos, garantir a formação contínua das equipes, e, sobretudo, escutar os sujeitos diretamente implicados na construção de estratégias de cuidado e inclusão.

A inclusão social pela via do trabalho, portanto, não é apenas uma política assistencial, mas um imperativo ético-político de qualquer sociedade que se pretenda democrática. A saúde mental, por sua vez, deve ser reconhecida como dimensão constitutiva da cidadania e condição para o pleno exercício dos demais direitos.

No campo jurídico, o reconhecimento da centralidade do trabalho para a saúde mental deve levar à reformulação de interpretações ainda restritivas sobre capacidade laborativa, especialmente nos casos de afastamentos recorrentes por transtornos mentais. A jurisprudência trabalhista precisa evoluir no sentido de considerar o sofrimento psíquico como uma condição multifatorial e passível de adaptações laborais, e não como impeditivo absoluto para o trabalho.

Além disso, políticas públicas voltadas para ambientes laborais saudáveis e inclusivos ainda são incipientes. Embora haja programas setoriais e campanhas pontuais, como o “Janeiro Branco”, falta um plano nacional que articule prevenção, atenção e reabilitação psicossocial no trabalho. A valorização do trabalho precisa passar pela humanização das relações laborais e pela promoção de práticas organizacionais mais justas e acolhedoras.

A integração entre políticas de saúde, assistência social e trabalho é fundamental para romper com a lógica da fragmentação e construir respostas mais efetivas ao sofrimento psíquico no trabalho. Como observa Baremlitt (2002), a inclusão verdadeira exige a produção de dispositivos de cuidado que articulem desejo, produção de sentido e inserção social, deslocando o foco do sujeito do lugar de paciente para o de cidadão de direitos.

Ao encerrar este terceiro capítulo, torna-se evidente que a efetividade das políticas públicas voltadas à saúde mental do trabalhador ainda está distante do ideal projetado em seus marcos normativos. Mais do que uma questão de normatização ou de diretrizes abstratas, trata-se de uma crise prática e estrutural, que se manifesta nas falhas cotidianas de acesso, no esvaziamento das ações intersetoriais e na carência de uma abordagem que compreenda o sofrimento psíquico no trabalho como fenômeno social, coletivo e vinculado à lógica produtiva contemporânea.

A articulação entre as políticas de saúde mental, as iniciativas de promoção de ambientes laborais saudáveis e a valorização do trabalho digno ainda encontra entraves que vão além da técnica normativa. O descompasso entre os valores consagrados nos documentos institucionais e os mecanismos concretos de aplicação nos territórios escancara um déficit de governança e, sobretudo, de escuta dos sujeitos envolvidos. O que se percebe, a partir do exame crítico das políticas e experiências analisadas, é que há um caminho a ser trilhado, um caminho que precisa se sustentar na promoção da cidadania ativa, na valorização das diversidades subjetivas e no reconhecimento do trabalho como dimensão fundante da identidade

humana. Os estudos aqui desenvolvidos demonstram que, embora haja importantes iniciativas pontuais, muitas delas impulsionadas por atores do sistema de justiça, da sociedade civil e de gestores locais, o sistema público como um todo ainda opera de forma fragmentada, reativa e desarticulada.

A ausência de uma política de Estado transversal e sólida para a saúde mental no contexto laboral resulta em medidas muitas vezes paliativas e desconectadas das transformações reais do mundo do trabalho. Superar essa limitação exige mais do que reforçar normas, é preciso cultivar uma cultura institucional de responsabilização coletiva e transformar a escuta do sofrimento em eixo estruturante da formulação de políticas públicas.

Dessa forma, a avaliação das políticas públicas não pode se restringir à análise de sua existência formal, mas deve abarcar sua potência de transformação social, sua capacidade de criar espaços de pertencimento e sua abertura à pluralidade das formas de ser, produzir e existir no mundo do trabalho. O enfrentamento do sofrimento psíquico não se dá apenas por serviços ofertados ou protocolos clínicos, mas por uma nova ética de cuidado que reconheça a dignidade do trabalhador como princípio não negociável e fundante de toda política inclusiva.

Nesse sentido, torna-se indispensável reconhecer que a superação do sofrimento psíquico no trabalho exige não apenas a atuação estatal, mas também a corresponsabilização dos diversos atores sociais envolvidos na dinâmica produtiva. Empresas, sindicatos, serviços públicos e a própria sociedade civil precisam assumir papéis ativos na construção de ambientes laborais saudáveis, por meio de modelos organizacionais que valorizem a

participação coletiva, o diálogo e o reconhecimento das subjetividades.

A transformação do cenário atual depende, inevitavelmente, da adoção de estratégias que vão além do cumprimento meramente formal de normas de proteção, deslocando o foco da produtividade para a preservação da dignidade humana como elemento central das relações de trabalho. Além disso, a elaboração de políticas públicas efetivas deve considerar as transformações tecnológicas e a intensificação do trabalho mediado por plataformas digitais, fatores que têm redefinido a organização produtiva contemporânea.

O teletrabalho, a hiperconectividade e a vigilância algorítmica ampliaram as fronteiras do adoecimento, intensificando jornadas, dissolvendo limites entre vida pessoal e profissional e aprofundando o isolamento dos trabalhadores. Tais fenômenos revelam um cenário em que as respostas clássicas já não são suficientes, demandando novas ferramentas regulatórias e novas práticas institucionais capazes de acompanhar a velocidade dessas mudanças. A reflexão aqui proposta aponta, assim, para a urgência de políticas públicas inovadoras, alinhadas à complexidade dos desafios emergentes e que assegurem o direito à saúde mental como pressuposto inegociável do trabalho digno.

A transição para o próximo capítulo se apresenta, portanto, como uma oportunidade de aprofundamento sobre os obstáculos institucionais e jurídicos que inviabilizam a plena realização desse direito fundamental. Afinal, a análise crítica das políticas públicas não se completa sem o exame daquilo que, estruturalmente, impede sua eficácia: as lacunas legais não preenchidas, os modelos organizacionais excludentes, as omissões do

Estado e as resistências culturais à subjetividade do sofrimento mental no mundo do trabalho.

No Capítulo 4, pretendo discutir criticamente os entraves jurídicos e institucionais que limitam a efetivação do direito à saúde mental no ambiente laboral. A intenção é investigar os mecanismos que perpetuam a invisibilização do sofrimento psíquico nas relações trabalhistas, os vazios normativos que dificultam sua proteção jurídica efetiva e os conflitos interpretativos que restringem a responsabilização de empregadores e entes públicos diante do adoecimento mental dos trabalhadores. Mais do que denunciar as lacunas, busca-se refletir sobre os limites e as possibilidades de atuação do Direito em um campo tão sensível quanto este.

CAPÍTULO 04

RESULTADOS E DISCUSSÕES: DESAFIOS JURÍDICOS E INSTITUCIONAIS PARA A EFETIVAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO TRABALHO

RESULTADOS E DISCUSSÕES: DESAFIOS JURÍDICOS E INSTITUCIONAIS PARA A EFETIVAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO TRABALHO

Este capítulo apresenta os resultados e discussões centrais da pesquisa, com base na análise documental e bibliográfica realizada nos capítulos anteriores, complementada por dados estatísticos secundários. A partir do recorte teórico proposto, especialmente com a contribuição de Byung-Chul Han, Christophe Dejours e Ricardo Antunes, busca-se compreender os principais desafios jurídicos, normativos, institucionais e culturais para a efetividade do direito à saúde mental no trabalho. São analisadas as tensões entre previsões legais e a realidade do adoecimento psíquico, evidenciando lacunas de responsabilização, invisibilidade institucional e vácuos interpretativos que comprometem a proteção do trabalhador no Brasil contemporâneo.

A consolidação da saúde mental como direito fundamental do trabalhador exige mais do que a previsão legal ou o reconhecimento teórico do seu valor jurídico e social: exige enfrentamento direto aos obstáculos que impedem sua plena efetivação. A partir dessa perspectiva crítica, este capítulo propõe uma análise densa e propositiva sobre os entraves jurídicos, institucionais e socioculturais que operam como barreiras concretas à implementação de políticas, decisões e práticas voltadas ao cuidado psicossocial no ambiente de trabalho. Ao fazê-lo, parte-se do pressuposto de que o Direito não apenas reproduz as contradições do mundo social, mas

também as condensa, revela e, em certos contextos, pode contribuir para sua superação.

No campo laboral, o sofrimento psíquico ainda é amplamente invisibilizado nas lides jurídicas e nas demandas que envolvem reparação, reconhecimento de nexos causais ou readequação das condições de trabalho. A falta de sensibilidade jurídica para os aspectos subjetivos do adoecimento mental e a persistência de paradigmas normativos pautados por uma lógica produtivista contribuem para o esvaziamento do debate. Por isso, o primeiro subtópico deste capítulo (2.4.1 – Invisibilidade Jurídica do Sofrimento Psíquico nas Relações Laborais) se dedica a demonstrar como essa negligência afeta a tutela judicial dos direitos dos trabalhadores, perpetuando situações de omissão institucional e judicial frente a sintomas de sofrimento emocional, burnout, depressão ou ansiedade decorrentes da organização do trabalho.

Em seguida, o segundo subtópico (2.4.2 – Responsabilização dos Atores Institucionais diante do Adoecimento Psíquico) investiga os limites práticos e jurídicos da responsabilização de empregadores, entes públicos e gestores institucionais que, direta ou indiretamente, concorrem para o agravamento da saúde mental dos trabalhadores. A ênfase recairá sobre os entraves doutrinários e jurisprudenciais que dificultam a aplicação da responsabilidade civil ou administrativa nesses casos, além de abordar o papel das comissões internas, das normas de compliance e das inspeções do trabalho na prevenção e resposta aos danos psíquicos.

Já o terceiro subtópico (2.4.3 – Obstáculos Culturais e Estruturais na Aplicação do Direito à Saúde Mental) amplia o olhar sobre as

resistências institucionais e culturais que atuam contra a efetivação desse direito. A análise percorre a persistência de modelos organizacionais autoritários, a cultura do silêncio e da culpabilização individual do adoecimento, e a ausência de uma cultura jurídica que compreenda o sofrimento como expressão legítima da deterioração das relações laborais. Nesse ponto, serão discutidas também as formas sutis de violência institucional e simbólica no ambiente de trabalho e sua negligência pelo sistema de justiça.

O último subtópico (2.4.4 – Tensões Interpretativas e Vácuos Normativos na Proteção Jurídica) trata de aspectos diretamente relacionados à hermenêutica jurídica e às lacunas legislativas existentes. A inexistência de dispositivos específicos que tratem do sofrimento psíquico como categoria jurídica autônoma, somada à ausência de parâmetros normativos claros sobre prevenção e reparação de danos mentais no trabalho, tem contribuído para a insegurança jurídica e para decisões judiciais contraditórias e, por vezes, conservadoras. Esse subtópico busca iluminar os impasses hermenêuticos e as disputas normativas em torno da possibilidade de ampliação do escopo da proteção trabalhista à saúde mental.

Assim, este capítulo assume não apenas a tarefa de mapear obstáculos, mas também de tensionar os limites do próprio Direito enquanto instrumento de promoção da saúde mental e da dignidade no mundo do trabalho. Trata-se de reconhecer que a efetivação desse direito exige não apenas reforma normativa, mas transformação institucional profunda, atravessada por mudanças de paradigma e práticas que levem a

sério o sofrimento humano. Neste ponto da dissertação, o compromisso não é apenas com o diagnóstico, mas também com a construção de uma crítica que permita repensar a atuação dos atores jurídicos, institucionais e sociais envolvidos com a defesa da saúde mental dos trabalhadores.

2.4.1 Invisibilidade Jurídica do Sofrimento Psíquico nas Relações Laborais

O reconhecimento jurídico do sofrimento psíquico do trabalhador, apesar de sua crescente visibilidade nos discursos institucionais e sanitários, permanece significativamente sub-representado no campo do Direito do Trabalho. Essa invisibilidade não decorre da ausência de sintomas ou de provas, mas sim de uma persistente lacuna normativa, hermenêutica e institucional que dificulta o enquadramento jurídico adequado das condições mentais adoecedoras nos litígios trabalhistas. Com frequência, os tribunais ainda tratam o sofrimento psíquico como um elemento residual ou secundário das relações laborais, o que compromete sua efetiva proteção enquanto expressão de um direito social fundamental.

Essa marginalização ocorre, em parte, por um padrão interpretativo arraigado que prioriza o dano físico em detrimento das patologias mentais. Como adverte Hirigoyen (2002), a violência psicológica e o sofrimento emocional no ambiente de trabalho são frequentemente normalizados pelas próprias estruturas laborais, sendo tolerados ou mesmo incentivados por culturas organizacionais adoecedoras. No campo jurídico, isso se traduz em uma dificuldade concreta de demonstração do nexo causal entre o ambiente de trabalho e o adoecimento mental, especialmente diante da exigência

probatória típica da Justiça do Trabalho, ainda pautada por critérios rígidos de materialidade.

A jurisprudência do Tribunal Superior do Trabalho, embora apresente avanços pontuais no reconhecimento de danos morais decorrentes de assédio moral e burnout, ainda revela fragilidades no que tange à consolidação de uma doutrina jurídica sólida sobre o sofrimento psíquico. Como expõe Delgado (2017), o Direito do Trabalho brasileiro carece de instrumentos eficazes para acolher a subjetividade do trabalhador, persistindo na lógica da objetivação da força de trabalho, o que dificulta a justiciabilidade de sofrimentos de ordem emocional.

Essa carência de instrumentos jurídicos não é apenas normativa, mas também institucional. Falta ao Poder Judiciário, em especial no âmbito trabalhista, uma estrutura de perícia interdisciplinar consolidada, capaz de analisar o sofrimento psíquico com base em parâmetros clínicos e sociais, como já sugerido em experiências internacionais e em debates sobre saúde mental nas cortes de justiça europeias (LAVAL, 2021). A ausência de pareceres técnicos amplos, produzidos por equipes multiprofissionais, acaba por tornar o trabalhador refém de avaliações médicas fragmentadas, geralmente centradas em diagnósticos psiquiátricos isolados, que não capturam as complexas relações entre trabalho, subjetividade e sofrimento.

Ademais, há um hiato evidente entre a percepção social da saúde mental e sua tradução normativa. Estudos como o de Antunes (2018) demonstram que a flexibilização das relações laborais, a intensificação do ritmo de trabalho e a uberização contribuem para o agravamento de quadros como ansiedade, depressão e transtornos de adaptação, sem que o

ordenamento jurídico avance no sentido de proteger sistematicamente esses trabalhadores. Essa ausência de tutela jurídica específica acarreta uma naturalização do sofrimento como parte indissociável da produtividade.

Embora iniciativas como o Projeto “Saúde Mental e Trabalho”, do MPT, sinalizem uma mudança de postura, essas ações ainda não se traduzem, de forma efetiva, em litigâncias estratégicas que provoquem mudanças jurisprudenciais substanciais. Isso reforça a necessidade de uma atuação mais propositiva do parquet laboral em defesa da saúde mental como direito coletivo e difuso, tal como previsto nos artigos 127 e 129 da Constituição Federal e no Código de Processo Civil.

Do ponto de vista internacional, há um descompasso entre as diretrizes protetivas da Organização Internacional do Trabalho e a prática normativa nacional. A Convenção 158 da OIT, que trata da proteção contra demissões arbitrárias, contém princípios que poderiam auxiliar na construção de um modelo de trabalho mais justo e menos adoecedor, mas sua denúncia unilateral pelo Estado brasileiro eliminou um importante arcabouço jurídico de proteção à dignidade no emprego.

A análise do sofrimento psíquico no ambiente de trabalho brasileiro não pode prescindir de uma leitura atenta dos dados empíricos que revelam o crescimento vertiginoso de quadros de adoecimento emocional entre os trabalhadores nas últimas décadas. O cenário contemporâneo demonstra não apenas um aumento quantitativo de diagnósticos relacionados ao estresse ocupacional, mas também um agravamento qualitativo das formas de sofrimento, especialmente diante das incertezas econômicas e da precarização das condições de trabalho. Esse panorama

evidência, mais uma vez, como o Direito ainda se mostra alheio a uma realidade social amplamente denunciada por instituições de saúde, organizações do trabalho e pesquisadores da área.

A International Stress Management Association (ISMA), entidade global especializada em saúde mental no trabalho, aponta que o Brasil ocupa o segundo lugar no mundo em níveis de estresse laboral, ficando atrás apenas do Japão. De acordo com o estudo, aproximadamente 30% dos trabalhadores brasileiros apresentam sintomas graves de estafa emocional, número que salta para 70% no caso dos japoneses. Trata-se de um dado alarmante, que já coloca o país em destaque negativo entre as economias que menos protegem o bem-estar psíquico de sua força de trabalho.

De acordo com estimativas da International Stress Management Association Brasil (ISMA-BR, 2018), o estresse ocupacional gera perdas equivalentes a 3,5% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro, considerando afastamentos, queda de produtividade e custos médicos. No Reino Unido, segundo o Health and Safety Executive (HSE, 2023), o impacto econômico do estresse e dos transtornos mentais relacionados ao trabalho corresponde a aproximadamente 2% do PIB, o que confirma que os danos econômicos advindos do sofrimento psicológico no trabalho não são apenas uma questão de saúde pública, mas também de relevância econômica estrutural.

Esses dados se agravam quando cruzados com a percepção da fragilidade dos vínculos empregatícios em tempos de crise. Como observa o economista José Afonso, da Fundação Getúlio Vargas, a ameaça

constante de desemprego, aliada à pressão por resultados e à intensificação das jornadas de trabalho, cria um ambiente altamente propício ao adoecimento mental. Os trabalhadores, mesmo adoecidos, resistem a solicitar afastamentos ou a denunciar condições insalubres por medo de retaliações ou substituições sumárias, o que dificulta ainda mais a identificação e o tratamento precoce de quadros como ansiedade, depressão e síndrome de burnout.

A síndrome de burnout, aliás, é considerada por muitos especialistas como a expressão mais contundente da deterioração mental no trabalho contemporâneo. De acordo com a Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT), a prevalência dessa condição no Brasil vem crescendo a taxas preocupantes, impulsionada pela cultura da alta performance, pela competitividade extrema e pela ausência de suporte emocional nas organizações. Essa síndrome se manifesta de forma progressiva, inicialmente com sinais de cansaço e apatia, e pode evoluir para quadros graves de esgotamento, surtos psicóticos ou complicações cardiovasculares.

Tais dados têm sido amplamente discutidos em fóruns acadêmicos e congressos de medicina do trabalho, em que se reconhece a urgência de um novo modelo de gestão da saúde nas empresas, baseado na escuta ativa, na prevenção integrada e na construção de ambientes laborais saudáveis. No entanto, no campo jurídico, essa realidade ainda não encontra uma tradução normativa e jurisprudencial à altura. As ações judiciais que tratam de sofrimento psíquico raramente resultam em decisões favoráveis ao trabalhador, seja pela dificuldade probatória, seja pela ausência de

parâmetros técnicos compartilhados entre a Justiça do Trabalho e os sistemas de saúde.

Esse descompasso revela uma falha estrutural na capacidade do sistema jurídico de incorporar as transformações do mundo do trabalho e suas implicações subjetivas. Como argumenta Dejourns (2007), a organização do trabalho não é neutra: ela pode ser fonte de realização, mas também de sofrimento. Quando a estrutura jurídica não reconhece os danos subjetivos causados por essa organização, ela contribui para o silenciamento e para a perpetuação de práticas lesivas à saúde mental dos indivíduos.

O sofrimento psíquico, portanto, permanece relegado a uma espécie de “esfera da intimidade” que não merece tutela jurídica, uma concepção ultrapassada, que precisa ser urgentemente revista à luz dos novos paradigmas do Direito do Trabalho e dos Direitos Humanos. A patologização do sofrimento, sem que se investiguem suas causas estruturais, é mais uma forma de invisibilização institucional que isola o trabalhador em sua dor, tratando o adoecimento como fraqueza pessoal e não como produto de condições laborais insalubres.

Na prática, essa invisibilidade contribui para uma subnotificação massiva dos casos de sofrimento mental relacionado ao trabalho. Relatórios da própria ANAMT (2019), indicam que menos de 5% dos casos de transtornos mentais ocupacionais são formalmente reconhecidos pelas empresas e encaminhados como doenças do trabalho. Isso significa que a imensa maioria desses trabalhadores não apenas não recebe tratamento

adequado, como também não tem acesso aos direitos previdenciários, indenizatórios e reparatórios previstos em lei.

O modelo jurídico vigente, portanto, não está equipado para lidar com a complexidade dos danos psíquicos contemporâneos. Sua lógica binária, saudável ou doente, apto ou inapto, não comporta as nuances do sofrimento mental, que muitas vezes se manifesta de forma intermitente, subjetiva e relacional. É necessário, por isso, ampliar os critérios de avaliação judicial desses casos, incorporando laudos multidisciplinares e escutando especialistas de áreas como psicologia organizacional, saúde pública e medicina do trabalho.

O momento exige, ainda, uma maior articulação entre a Justiça do Trabalho, o Ministério Público do Trabalho e os sistemas de saúde e segurança do trabalho, no sentido de construir fluxos de atendimento integrados e eficientes. Ações preventivas, programas de acolhimento psicológico e canais de denúncia internos são medidas que já vêm sendo adotadas por algumas corporações e que podem servir de referência para um novo modelo institucional de cuidado e proteção.

É fundamental que o Direito do Trabalho rompa com a tradição de invisibilização do sofrimento emocional e passe a reconhecê-lo como dano jurídico reparável e, sobretudo, prevenível. A garantia da saúde mental não pode mais ser tratada como um apêndice da proteção ao trabalho físico: trata-se de um componente essencial da dignidade do trabalhador, da cidadania ativa e da própria justiça social.

A lógica de invisibilização também opera na esfera sindical. Em muitos acordos e convenções coletivas, a saúde mental é completamente

negligenciada ou tratada de forma genérica, sem cláusulas protetivas claras ou mecanismos de monitoramento contínuo do ambiente laboral. Essa omissão compromete o papel dos sindicatos como agentes de defesa dos direitos sociais e evidencia a urgência de um novo pacto sindical que incorpore a saúde mental como pauta prioritária.

Ainda mais grave é a estigmatização dos trabalhadores que expressam sofrimento. A cultura empresarial brasileira, marcada pela lógica da produtividade a qualquer custo, tende a encarar sintomas psíquicos como fraqueza individual, reforçando o isolamento do trabalhador e inibindo a busca por ajuda. Como observa Dejours (2007), o sofrimento no trabalho é frequentemente silenciado, transformado em vergonha ou culpa, o que dificulta ainda mais sua abordagem jurídica.

Portanto, é possível afirmar que o sofrimento psíquico do trabalhador se encontra em um “limbo jurídico”, um território onde as normas não alcançam e onde a subjetividade não encontra eco. A superação dessa condição exige mais do que alterações legislativas: requer uma mudança paradigmática na forma como o Direito compreende o trabalho e suas consequências subjetivas. É imprescindível, nesse sentido, que a formação jurídica passe a incorporar saberes interdisciplinares, especialmente da saúde coletiva e da psicodinâmica do trabalho, como elementos estruturantes na compreensão dos conflitos laborais contemporâneos. Isso permitiria que o operador do Direito fosse capaz de identificar, qualificar e tutelar adequadamente o sofrimento mental do trabalhador, atribuindo-lhe o devido valor jurídico e social. A luta contra a invisibilidade jurídica do sofrimento psíquico também é uma luta por

reconhecimento. Reconhecer o adoecimento mental como um fenômeno social e laboral é um passo decisivo para que o Direito cumpra seu papel emancipador e protetivo.

2.4.2 Responsabilização dos Atores Institucionais diante do Adoecimento Psíquico

Autores como Dejours (1992) já denunciavam o modo como o sofrimento mental no trabalho era silenciado por estruturas organizacionais baseadas na lógica da produtividade a qualquer custo. Segundo ele, o sofrimento psíquico nasce da inadequação entre o sujeito e o ambiente de trabalho, sendo amplificado por práticas institucionais que negligenciam a subjetividade e os limites humanos. No mesmo sentido, Mendes (2007) aponta que o trabalho pode operar como um vetor de sofrimento quando perde sua função simbólica e passa a ser mediado por exigências desumanas, intensificadas pelo neoliberalismo gerencial.

A ausência de normativas específicas que estabeleçam um nexo claro entre o ambiente de trabalho degradante e os transtornos mentais configura um vácuo jurídico que dificulta a responsabilização dos empregadores. Ainda que a jurisprudência trabalhista reconheça a possibilidade de dano moral decorrente de assédio moral ou pressão excessiva, a lógica da “culpa subjetiva” ainda predomina, sendo exigida a prova inequívoca do nexo causal entre a conduta patronal e o quadro de adoecimento. Isso impõe ao trabalhador uma sobrecarga probatória injusta, agravando ainda mais sua vulnerabilidade (Andrade, 2020).

Em estudo conduzido por Cavalieri (2021), no âmbito da Procuradoria-Geral Federal, verificou-se que os afastamentos por

adoecimento psíquico cresceram 36% em cinco anos, sendo raros os casos em que houve reconhecimento de nexos com o trabalho e posterior responsabilização institucional. O autor destaca que a cultura organizacional, marcada por metas abusivas, ausência de escuta e negligência com a saúde mental, constitui um fator determinante para a invisibilidade do problema.

Não se trata apenas de responsabilizar juridicamente empregadores de forma punitiva, mas de conceber uma ética institucional voltada à prevenção do adoecimento. Brant e Minayo-Gómez (2007) defendem a adoção de “dispositivos transformadores” dentro das organizações, capazes de operar uma escuta ativa e institucionalizar práticas de cuidado. A responsabilização, nesse contexto, ultrapassa o campo jurídico *stricto sensu* e assume um caráter também ético, político e organizacional.

Contudo, o desafio maior reside na despersonalização do sofrimento, processo pelo qual a dor psíquica é tratada como “fato da vida privada” do trabalhador, isentando a empresa de qualquer responsabilidade. O estudo de Lamego e Bassani (2022), que investigou o sofrimento de policiais civis do Rio Grande do Sul, revelou que, mesmo diante de quadros graves de transtorno mental e suicídios, a resposta institucional se limitava à substituição dos afetados, sem qualquer ação preventiva ou reparatória.

No campo doutrinário, Gomes (2023) argumenta que a responsabilização dos empregadores por danos psíquicos exige o reconhecimento de uma nova leitura da função social da empresa, segundo a qual a produtividade não pode ser dissociada do bem-estar físico e emocional dos trabalhadores. Essa perspectiva exige, também, um

deslocamento no foco do Direito do Trabalho tradicional, ainda muito centrado em acidentes físicos e doenças ocupacionais de caráter orgânico.

Do ponto de vista jurídico, a responsabilidade civil por danos psíquicos no trabalho deve ser compreendida à luz da teoria do risco, conforme defendido por Ferreira e Zille (2021), o que significa reconhecer que determinadas atividades ou ambientes, por sua própria natureza, expõem os trabalhadores a riscos à sua saúde mental, sendo dever da empresa prevenir, mitigar e compensar esses efeitos.

Outro aspecto a ser considerado é a responsabilização do Estado. A omissão na fiscalização das condições de trabalho, a ausência de políticas públicas efetivas de saúde mental e a escassez de investimento em centros especializados, como os CAPS, tornam o Estado corresponsável pelo adoecimento psíquico de milhares de trabalhadores. Segundo Jorge (2015), o princípio da precaução, consagrado na esfera do Direito Ambiental, deveria ser adotado na saúde laboral, invertendo o ônus da prova e exigindo das empresas a demonstração de que suas práticas não causam mal à saúde dos empregados.

Adicionalmente, a responsabilização institucional demanda o fortalecimento dos espaços de escuta dentro das organizações, a atuação dos sindicatos e o papel fiscalizador dos Ministérios Públicos do Trabalho. Como observa Caetano (2023), não é possível proteger a saúde mental do trabalhador sem uma atuação articulada e coerente entre os diversos atores institucionais, desde os departamentos de Recursos Humanos até as Cortes Trabalhistas.

O que se observa, portanto, é a necessidade urgente de redefinir os marcos jurídicos e institucionais que regulam a responsabilidade por sofrimento psíquico no trabalho. Isso passa, necessariamente, por repensar o conceito de dano moral, incluir critérios objetivos de avaliação do ambiente psicossocial, ampliar as competências da fiscalização do trabalho e implementar mecanismos de mediação e escuta no âmbito organizacional.

Assim, o reconhecimento do adoecimento psíquico como problema estrutural e institucional exige não apenas a aplicação do Direito vigente, mas sua reformulação crítica a partir da realidade concreta dos trabalhadores. A responsabilização, nesse contexto, deve assumir um papel pedagógico e transformador, capaz de promover culturas laborais mais justas, humanas e inclusivas.

2.4.3 Obstáculos Culturais e Estruturais na Aplicação do Direito à Saúde Mental

A efetivação do direito à saúde mental no trabalho esbarra em um conjunto articulado de barreiras culturais e estruturais que vão além da simples ausência de normas ou da insuficiência de políticas públicas. Trata-se de um terreno onde operam mecanismos simbólicos, modelos gerenciais e paradigmas jurídicos que invisibilizam o sofrimento psíquico dos trabalhadores e impedem que ele seja tratado como questão legítima de saúde e de justiça social. Essas barreiras são produzidas por uma cultura de produtividade e eficiência, profundamente enraizada no ethos do capitalismo neoliberal e internalizada tanto pelas instituições quanto pelos próprios sujeitos.

No centro dessa discussão está a crítica de Byung-Chul Han, especialmente suas formulações sobre a “sociedade do desempenho” e a autoexploração psíquica. Han (2015) afirma que, no atual estágio do capitalismo, o indivíduo é convocado a ser empreendedor de si mesmo, autogerenciando sua produtividade e seu sofrimento, ao mesmo tempo em que se responsabiliza subjetivamente por seus fracassos. A lógica do “Sim, nós podemos”, segundo ele, substituiu a coerção externa por um regime de positividade, onde a liberdade aparente encobre formas sofisticadas de dominação. Nesse contexto, a saúde mental torna-se um campo vulnerável, pois o adoecimento é compreendido como falha individual, e não como sintoma de um sistema estruturalmente opressor.

Essa concepção impacta diretamente o universo do trabalho. Em diversas organizações, públicas e privadas, vigora uma cultura que glorifica a superação, o entusiasmo e a hiperdisponibilidade, ao mesmo tempo que desqualifica a vulnerabilidade, o cansaço e os limites psíquicos. O sofrimento emocional, quando emerge, tende a ser visto como fraqueza moral, desvio de conduta ou falta de resiliência. Essa deslegitimação tem efeitos profundos: ela impede que os trabalhadores acessem os mecanismos de cuidado e reconfigura a doença como tabu.

Os modelos gerenciais contemporâneos reforçam essa lógica, operando sob estruturas de controle simbólico, com metas inalcançáveis, avaliações constantes, competitividade interna e vigilância algorítmica. A pressão para performar é acompanhada por uma retórica de bem-estar corporativo que, muitas vezes, apenas estetiza o sofrimento e desloca a responsabilidade para o sujeito. Como destaca Dejours (2007), o

sofrimento no trabalho não é apenas efeito colateral do sistema produtivo, mas um elemento constitutivo das formas modernas de gestão, que precarizam os laços sociais e impedem a elaboração coletiva do mal-estar.

Esse processo é agravado pela precarização das relações de trabalho, que se intensificou com a difusão de formas flexíveis de contratação, como a terceirização, o trabalho temporário, o home office precarizado e a uberização. Antunes (2018) analisa essas novas morfologias laborais como expressão da reestruturação produtiva neoliberal, que fragmenta os vínculos, rompe a solidariedade e individualiza os riscos, criando um terreno fértil para o adoecimento psíquico silencioso e crônico.

A institucionalidade do trabalho também contribui para a manutenção desses entraves. A ausência de espaços formais de escuta, de canais seguros de denúncia e de programas estruturados de prevenção à saúde mental evidencia a fragilidade dos aparatos organizacionais em lidar com o sofrimento. Muitas empresas adotam políticas de bem-estar apenas como ferramentas de marketing interno, sem compromissos efetivos com transformações estruturais.

A cultura institucional dominante tende a negar a dimensão afetiva do trabalho. Como pontuam Cabral e Oliveira (2024), vigora um modelo que concebe o ambiente profissional como local de racionalidade instrumental, onde as emoções são indesejadas ou vistas como disfuncionais. Essa concepção promove o silenciamento afetivo e torna invisível a dor emocional dos sujeitos, que passam a se autocensurar para manter uma aparência de normalidade e eficiência.

No plano normativo, o direito à saúde mental enfrenta o desafio de se articular com categorias jurídicas tradicionais, que operam a partir da ideia de dano físico visível. Müller (2019) demonstra que o Judiciário brasileiro tende a exigir provas documentais objetivas, como laudos médicos e perícias formais, para reconhecer o nexo entre trabalho e sofrimento psíquico. Esse critério técnico ignora as complexidades da saúde mental, que se manifesta de modo fluido, subjetivo e contextual.

Esse modelo jurídico, herdeiro do paradigma positivista, ainda não incorporou os avanços epistemológicos da saúde coletiva, da psicodinâmica do trabalho e da sociologia crítica. Como resultado, os operadores do direito se mostram despreparados para lidar com demandas relacionadas a burnout, depressão, ansiedade e outros quadros associados à organização do trabalho. A jurisprudência, em geral, limita-se a indenizações simbólicas ou rejeita as ações por ausência de provas sólidas, reforçando o ciclo de deslegitimação.

Além disso é importante destacar a fragmentação das políticas públicas. Embora existam iniciativas como a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e a Política Nacional de Saúde Mental, a articulação entre os setores da saúde, do trabalho, da assistência social e da justiça é precária. Machado (2024) aponta que a intersetorialidade ainda é mais um discurso do que uma prática, resultando em atendimentos descontinuados, falta de fluxo institucional e sobreposição de competências.

A ausência de um protocolo unificado de atenção à saúde mental no trabalho compromete a construção de uma rede de cuidado efetiva. Profissionais adoecidos muitas vezes enfrentam barreiras para conseguir

licenças, readaptações ou mesmo escuta qualificada nos serviços públicos de saúde. Essa negligência institucional contribui para o agravamento dos quadros clínicos e para o afastamento definitivo dos postos de trabalho.

As lideranças institucionais, por sua vez, frequentemente não recebem formação adequada para reconhecer e acolher sinais de sofrimento em suas equipes. A cultura de comando e controle ainda predomina em muitos setores, dificultando a emergência de uma gestão humanizada. Como mostra Santos (2022), programas de capacitação sobre saúde mental são raros, pontuais e desvinculados de políticas mais amplas de promoção do bem-estar.

É necessário reconhecer que o sofrimento no trabalho não é um evento isolado, mas um fenômeno coletivo, social e político. Ele se inscreve nas estruturas organizacionais, nos arranjos produtivos e nos dispositivos normativos, sendo ao mesmo tempo um sintoma e uma crítica viva às formas de organização do trabalho. Como sugere Dejours, o sofrimento pode ser uma forma de resistência, uma tentativa do sujeito de preservar sua identidade frente à lógica perversa do rendimento absoluto.

Ao invisibilizar o sofrimento psíquico, as instituições laborais acabam reforçando as desigualdades de classe, gênero e raça. Trabalhadoras negras, por exemplo, enfrentam duplamente o silenciamento: por serem mulheres e por serem negras. Os marcadores sociais da diferença agravam o risco de adoecimento e tornam ainda mais difícil o acesso ao cuidado. Por isso, é fundamental que qualquer política voltada à saúde mental seja pensada de forma interseccional e contextual.

A transformação desse cenário exige uma profunda revisão dos paradigmas organizacionais. Não basta criar campanhas de saúde ou palestras motivacionais. É preciso rever os modelos de gestão, os processos de avaliação, as metas, os modos de cobrança e o próprio sentido do trabalho. As organizações precisam se comprometer com a criação de espaços coletivos de escuta, com protocolos de acolhimento e com práticas de cuidado que sejam contínuas, e não meramente emergenciais.

Apesar dos avanços normativos e do crescente debate sobre saúde mental no ambiente de trabalho, a efetivação concreta desse direito esbarra em barreiras culturais e estruturais profundamente enraizadas na sociedade brasileira. Trata-se de obstáculos que não apenas limitam a implementação das políticas públicas, mas que comprometem a própria concepção do sofrimento psíquico como uma dimensão legítima do adoecimento laboral.

Um dos principais entraves é o estigma social que ainda permeia os transtornos mentais, especialmente no universo corporativo. Em muitos ambientes profissionais, o sofrimento emocional é minimizado, deslegitimado ou interpretado como sinal de fraqueza moral, incompetência ou falta de comprometimento, conforme apontado por Bernardo e Garbin (2011), ao tratarem dos desafios da saúde mental no SUS e sua invisibilização nos ambientes de trabalho. Esse imaginário cultural, alimentado por uma lógica produtivista e meritocrática, dificulta o reconhecimento institucional do sofrimento psíquico como fator de vulnerabilização, o que impacta diretamente as possibilidades de acolhimento e reparação.

As estruturas organizacionais, por sua vez, frequentemente operam sob modelos arcaicos de gestão que ignoram as dinâmicas subjetivas do trabalho. Em estudo de Lima, Domingues Junior e Gomes, (2023), foi evidenciado que práticas de gerenciamento autoritário, ausência de escuta ativa e metas inatingíveis contribuem diretamente para o adoecimento psíquico, especialmente entre profissionais da saúde. Ainda que discursos de humanização e bem-estar estejam presentes em documentos institucionais, há um descompasso evidente entre a teoria e a prática, o que revela a persistência de obstáculos estruturais que impedem o avanço de políticas mais efetivas de saúde mental laboral.

O campo jurídico também contribui para a manutenção desses entraves. A escassez de decisões judiciais que reconheçam de forma sólida o nexo entre o trabalho e o sofrimento psíquico revela a dificuldade do Poder Judiciário em lidar com as subjetividades do adoecimento mental. Como observado por Müller (2019), há uma prevalência de paradigmas biomédicos na avaliação da saúde mental, que exigem provas documentais objetivas muitas vezes incompatíveis com as dinâmicas do sofrimento emocional. Essa lógica gera uma tendência à deslegitimação das demandas judiciais com base em transtornos mentais, o que pode vir a alimentar o ciclo de invisibilidade.

Além disso, a cultura jurídica brasileira ainda se mostra resistente a compreender o sofrimento mental como expressão de violências organizacionais estruturais, como o assédio moral, o sexismo, o racismo institucional e a precarização das condições laborais. Estudos como o de Galhardo (2020), mostram como os modelos flexíveis de trabalho

intensificam a instabilidade emocional dos trabalhadores, ao promoverem jornadas fragmentadas, metas flutuantes e ausência de vínculos coletivos .

Outro fator estrutural é a própria concepção do ambiente de trabalho como espaço de neutralidade afetiva. Essa visão, segundo Cabral e Oliveira (2024), nega a presença das emoções como parte constitutiva da experiência laboral, levando à repressão institucionalizada das manifestações de sofrimento, e dificultando a criação de espaços legítimos de escuta, prevenção e cuidado .

Do ponto de vista institucional, o despreparo de gestores e lideranças também é um agravante. A ausência de formação continuada e de instrumentos técnicos adequados para a identificação precoce de sinais de esgotamento impede a construção de redes eficazes de apoio. Como revela Santos (2022), a falta de infraestrutura, a rotatividade de equipes e a sobrecarga de demandas nos serviços especializados limitam drasticamente a resposta do sistema de saúde mental à crescente demanda proveniente do mundo do trabalho .

A análise desses obstáculos aponta para a necessidade urgente de reformas estruturais e culturais que transcendam a legislação formal. É preciso, como defendem Dias e Schultz (2020), articular o reconhecimento simbólico do sofrimento com a transformação das práticas institucionais cotidianas, adotando abordagens que integrem o cuidado em saúde mental como elemento constitutivo das relações de trabalho .

É fundamental destacar, ainda, que a efetivação do direito à saúde mental exige uma profunda revisão dos modos de gestão, da cultura organizacional e dos próprios paradigmas jurídicos. A perspectiva jurídica

deve abandonar a neutralidade formalista e incorporar análises contextuais e interseccionais, que considerem os marcadores sociais da diferença, como gênero, raça e classe, na configuração do sofrimento psíquico laboral, conforme refletido por Oliveira (2023), ao tratar do racismo estrutural e seus impactos na saúde mental .

Para além do enfrentamento normativo, é necessário construir uma cultura institucional que legitime o sofrimento como expressão válida e digna de cuidado.

Tal mudança implica reconfigurar as práticas de controle, hierarquia e produtividade por outras fundamentadas no respeito, escuta ativa e participação coletiva. Em suma, o direito à saúde mental no trabalho será efetivamente garantido apenas quando forem desconstruídas as bases simbólicas e materiais que naturalizam o sofrimento e o silenciam sob a lógica da eficiência a qualquer custo.

Portanto, este tópico tratou de um questão importante quanto a negação do sofrimento mental no trabalho: estruturas rígidas, modelos gerenciais excludentes, práticas jurídicas insensíveis e culturas organizacionais resistentes à mudança. A superação desses obstáculos passa, necessariamente, pela articulação entre a produção de conhecimento interdisciplinar, a escuta dos sujeitos trabalhadores e o comprometimento institucional com a transformação de paradigmas normativos e culturais.

2.4.4 Tensões Interpretativas e Vácuos Normativos na Proteção Jurídica

A proteção jurídica da saúde mental no ambiente de trabalho no Brasil atravessa um campo complexo, permeado por lacunas normativas,

tensões interpretativas e uma tradição legal ainda centrada em parâmetros materialistas e objetivos da saúde. Ainda que o ordenamento jurídico reconheça o direito à saúde como fundamental, previsto no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, sua aplicação efetiva no que tange à saúde mental encontra obstáculos que não se limitam à ausência de legislação específica, mas envolvem descompassos profundos entre a normatividade formal e a realidade subjetiva do sofrimento psíquico no mundo do trabalho (BLANK; DE BONA, 2024).

A noção de vácuo normativo, neste contexto, deve ser compreendida para além da ausência de legislação expressa. Trata-se de uma disfunção sistêmica, em que normas genéricas são utilizadas para regular situações específicas sem oferecer parâmetros interpretativos claros. Como observa Marques (2021), há uma tendência no ordenamento jurídico brasileiro de recorrer a dispositivos abertos que, embora bem intencionados, dificultam a responsabilização de atores institucionais em casos de adoecimento mental associado ao trabalho .

Esse cenário é agravado por tensões hermenêuticas entre diferentes ramos do Direito. A esfera trabalhista, por vezes, se mostra refratária à integração de saberes das ciências da saúde mental, tratando o sofrimento psíquico como algo desvinculado das condições objetivas de trabalho. Já o campo previdenciário, por sua vez, tem critérios rigorosos para o reconhecimento de doenças ocupacionais de cunho psicológico, o que contribui para a subnotificação dos casos. Como sublinha Viana (2016), há um descompasso entre as categorias jurídicas utilizadas pelos

operadores do direito e os conceitos clínicos adotados por profissionais da saúde mental .

Além disso, o debate jurídico acerca da saúde mental no trabalho frequentemente esbarra em interpretações conservadoras do conceito de dano moral. Muitos julgados se limitam à reparação patrimonial, ignorando a dimensão estrutural da violência psíquica nas organizações. Esse tipo de interpretação reduz a saúde mental a um atributo individual, negligenciando as estruturas institucionais que perpetuam práticas abusivas ou geradoras de sofrimento, conforme apontado por Castro (2009), ao discutir os limites do sistema de justiça em incorporar a complexidade da reforma psiquiátrica nas relações de trabalho .

Não há uma lei trabalhista que sistematize os direitos relacionados à saúde mental no trabalho de forma abrangente, o que faz com que o tema fique diluído entre normas de segurança do trabalho, disposições da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e resoluções esparsas de órgãos administrativos. Tal dispersão normativa gera insegurança jurídica e contribui para o enfraquecimento da proteção legal. Segundo Freire (2011), o vácuo normativo nessa seara é parcialmente preenchido por jurisprudência e políticas públicas, mas sem força coercitiva suficiente para garantir direitos em escala nacional .

No plano doutrinário, autores como Moraes (2003) e Ayala (2002), criticam a ausência de um marco regulatório sólido que abarque os transtornos psíquicos ocupacionais como responsabilidade direta dos empregadores e do Estado. A dificuldade em enquadrar patologias como burnout, depressão e transtornos de ansiedade no rol de doenças do trabalho

revelam não apenas uma lacuna legal, mas uma resistência estrutural a reconhecer a centralidade da saúde mental na vida laboral moderna.

Adicionalmente, a jurisprudência ainda carece de uniformidade na interpretação das obrigações dos empregadores quanto à prevenção do sofrimento mental. Embora o princípio da dignidade da pessoa humana e o direito à saúde tenham sido reiteradamente reconhecidos em decisões do Supremo Tribunal Federal e do Tribunal Superior do Trabalho, há uma lacuna quanto à efetiva responsabilização por omissões relacionadas ao sofrimento psíquico. Conforme analisado por Marques (2021), muitos julgadores optam por soluções minimalistas, concedendo indenizações simbólicas ou rejeitando ações por falta de provas concretas, mesmo diante de evidências clínicas e contextuais.

É importante destacar que o enfrentamento dessas tensões interpretativas requer mais do que boa vontade dos operadores do direito. Envolve uma mudança paradigmática que incorpore a interdisciplinaridade como critério de validade jurídica. A efetividade da proteção legal à saúde mental pressupõe a escuta ativa de saberes diversos, especialmente aqueles produzidos nas áreas da psicologia social, saúde coletiva e sociologia do trabalho, como bem sustenta Souza (2011) ao tratar dos dilemas da proteção jurídica a sujeitos em situação de sofrimento psíquico .

Por outro lado, o campo normativo também carece de atualização em face das novas formas de organização do trabalho. As transformações tecnológicas, o avanço do trabalho remoto, a hiperconectividade e a flexibilização de vínculos ampliaram os riscos de adoecimento psíquico, sem que o ordenamento jurídico acompanhasse com instrumentos

adequados de prevenção, monitoramento e responsabilização. Medeiros (2018) alerta que, diante da digitalização do trabalho, há uma necessidade urgente de revisão normativa que reconheça os novos agentes causadores de sofrimento laboral, como o controle algorítmico e o assédio virtual.

Além disso, observa-se uma inércia legislativa frente às demandas dos movimentos sociais e acadêmicos por uma legislação específica sobre saúde mental no trabalho. Ainda que o tema tenha ganhado visibilidade, inclusive com o reconhecimento da síndrome de burnout pela Organização Mundial da Saúde como fenômeno relacionado ao trabalho, o Brasil segue sem um marco legal que trate de forma detalhada das obrigações patronais, da atuação dos serviços de saúde e dos direitos dos trabalhadores nesse campo.

Nesse contexto, a produção normativa e jurisprudencial permanece aquém das complexidades reais do sofrimento psíquico nas relações laborais contemporâneas. A ausência de marcos regulatórios que reconheçam explicitamente a centralidade da saúde mental como condição para o trabalho digno perpetua a vulnerabilidade dos sujeitos, especialmente em setores marcados por alta pressão, metas abusivas e insegurança contratual.

Apesar dos avanços pontuais na jurisprudência e na normativa infraconstitucional, o ordenamento jurídico brasileiro ainda carece de uma abordagem sistemática e coesa no que se refere à proteção da saúde mental dos trabalhadores. Os casos analisados em tribunais superiores revelam tanto avanços importantes quanto omissões reiteradas, escancarando a

ausência de um marco regulatório unificado e a carência de sensibilidade hermenêutica no trato do sofrimento psíquico laboral.

Diante tudo isso, não se pode ignorar que o vácuo normativo e as tensões interpretativas também são produto de uma cultura jurídica que, historicamente, marginalizou os temas ligados à subjetividade no campo do trabalho. A resistência em reconhecer o sofrimento mental como fenômeno jurídico relevante reflete uma concepção arcaica de saúde laboral, centrada apenas em aspectos físicos e visíveis. Superar essa limitação exige uma reconfiguração dos próprios fundamentos do direito do trabalho, reposicionando o cuidado com a saúde mental como eixo estruturante de sua razão de ser.

Por fim, é importante salientar que o presente capítulo buscou demonstrar que os desafios à efetivação do direito à saúde mental do trabalhador vão muito além da ausência de leis específicas. As dificuldades estão, muitas vezes, enraizadas nas interpretações jurídicas, nas falhas institucionais e nos limites culturais do próprio campo jurídico. A invisibilidade do sofrimento psíquico, a insuficiência dos mecanismos de responsabilização institucional, os entraves culturais à aplicação do direito e os conflitos hermenêuticos revelam um cenário complexo, que exige respostas inovadoras e interdisciplinares.

3 MARCO METODOLÓGICO

Este capítulo apresenta os caminhos metodológicos percorridos na construção da presente dissertação, com vistas a assegurar rigor científico, coerência analítica e aderência aos objetivos propostos. Diante da natureza

teórico- conceitual da pesquisa, optou-se por um método exploratório e crítico, centrado na análise documental e na revisão da literatura especializada. A investigação buscou compreender os entraves jurídicos e institucionais à efetivação do direito à saúde mental do trabalhador, articulando os fundamentos normativos, os aspectos sociopolíticos e as políticas públicas voltadas ao tema. Para isso, foram consultadas bases de dados acadêmicas reconhecidas, utilizando critérios de seleção rigorosos e descritores compatíveis com os recortes temáticos e os objetivos da pesquisa. A seguir, detalham-se os procedimentos adotados em cada etapa do processo investigativo, desde a delimitação do objeto até a análise e interpretação dos dados coletados.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A presente dissertação se caracteriza como uma pesquisa exploratória, de natureza teórico-documental, com delineamento crítico e abordagem descritiva. Conforme afirma Gil (2008), a pesquisa exploratória visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo mais explícito. Além disso, permite a compreensão das percepções e significados atribuídos aos fenômenos sociais, o que se mostra particularmente relevante diante da complexidade que envolve a saúde mental do trabalhador e os obstáculos à sua efetivação como direito fundamental.

Trata-se, sobretudo, de um estudo de revisão de literatura, com fundamentação teórica e normativa construída a partir da análise de fontes primárias e secundárias do Direito e das Ciências Sociais aplicadas à

realidade do trabalho. O trabalho, portanto, não se valeu de pesquisa de campo ou coleta direta de dados empíricos, mas sim da sistematização crítica de produções científicas e documentos normativos.

3.2 CARACTERIZANDO O CAMPO DA PESQUISA

Embora não envolva um campo empírico específico no sentido tradicional, a pesquisa se debruçou sobre um campo de conhecimento interdisciplinar, situado na confluência entre Direito do Trabalho, Saúde Pública, Políticas Públicas, Sociologia Jurídica e Direitos Humanos. As bases teóricas foram consolidadas a partir da seleção de obras acadêmicas, artigos científicos e documentos técnicos disponíveis em plataformas confiáveis de indexação, como SciELO, CAPES Periódicos, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD).

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa não envolveu diretamente sujeitos humanos em sua execução, não sendo necessário, portanto, submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. No entanto, os sujeitos indiretos da investigação são os trabalhadores em contextos diversos de exploração da força de trabalho no Brasil, especialmente aqueles que vivenciam situações de adoecimento psíquico decorrente de condições laborais precarizadas ou opressoras, conforme descrito por Dejours (2007) e Antunes (2018).

Além disso, o estudo incorporou a perspectiva de múltiplos atores institucionais mencionados nas fontes analisadas: empregadores sindicatos, operadores do Direito, gestores públicos e profissionais da saúde mental. A

análise crítica da literatura contempla, portanto, um conjunto diverso de sujeitos que orbitam o fenômeno investigado.

3.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada exclusivamente por meio de levantamento bibliográfico e documental. Foram utilizados como instrumentos de busca descritores como: "saúde mental do trabalhador", "direitos fundamentais", "inclusão social", "políticas públicas de saúde", "sofrimento psíquico no trabalho", "precarização do trabalho", "adoecimento psíquico", "direito à saúde no trabalho" e "responsabilização institucional".

Os critérios de inclusão abarcaram publicações acadêmico-científicas, documentos oficiais, legislações, pareceres técnicos e relatórios institucionais produzidos nos últimos 20 anos, priorizando produções com rigor metodológico reconhecido, em especial de autores consagrados como Dejourn, Castel, Antunes, Sawaia, Barros e Fachin. Foram também utilizados julgados e posicionamentos doutrinários extraídos de tribunais superiores e doutrinas jurídicas contemporâneas.

Foram excluídas fontes não científicas, matérias jornalísticas opinativas, blogs e artigos sem revisão por pares ou sem consistência metodológica, a fim de assegurar a confiabilidade das informações e argumentos utilizados.

3.4.1 Fontes Empíricas e Dados Secundários

Ainda que se trate de uma pesquisa exploratória, de base teórica e documental, optou-se pela utilização de dados secundários com a finalidade de ilustrar e fundamentar criticamente a discussão teórica sobre o sofrimento psíquico no trabalho. Tais dados são provenientes de fontes públicas oficiais, como o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), a Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), a Organização Mundial da Saúde (OMS), entre outras instituições ligadas à saúde e ao trabalho.

Esses dados não foram coletados diretamente, mas sim extraídos de relatórios, séries históricas, estatísticas públicas e gráficos produzidos por instituições governamentais e multilaterais. Sua utilização ocorre especialmente no Capítulo III, com foco na análise crítica das políticas públicas e da efetividade dos dispositivos legais frente à realidade empírica do adoecimento mental no contexto brasileiro contemporâneo.

Nesse contexto, os dados estatísticos secundários utilizados ao longo da dissertação, especialmente no Capítulo III, buscaram cumprir o papel de contextualizar empiricamente as políticas públicas e normativas analisadas, permitindo uma leitura mais sólida do panorama da saúde mental no trabalho no Brasil. Tais dados, embora quantitativos em natureza, permitem também serem interpretados sob um viés crítico, alinhados à abordagem teórico-hermenêutica adotada nesta pesquisa.

3.5 TÉCNICA E ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados obtidos por meio da revisão bibliográfica foi realizada por meio da técnica de análise temática, conforme proposta por Minayo (2008), que consiste na identificação, categorização e interpretação de temas recorrentes ou significativos nas fontes analisadas. Os dados foram organizados em categorias analíticas coerentes com os objetivos específicos da pesquisa e com a estruturação dos capítulos da dissertação.

O processo analítico compreendeu três etapas: leitura flutuante do material, codificação temática e interpretação crítica. Nesta última fase, buscou-se articular os conteúdos bibliográficos e normativos com os referenciais teóricos e jurídicos previamente escolhidos, possibilitando reflexões aprofundadas sobre os desafios de efetivação da saúde mental como direito do trabalhador. A utilização da abordagem crítica do Direito foi fundamental para evidenciar as lacunas entre a normatividade formal e a prática institucional, bem como as tensões interpretativas que dificultam a justiciabilidade dos direitos sociais, em especial no campo da saúde mental, conforme defendem Boaventura de Sousa Santos (2007) e Streck (2019).

3.6 DELIMITAÇÃO DO TEMA

A dissertação delimitou como objeto de estudo a saúde mental do trabalhador enquanto direito fundamental, analisando os desafios jurídicos, institucionais e socioculturais à sua efetivação no Brasil contemporâneo. A delimitação temporal compreendeu prioritariamente a produção legislativa, acadêmica e institucional, com ênfase nos recortes das últimas duas

décadas, período marcado por profundas transformações no mundo do trabalho, como a precarização das relações laborais, a intensificação da competitividade e o crescimento dos transtornos mentais ocupacionais. A delimitação espacial concentrou-se no contexto brasileiro, mas com articulações teóricas e comparativas com modelos internacionais de proteção à saúde mental no trabalho, especialmente no que se refere às diretrizes da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e à literatura europeia e latino- americana sobre o tema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação buscou enfrentar uma das questões mais delicadas da contemporaneidade no campo jurídico e social: a efetividade do direito à saúde mental do trabalhador em um contexto de intensificação das formas de precarização laboral e de fragilidade das políticas públicas intersetoriais. A problemática central: Como garantir a efetividade da saúde mental como direito fundamental do trabalhador no Brasil contemporâneo? Orientou a trajetória reflexiva ao longo do trabalho, tendo por base uma abordagem teórica e crítica.

O percurso investigativo permitiu confirmar as hipóteses inicialmente formuladas. Primeiramente, embora a Constituição Federal de 1988 reconheça a saúde como direito de todos e dever do Estado, esse reconhecimento, em termos práticos, mostra-se notoriamente insuficiente diante da crescente invisibilização do sofrimento psíquico nas relações de trabalho (Delgado, 2011). A análise revelou que a estrutura produtiva contemporânea, marcada pela lógica da produtividade e da competitividade, intensifica formas de trabalho precarizadas, submetendo o trabalhador a uma dinâmica que favorece o adoecimento mental e dificulta o exercício de direitos fundamentais relacionados ao bem-estar.

Em segundo lugar, constatou-se que as políticas públicas voltadas à saúde mental carecem de articulação e continuidade. Apesar dos avanços proporcionados pela Reforma Psiquiátrica e pela criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os estudos revelam uma ausência de transversalidade entre as políticas de saúde mental e as políticas de

trabalho, além de uma resistência institucional em reconhecer a centralidade do sofrimento psíquico como fenômeno também social e laboral (SANTIAGO; YASUI, 2015).

A análise dos desafios jurídicos e institucionais evidenciou ainda a existência de uma série de obstáculos normativos, culturais e estruturais à plena efetivação do direito à saúde mental do trabalhador. A falta de normas específicas que protejam o sofrimento psíquico no contexto laboral, especialmente no que tange à sua prevenção e à responsabilização dos empregadores, torna incerta a aplicabilidade prática do direito, levando à judicialização fragmentada e à dificuldade de uniformização interpretativa entre os tribunais (BRAGA; OLIVEIRA, 2019).

Do ponto de vista metodológico, a presente pesquisa se limitou à análise documental e revisão de literatura, não abarcando, por exemplo, um levantamento de campo junto a trabalhadores, magistrados ou profissionais da saúde. Tal limitação, longe de comprometer a relevância do trabalho, demarca o escopo da análise: compreender criticamente os entraves jurídico-institucionais e sugerir caminhos para a superação dos impasses detectados. Nesse sentido, recomenda-se que pesquisas futuras ampliem essa abordagem a partir de estudos empíricos, com base em dados estatísticos, entrevistas e aplicação de questionários em setores laborais variados, o que pode permitir identificar padrões e especificidades conforme ramos de atividade, gênero, classe ou raça.

Além disso, outro campo promissor de investigação consiste em analisar o papel do Ministério Público do Trabalho, da Defensoria Pública e dos sindicatos na judicialização da saúde mental laboral. Embora essas

instituições tenham formalmente o dever de tutelar direitos coletivos e fundamentais, sua atuação no campo da saúde psíquica do trabalhador ainda é incipiente ou limitada, especialmente pela ausência de indicadores padronizados e protocolos específicos (CORREIA; ALVES, 2024).

É importante também destacar que o discurso institucional sobre saúde mental tende a se concentrar no indivíduo, deslocando a responsabilidade para a esfera privada e médica, ao invés de reconhecer os fatores estruturais e sociais do adoecimento psíquico. Esse modelo biomédico fragmentado precisa ser urgentemente superado por uma abordagem sistêmica, intersetorial e centrada na dignidade humana, que compreenda o sofrimento mental como expressão de desigualdades sociais, econômicas e laborais (ZANELLO; MEDEIROS, 2018).

O presente trabalho, ao propor um olhar crítico sobre o direito à saúde mental no mundo do trabalho, reafirma que o reconhecimento jurídico-formal, ainda que necessário, é insuficiente sem mecanismos práticos de aplicação e fiscalização. A ausência de legislação infraconstitucional específica, a baixa efetividade das políticas intersetoriais e a naturalização da cultura da produtividade extrema conformam um cenário adverso à consolidação de uma cultura jurídica voltada à proteção da subjetividade do trabalhador.

As discussões empreendidas ao longo da dissertação permitem concluir que a efetividade do direito à saúde mental do trabalhador exige uma profunda reconfiguração dos marcos normativos e institucionais vigentes. É necessário que o Estado assuma um papel mais ativo e coordenado na formulação de políticas públicas inclusivas e na

estruturação de dispositivos legais que considerem as particularidades do sofrimento psíquico. Isso inclui, por exemplo, a reformulação da lógica da perícia médica no INSS, a inclusão de indicadores de saúde mental nos programas de fiscalização do trabalho e a criação de instrumentos específicos para a responsabilização jurídica dos empregadores que promovem ambientes laborais patogênicos.

Do ponto de vista jurídico-institucional, a análise revela a necessidade urgente de um novo marco normativo que incorpore expressamente a saúde mental do trabalhador como objeto de tutela jurídica autônoma. Para além da responsabilização individual do empregador, é imprescindível que o Estado assuma papel ativo na coordenação de políticas públicas intersetoriais, na implementação de estratégias de prevenção e na criação de canais institucionais efetivos de acolhimento e reinserção laboral. Instituições como o Ministério Público do Trabalho, a Defensoria Pública e os sindicatos devem ser fortalecidos e capacitados para atuar nesse campo específico, inclusive com base em indicadores padronizados e evidências científicas.

Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio da publicação *Guidelines on Mental Health at Work* (2022), oferece um conjunto importante de recomendações baseada em evidências, direcionadas especificamente à promoção da saúde mental no ambiente de trabalho. O documento em anexo, apresenta orientações sobre intervenções organizacionais que reduzem fatores de risco psicossociais, capacitação de lideranças, programas voltados à reintegração de trabalhadores afastados por transtornos mentais, e estratégias de inclusão

de pessoas com sofrimento psíquico no mercado de trabalho.

Tais diretrizes internacionais dialogam diretamente com os argumentos aqui desenvolvidos, ao reafirmar que o sofrimento mental no trabalho não pode ser compreendido apenas como um fenômeno clínico ou individualizado, mas como uma construção social atravessada por condições laborais degradantes, desigualdades estruturais e falhas institucionais. A OMS, em consonância com as diretrizes da Organização Internacional do Trabalho (OIT), defende uma abordagem sistêmica que envolva ações preventivas, suporte psicológico contínuo, políticas de retorno ao trabalho e instrumentos regulatórios capazes de garantir ambientes saudáveis e inclusivos.

A inclusão, como anexo do referido relatório da OMS se justifica, portanto, não apenas como reforço teórico-empírico, mas como instrumento de articulação entre os marcos jurídicos nacionais e as normativas internacionais sobre saúde mental e trabalho. Trata-se de um conteúdo que confere densidade prática às proposições aqui apresentadas, além de ampliar as possibilidades de comparação e construção de indicadores internacionais de referência para a formulação de políticas públicas no Brasil.

Ao concluir esta etapa investigativa, reafirma-se o compromisso de seguir pesquisando e aprofundando o debate sobre a saúde mental do trabalhador, com vistas à construção de um campo teórico e prático mais sólido, sensível e responsivo às demandas da sociedade. Os dados e diretrizes aqui reunidos apontam para um cenário desafiador, mas também revelam caminhos promissores para a consolidação de um direito

fundamental que ainda aguarda ser plenamente reconhecido, protegido e promovido.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABÍLIO, Ludmila Costhek. Uberização: a era do trabalhador just-in-time? Estudos Avançados, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 25-45, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/VHXmNyKzQLzMyHbgcGMNNwv/>. Acesso em: 10 jan. 2025.

ALVES, Giovanni. Trabalho e subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Boitempo, 2011.

ALVES, Giovanni; CASULO, André C. Precarização do trabalho e saúde mental: o Brasil da era neoliberal. São Paulo: Outras Expressões, 2018. Disponível em: https://books.google.com/books?id=_pdmDwAAQBAJ. Acesso em: 25 fev. 2025.

AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

ANAMT. Associação Nacional de Medicina do Trabalho. Estatísticas e pesquisas sobre saúde mental no trabalho. Disponível em: <https://www.anamt.org.br/portal/2019/04/16/crise-do-mercado-de-trabalho-afeta-a-saude-dos-brasileiros/> Acesso em: 21 mar. 2025.

ANDRADE, Daniela Rafael de. Neoliberalismo, saúde dos trabalhadores e responsabilidade civil preventiva. Belo Horizonte: PUC Minas, 2020. Disponível em: https://bib.pucminas.br/teses/Direito_DanielaRafaelDeAndrade_19135_Textocompleto.pdf. Acesso em: 18 abr. 2025.

ANDRETTA, Bruno S. Precarização do trabalho e da vida: quando o retrocesso de direitos atinge a saúde mental dos trabalhadores. 2019. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal de Santa Maria. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/21512>. Acesso em: 02 abr. 2025.

ANTONIO, Camila de Araujo.; MENDES, Ana Magnólia. Trabalho digital e subjetividade: o olhar da psicanálise. Semina:

Ciências Sociais e Humanas, v. 44, n. 2, p. 235-244, 2023.
Disponível em:
<https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/download/49853/50882/279160>. Acesso em: 20 mar. 2025.

ANTUNES, Ricardo. O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018.

BARBOSA-FOHRMANN, Ana Paula; MARTINS, Laércio Melo. Previsão constitucional do direito social à saúde mental: novos caminhos para a Reforma Psiquiátrica brasileira. Pensar – Revista de Ciências Jurídicas, v. 26, n. 1, 2021. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/rpen/article/download/10722/pdf>. Acesso em: 20 dez. 2024.

BAREMBLITT, Gregório. Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.

BARROSO, Bárbara Iansã de Lima. et al. A saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, São Carlos, v. 28, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/7K494CxFTXtTtLsynkyJnjF/>. Acesso em: 12 fev. 2025.

BARUKI, Luciana Veloso. Saúde mental e trabalho: uma proposta de norma regulamentadora sobre os riscos psicossociais no trabalho a partir de reflexões sobre os sistemas francês e brasileiro. Brasília: ENAP, 2017. Disponível em: <https://bibliotecadigital.economia.gov.br/handle/777/521609>. Acesso em: 20 abr. 2025.

BECK, Mariana Vieira. Saúde mental e precarização: bem-estar de motoristas por aplicativo. Porto Alegre: UFRGS, 2024. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/290353>. Acesso em: 21 jan. 2025.

BENDER, Marcelo. Do reconhecimento ao desconhecimento das violências simbólicas no trabalho. UFSC, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/234774>. Acesso em: 29 dez.

2024.

BENEVIDES, Maria Victoria. A questão social no Brasil: direitos sociais e cidadania ativa. DHNet, 2001. Disponível em: https://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/mariavictoria/benevides_questao_br_dhe_sc.pdf. Acesso em: 13 abr. 2025.

BERNARDO, Marcia Hespagnol Bernardo.; GARBIN, Andréia De Conto. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 36, n. 124, p. 243–251, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/Ym7kpRZmty9fFxPkLVg4hPC/>. Acesso em: 14 abr. 2025.

BRAGA, Claudia Pellegrini.; OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 5, p. 1629-1638, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/g8DhKGKM65b36RLJdDHqhLP/?lang=pt>. Acesso em: 19 jan. 2025.

BRANT, Luiz Carlos.; MINAYO-GÓMEZ, Carlos. Dispositivos de transformação do sofrimento em adoecimento numa empresa. Psicologia em Estudo, v. 12, n. 2, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/xVdLcy7HVX5xdZ8T8hy7bz/>. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 24 mar. 2025.

BRASIL. Dados sobre saúde mental no trabalho. Brasília: ENAP, 2022. Disponível em: [m:https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4492/1/Dados%20sobre%20saude%20mental%20no%20trabalho.pdf](https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4492/1/Dados%20sobre%20saude%20mental%20no%20trabalho.pdf). Acesso em: 19 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.823/2012. Brasília, 2012. (Institui a PNSTT – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 14 dez. 2024.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. Norma Regulamentadora nº 17 – Ergonomia. Aprovada pela Portaria MTP nº 3.214, de 08 de junho de 1978, atualizada pela Portaria MTP nº 4.219, de 20 de dezembro de 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/assuntos/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras/nr-17>. Acesso em: 17 abr. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1.625. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/autenticacao/>. Acesso em: 02 abr. 2025.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil: formação e trabalho. Curitiba: Escola de Saúde Pública do Paraná, 2006. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo.pdf. Acesso em: 18 fev. 2025.

BRITO, Maria Ervanis. A saúde mental do trabalhador e o direito à proteção contra os riscos psicossociais. Fortaleza: UFC, 2025. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/80283>. Acesso em: 21 abr. 2025.

BURITY, Joanildo. Organizações religiosas e ações sociais: entre as políticas públicas e a sociedade civil. Revista Antropológicas, n. 18, 2007. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3128410.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2024.

CABRAL, Sueli Maria.; OLIVEIRA, Ananda Nasai Machado de. Mulheres negras no mercado de trabalho: estudo de caso no Vale do Sinos/RS. Boletim de Avaliação de Políticas Públicas, 2024. Disponível em: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/3787>.

Acesso em: 12 abr. 2025.

CAETANO, Ellen Bento. Adoecimento mental e suicídio de policiais militares no Brasil: uma análise da (ir)responsabilidade institucional. *Revista de Direito e Sociedade*, 2025. Disponível em: <http://www.diresociedade.periodikos.com.br/article/doi/10.29327/2201234.3.1-5>. Acesso em: 02 fev. 2025.

CANAVER, Daniela Tezza. Assédio moral: consequências para a saúde mental do trabalhador. 2017. Disponível em: <http://200.18.15.28/bitstream/1/5342/1/DANIELA%20TEZZA%20CANEVER.pdf> Acesso em: 15 abr. 2025.

CARDOSO, Mariana de Castro Brandão.; ARAÚJO, Tânia Maria de. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 41, n. 1, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/8Bs9cytR3gzdHcrGMb98Nyt/>. Acesso em: 21 mar. 2025.

CARVALHO, Thaís Helena de Carvalho. Riscos psicossociais e dever de prevenção no ambiente digital. *Revista da Faculdade de Ciências Econômicas*, 2023. Disponível em: <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfce/article/view/7158/6630>. Acesso em: 19 fev. 2025.

CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998.

CASULO, Ana Celeste.; ALVES, Giovanni. *Precarização do trabalho e saúde mental: o Brasil da era neoliberal*. Google Books, 2018. Disponível em: https://books.google.com/books?id=_pdmDwAAQBAJ. Acesso em: 17 jan. 2025.

DA SILVA, Guilherme Cantanho. *O meio ambiente do trabalho e o princípio da dignidade da pessoa humana*. Tribunal Regional do Trabalho da 8ª Região, 2015. Disponível em: https://www.trt8.jus.br/sites/portal/files/roles/trabalhoseguro/eventos/2015-05-30/guilherme_catanho_silva_meio_ambiente_do_trabalho.pdf.

Acesso em: 12 fev. 2025.

CAVALIERI, Davi Valdetaro Gomes. O absenteísmo por adoecimento psíquico na Procuradoria-Geral Federal. Encontro de Administração da Justiça, 2021. Disponível em: <https://enajus.org.br/anais/assets/papers/2021/sessao-03-presencial/2-o-absenteismo-por-adoecimento-psiquico-na-procuradoria-geral-federal.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução CNJ n. 487/2023: Diretrizes para a aplicação das normas voltadas à saúde mental e política antimanicomial. Brasília: CNJ, 2023. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/resolucao-do-cnj-traz-diretrizes-para-a-aplicacao-das-normas-voltadas-a-saude-mental/>. Acesso em: 02 abr. 2025.

CORREIA, Arthur Santana.; ALVES, Cibele de Araújo. Terra, suor e riscos: desafios psicofísicos e condições laborais do homem do campo. Revista Laborjuris, 2024. Disponível em: <https://revista.laborjuris.com.br/laborjuris/article/view/210>. Acesso em: 06 abr. 2025.

COSTA, Danilo.; LACAZ, Francisco Antonio de Castro.; JACKSON FILHO, José Marçal. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 38, n. 127, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/8j9nbYrQgSd7kjKs4tBqJMk/>. Acesso em: 18 abr. 2025.

DANTAS, Claudia de Carvalho et al. Garantia da saúde mental de trabalhadores de saúde no direito brasileiro em tempos de pandemia. Conjecturas, v. 24, n. 1, p. 72- 86, 2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/366134527_Garantia_da_saude_mental_d_e_trabalhadores_de_saude_no_direito_brasileiro_em_tempos_de_pandemia. Acesso em: 10 abril 2025.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

DE MOURA, Edson Silva. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. Âmbito Jurídico, 2013. Disponível em: <http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/17657/material/O%20direito%20à%20saúde%20na%20Constituição%20Federal%20de%201988.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2025.

DEJOURS, Christophe. A banalização da injustiça social. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2007.

DEJOURS, Christophe. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

DELAGADO, Mauricio Godinho. Curso de Direito do Trabalho. 18. ed. São Paulo: LTr, 2017.

DELGADO, Pedro Gabriel Goldinho. Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 63, n. 1, p. 6-17, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2290/229019298010.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2025.

DIAS, Elizabeth Costa.; SILVA, Thais Lacerda e. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 38, n. 128, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/FBmvXqffTxQ6Mjdq6CSJTHx/>. Acesso em: 18 jan. 2025.

DIAS, Míriam Thais Guterres.; SCHULTZ, Águida Luana Veriato. Mulheres privadas de liberdade no sistema prisional: interface entre saúde mental, serviços sociais e vulnerabilidade. Textos e Contextos (Porto Alegre), 2020. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/article/view/36887>. Acesso em: 21 jan. 2025.

DUBAR, Claude. A construção das identidades sociais. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (ENAP). Dados sobre saúde mental no trabalho. Brasília: Gov.Br/Desafios, 2022. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4492/1/Dados%20sobre%20saude%20mental%20no%20trabalho.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2025.

FERREIRA, Nelton José Araújo.; ZILLE, Luciano Pereira. Assédio moral nas relações de trabalho: o caso de uma docente de uma instituição de ensino superior privada. Revista de Carreiras e Pessoas, v. 11, n. 3, 2021. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/ReCaPe/article/download/55044/37558>. Acesso em: 12 mar. 2025.

FERREIRA, Vanessa Rocha.; ROCHA, Claudio Janotti da.; FERREIRA, Versalhes Enos Nunes. O direito à desconexão e o dano existencial: a importância da sustentabilidade emocional do ser humano. Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas, v.8, n.2, 2020. Disponível em: <https://portal.unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/article/view/738>. Acesso em: 18 jan. 2025.

FGV. Fundação Getulio Vargas. Entrevista com José Afonso sobre estresse e crise no mercado de trabalho. Publicado em: Revista Conjuntura Econômica. Disponível em: <https://revistas.fgv.br>. Acesso em: 15 jan. 2025.

FOUCAULT, Michel. Nascimento da biopolítica. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GALHARDO, Priscila Bonato. Subjetividade e saúde mental nos modelos flexíveis de trabalho. Brazilian Journal of Development, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/19154>. Acesso em: 12 abr. 2025.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Giovanna Freitas. O burnout na categoria bancária: os elos entre meio ambiente do trabalho, psicopatologias laborais e responsabilização

civil do empregador sob a ótica do risco. IDP, 2023. Disponível em: <https://repositorio.idp.edu.br/handle/123456789/4640>. Acesso em: 21 jan. 2025.

GOMES-SOUZA, Rafaela; TRAMONTANO, Maria Cristina. Subjetivação e riscos psicossociais da uberização do trabalho. Cadernos Metrópole, São Paulo, v. 25, n. 57, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cm/a/tsmd33dT7yM3WgqW8YzxqQC/>. Acesso em: 24 fev. 2025.

GORZ, André. Metamorfoses do trabalho: crítica da razão econômica. São Paulo: Ed. Annablume, 2005.

GROHMANN, Rafael. Os laboratórios do trabalho digital: entrevistas. São Paulo: Boitempo, 2021. Disponível em: https://blogdaboitempo.com.br/wp-content/uploads/2022/07/bruno_entrevista_laboratorios.pdf. Acesso em: 02 mar. 2025.

HAN, Byung-Chul. A sociedade do cansaço. Petrópolis: Vozes, 2015.

HARDT, Michael; NEGRI, Antonio. Multidão: guerra e democracia na era do Império. Rio de Janeiro: Record, 2005.

HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE (HSE). (2023). Work-related stress, anxiety or depression statistics in Great Britain, 2023. London: HSE. Disponível em: <https://www.littlegreenbutton.com/wp-content/uploads/2023/11/Work-related-stress-depression-or-anxiety-statistics-in-Great-Britain-2023.pdf>. Acesso em: 20 out. 2025.

HENNINGTON, Élide Azevedo. et al. Dez anos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e os desafios da formação para (trans)formação do trabalho. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 49, e4, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/JHxDL5R3Z5SbNCwcWprVdqh/>. Acesso em: 14 abr. 2025.

HIRIGOYEN, Marie-France. Assédio moral: a violência perversa no cotidiano. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

ISMA-BR. International Stress Management Association. Pesquisa sobre o impacto do estresse ocupacional nas empresas brasileiras. Porto Alegre: International Stress Management Association Brasil., 2019. Disponível em: <https://www.ismabrasil.com.br>. Acesso em: 16 mar. 2025.

JORGE, Maria Salete Bessa. et al. Participação social na saúde mental: espaço de construção de cidadania, formulação de políticas e tomada de decisão. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, n. 4, p. 2113–2122, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2010.v15n4/2113-2122/pt>. Acesso em: 14 abr. 2025.

JORGE, Maria Salete Bessa.; FIRMO, Andréa Acioly Maia. Experiências dos cuidadores de pessoas com adoecimento psíquico em face à reforma psiquiátrica: produção do cuidado, autonomia, empoderamento. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 1, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2015.v24n1/217-231/>. Acesso em: 15 jan. 2025.

KEMMELMEIER, Carolina Spack.; SANTOS, Ronaldo Lima dos. A saúde do trabalhador no âmbito da Organização Internacional do Trabalho. *Revista do Programa Trabalho Seguro*, 2020. Disponível em: <https://revistaps.tst.jus.br/pts/article/download/6/5>. Acesso em: 28 fev. 2025.

KOZYREFF, Alan Martinez. et al. A garantia da saúde mental do trabalhador como eficácia do direito fundamental do trabalho em tempo de pandemia. *Revista do Tribunal Superior do Trabalho*, São Paulo, v. 86, n. 3, p. 148-162, jul./set. 2020.. Disponível em: https://juslaboris.tst.jus.br/handle/20.500.12178/181132?locale-attribute=pt_BR. Acesso em: 29 mar. 2025.

LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal. *Saúde mental e trabalho: uma visão clínica e institucional*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.

LAVAL, Christian. *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. São Paulo: Boitempo, 2021.

LAZZARATO, Maurizio. *As revoluções do capitalismo*. São Paulo: Paulus, 2006.

LIMA, Lucas Alves de Oliveira. .; DOMINGUES JUNIOR, Paulo Lourenço. .; GOMES, Olga Venimar de Oliveira. Saúde Mental E Esgotamento Profissional: Um Estudo Qualitativo Sobre Os Fatores Associados À Síndrome De Burnout Entre Profissionais Da Saúde . Boletim de Conjuntura (BOCA), Boa Vista, v. 16, n. 47, p. 264–283, 2023. Disponível em: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/2653>. Acesso em: 20 abr. 2025.

LIMA, Vanessa Batista Oliveira.; BRANCO NETO, Joffre do Rêgo Castello. Reforma psiquiátrica e políticas públicas de saúde mental no Brasil: resgate da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais. Revista Direito e Política, UNI7, 2011. Disponível em:

https://www.uni7.edu.br/recursos/imagens/File/direito/ic2/vi_encontro/REFORMA_PSIQUIATRICA_E_POLITICAS_PUBLICAS_DE_SAUDE_MENTAL_NO_BRASIL.pdf. Acesso em: 28 fev. 2025.

LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira. Trabalho, reabilitação psicossocial e rede social: concepções e relações elaboradas por usuários de serviços de saúde mental envolvidos em projetos de inclusão. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – USP, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-29102009-135550/publico/IsabelaAparecidadeOliveiraLussi.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2025.

MACHADO, Elenira Firmo . Estratégias e desafios na gestão de pessoas no serviço público federal. Revista Científica Semana Acadêmica, 2024. Disponível em: https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/_elenira_firmo_machado_2024_normalizado.pdf. Acesso em: 25 mar. 2025.

MACHADO, Maria Helena et al. Condições de trabalho e saúde mental no contexto da COVID-19 no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 15–26, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7GYcHBQ3mHLbKFY89VQsrHG/>. Acesso em: 12 jan. 2025.

MARANGONI, Vívian Silva Lima.; NEVES, André Luiz Machado das.

Afastamento laboral por transtornos mentais entre os servidores da Prefeitura Municipal de Manaus: uma análise preliminar. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 37, n. 1, p. 35-42, 2016. Disponível em:

<https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/download/26737/20336>. Acesso em: 02 jan. 2025.

MARQUES, Francisco. Proteção à saúde mental do trabalhador sob a ótica do meio ambiente do trabalho. *Revista Jurídica Luso-Brasileira*, n. 5, p. 395-428, 2021. Disponível em:

https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2021/5/2021_05_0395_0428.pdf. Acesso em: 24 mar. 2025.

MARX, Karl. *Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo: Boitempo, 2011. MASLACH, Christina; SCHAUFELI, Wilmar B.; LEITER, Michael P. *Job burnout*.

Annual Review of Psychology, Palo Alto, v. 52, p. 397-422, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>. Acesso em: 16 jan. 2025.

MATSUKURA, Thelma Simões.; MAZARO, Lisabelle Manente.; LUSI, Isabela Aparecida de Oliveira. O. Economia solidária como estratégia de inclusão social pelo trabalho no campo da saúde mental: panorama nacional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 28, n. 3, p. 1030-1044, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/hFBJkcctQTDcGCVcdvbXBjN/>. Acesso em: 18 fev. 2025.

MATTOS, Rita de Cássia Oliveira da Costa. et al. Formação profissional como ação estratégica para implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 44, n. e25, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/XfMtCfyxCCfF6zZWNdjkpQf/>. Acesso em: 14 fev. 2025.

MELO, Sandro Nahmias; LIMA, Fabíola Bessa Salmito. Teletrabalho, meio ambiente do trabalho, redes sociais e os reflexos na saúde mental do trabalhador. *Revista Eletrônica de Direito Nova Hileia*, 2020. Disponível

em: <http://periodicos.uea.edu.br/index.php/novahileia/article/view/1698>. Acesso em: 20 mar. 2025.

MENDES, Ana Magnólia. *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas*. 1. ed. São. Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade* (18ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MÜLLER, Manuela Rodrigues. *Competência Cultural no Matriciamento em Saúde Mental*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/3956> Acesso em: 14 fev. 2025.

OLIVEIRA, Júlia Teixeira de. Políticas públicas de saúde mental no trabalho: entre a institucionalização e a invisibilidade. *Revista Brasileira de Saúde do Trabalhador*, v. 19, n.2, p.151–169, 2021. Disponível em: <https://www.rbpt.org.br/index.php/rbst/article/view/1423>. Acesso em: 16 fev. 2025.

OLIVEIRA, N. S. Racismo estrutural: rebatimentos na saúde mental da população negra brasileira. Universidade Federal do Pampa, 2023. Disponível em: <https://repositorio.unipampa.edu.br/handle/rii/8800> Acesso em: 17 mar. 2025.

OLIVEIRA, Ricardo Bezerra et al. A configuração jurídico-social das políticas públicas de saúde e segurança no trabalho. *Revista da UNIESP*, São Paulo, v. 2, n. 1, 2019. Disponível em: http://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20190312104353.pdf. Acesso em: 18 abr. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 16 de dezembro de 1966. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%20C3%20B4micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2025.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Convenção nº 155 sobre segurança e saúde dos trabalhadores e o meio ambiente de trabalho, adotada em Genebra, em 22 de junho de 1981. Disponível em: https://www.trt2.jus.br/geral/tribunal2/LEGIS/CLT/OIT/OIT_155.html. Acesso em: 02 abr. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Diretrizes sobre saúde mental no trabalho. Genebra: OMS, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053052>. Acesso em: 10 abr. 2025.

PASSOS, Eduardo.; PALOMBINI, Analice de Lima. Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental. ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade, UFF, 2013. Disponível em: <http://periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1110/815>. Acesso em: 20 mar. 2025.

PENIDO, Laís de Oliveira. Saúde mental no trabalho. Revista do Senado Federal, Brasília a. 48 n. 191 jul./set, 2011. Disponível em: https://www.academia.edu/64306143/Sa%C3%BAdede_mental_no_trabalho_um_direito_humano_fundamental_no_mundo_contempor%C3%A2neo. Acesso em: 05 abr. 2025.

PEREIRA, Andre Sousa. Meio ambiente do trabalho e o direito à saúde mental do trabalhador. LTr Editora, São Paulo, 2019.

PEREZ Karine Vanessa.; BOTTEGA, Carla Garcia.; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. Análise das políticas de saúde do trabalhador e saúde mental: uma proposta de articulação. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial 2, p. 287-298, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41nspe2/287-298/>. Acesso em: 02 mar. 2025.

PINHO, Kátia Liane Rodrigues; MACHADO, Maria Lúcia Teixeira.. Economia solidária e a produção de cidadania na saúde mental: um estudo dos dispositivos de inclusão social pelo trabalho no estado de São Paulo. Anais do CONPES, 2015. Disponível em: <http://www.conpes.ufscar.br/wp->

content/uploads/trabalhos/gt7/sessao/pinho_katia_liane_machado_maria_lucia.pdf. Acesso em: 20 fev. 2025.

RAMOS, Edith Maria Barbosa; DINIZ, Ilma Maria. O direito à saúde e a ideia de proteção social na Constituição Federal de 1988: notas iniciais. *Revista Direito em Debate*, 2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/322120956>. Acesso em: 24 fev. 2025.

RAMOS, Natália.; DIAS, Marly de Jesus Sá. Migrações contemporâneas e feminização: impactos e desafios para as políticas públicas. *Revista de Políticas Públicas*, 2020. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/10096>. Acesso em: 21 mar. 2025.

SANTIAGO, Eneida.; YASUI, Silvio. Saúde mental e economia solidária: cartografias do seu discurso político. *Psicologia e Sociedade*, v. 27, n. 2, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/FZBCSV6DtXvtcYbVZmv8DTC/>. Acesso em: 21 abr. 2025.

SANTOS, Giovana Estela Vaz dos. Autonomia e protagonismo dos/as usuários/as de saúde mental: a realidade dos CAPS do DRS VIII de Franca/SP. Universidade Estadual Paulista, 2022. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/items/6f3a6fa5-84c5-4592-80ae-efa4d6464d4b>. Acesso em: 20 abr. 2025.

SANTOS, Boaventura De Sousa. *O direito dos oprimidos*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 7. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

SARLET, Ingo Wolfgang. *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988*. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde

aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. Revista de Direito do Consumidor, 2008. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O_direito_a_saude_nos_20_anos_da_CF_coletanea_TAnia_10_04_09.pdf. Acesso em: 02 fev. 2025.

SAWAIA, Bader Burihan. As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 2001.

SENNETT, Richard. A corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SILVA, Amanda Carolina Souza.; TIBALDI, Saul Duarte. Meio ambiente do trabalho e saúde mental: uma integração necessária à efetivação da garantia constitucional a um ambiente laboral saudável. Revista Constituição e Garantia de Direitos, 2018. Disponível em:

<https://periodicos.ufrn.br/constituicaoegarantiadedireitos/article/download/15323/10780>. Acesso em: 21 mar. 2025.

SILVA, Delmo Mattos da.; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Violência obstétrica: uma análise sob o prisma da autonomia, beneficência e dignidade da pessoa humana. Revista Brasileira de Direitos e Saúde, v. 4, n. 2, 2017. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/a212/25c4402d6e4d9c9ad0260e748dd6a7fa03d1.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2025.

SILVA, Joelma Boaventura.; ALMEIDA FILHO, José Marcelo Matos de.; CARVALHO, Suane Souza. A proteção jurídica à saúde mental do indígena brasileiro. Revista OPARA, [S. l.], v. 5, n. 7, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/opara/article/view/4017>. Acesso em: 12 abr. 2025.

SOUSA, Eurismar da Silva; OLIVEIRA, Pedro Henrique Souza. A Proteção à Saúde Mental do Trabalhador no Ambiente de Trabalho. Monografia Bacharel em Direito, 2020, 61f. Disponível em: <http://dev.siteworks.com.br:8080/jspui/bitstream/123456789/1002/1/EURISMAR%20E%20PEDRO%20HENRIQUE.pdf>. Acesso em: 21 mar.

2025.

SOUZA, Milena Pereira de. Intervenção psicossocial na saúde mental: particularidade da saúde do trabalhador no Tocantins (2020–2022). Palmas: UFT, 2024. Disponível em: <https://umbu.uft.edu.br/handle/11612/7160>. Acesso em: 15 abr. 2025.

STOLZ, Sheila; DE SOUZA, Draiton Gonzaga; OPUSZKA, Paulo Ricardo.. Os direitos sociais fundamentais à saúde e ao meio ambiente de trabalho equilibrado. Revista Jurídica da FIC, 2015. Disponível em: https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/11413/2/Os_direitos_sociais_fundamentais_a_saude_e_ao_meio_ambiente_de_trabalho_equilibrado_o_Direito_do_Trabalho_frente_aos.pdf. Acesso em: 02 jan. 2025.

STRECK, Lenio Luiz. O que é isto – decido conforme minha consciência?. 2. ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2019.

TAVARES, Rosana Carneiro. O sentimento de pertencimento social como um direito básico e universal. Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas, UFSC, v. 15 n. 106, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/1984-8951.2014v15n106p179>. Acesso em: 10 jan. 2025.

ZANELLO, Valeska.; MEDEIROS, Mariana Pedrosa de. Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. Estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 18, n. 2, p. 532-551, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4518/451858897021/451858897021.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2025.

ANEXOS

▲ ANEXO I - Declaração de inexistência de plágio ou autoplágio

Eu, Fernanda Maria Cordeiro Santos, declaro para os devidos fins que esse trabalho de Dissertação, que tem como título SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR COMO DIREITO FUNDAMENTAL: DESAFIOS JURÍDICOS E POLÍTICAS DE INCLUSÃO SOCIAL NO BRASIL, não constitui plágio ou autoplágio, total ou parcial, tal como definidos pela legislação de direitos autorais em vigor no Brasil, Lei 9.610, de 19 de fevereiro de 1998.

Declaro, ainda, estar ciente da possibilidade de reprovação do estudo citado, da aplicação de sanções administrativas e judiciais, caso seja constatado qualquer forma de plágio ou autoplágio.

Orlando/FL/USA, 19 de agosto de 2025.



Pesquisadora (discente VCCU)

CPF 

ANEXO II - Diretrizes da OMS sobre Saúde Mental no Trabalho (WHO Guidelines on Mental Health at Work, 2022 - Tradução DeepL)

Recomendações para intervenções organizacionais

1

Intervenções organizacionais universais

Intervenções organizacionais que abordam fatores de risco psicossociais, incluindo intervenções que envolvem abordagens participativas, podem ser consideradas para que os trabalhadores reduzam o sofrimento emocional e melhorem os resultados relacionados ao trabalho.

Recomendação condicional, certeza de evidência muito baixa

2

Intervenções organizacionais para profissionais de saúde, humanitários e de emergência

Intervenções organizacionais que tratam de fatores de risco psicossociais, por exemplo, reduções na carga de trabalho e mudanças no cronograma ou melhoria na comunicação e no trabalho em equipe, podem ser consideradas para a saúde, trabalhadores humanitários e de emergência para reduzir o sofrimento emocional e melhorar os resultados relacionados ao trabalho.

Recomendação condicional, certeza de evidência muito baixa

3

Intervenções organizacionais para trabalhadores com problemas de saúde mental

Devem ser implementadas acomodações de trabalho razoáveis para trabalhadores com problemas de saúde mental, incluindo deficiências psicossociais, de acordo com os princípios internacionais de direitos humanos.

Recomendação forte, evidência de qualidade muito baixa

4

Treinamento de gerentes para saúde mental

O treinamento de gerentes para apoiar a saúde mental de seus funcionários deve ser realizado para melhorar o conhecimento, as atitudes e os comportamentos dos gerentes em relação à saúde mental e para melhorar os comportamentos de busca de ajuda dos funcionários.

Recomendação forte, certeza moderada de evidência

5

Treinamento de gerentes para profissionais de saúde, humanitários e de emergência

O treinamento de gerentes para apoiar a saúde mental dos profissionais de saúde, humanitários e de emergência deve ser oferecido para melhorar o conhecimento, as atitudes e os comportamentos dos gerentes em relação à saúde mental.

Recomendação forte, certeza moderada de evidência

Recomendações para o treinamento de funcionários

6

Treinamento para trabalhadores sobre alfabetização e conscientização em saúde mental

O treinamento de trabalhadores em alfabetização e conscientização sobre saúde mental pode ser realizado para melhorar o conhecimento e as atitudes relacionadas à saúde mental dos trainees no trabalho, incluindo atitudes estigmatizantes.

Recomendação condicional, qualidade de evidência muito baixa

7

Treinamento para profissionais de saúde, humanitários e de emergência em alfabetização e conscientização sobre saúde mental

O treinamento de profissionais de saúde, humanitários e de emergência em alfabetização e conscientização sobre saúde mental pode ser realizado para melhorar o conhecimento e as atitudes relacionadas à saúde mental dos trainees no trabalho, incluindo atitudes estigmatizantes.

Recomendação condicional, qualidade de evidência muito baixa

Recomendações para intervenções individuais

8

Intervenções individuais universais

8A

Intervenções psicossociais de aplicação universal que visam desenvolver as habilidades dos trabalhadores no gerenciamento do estresse - como intervenções baseadas na atenção plena ou em abordagens cognitivo-comportamentais - podem ser consideradas para que os trabalhadores promovam uma saúde mental positiva, reduzam o sofrimento emocional e melhorem a eficácia do trabalho.

Recomendação condicional, baixa certeza de evidência

8B

Oportunidades de atividade física de lazer - como treinamento de resistência, treinamento de força, treinamento aeróbico, caminhada ou ioga - podem ser consideradas para que os trabalhadores melhorem a saúde mental e a capacidade de trabalho.

Recomendação condicional, certeza de evidência muito baixa

9

Intervenções individuais

para profissionais de saúde, humanitários e de emergência

9A

Intervenções psicossociais universalmente fornecidas que visam desenvolver as habilidades dos trabalhadores no gerenciamento do estresse, como intervenções baseadas na atenção plena ou abordagens cognitivo-comportamentais - podem ser consideradas para profissionais de saúde, humanitários e de emergência, a fim de promover uma saúde mental positiva e reduzir o sofrimento emocional.

Recomendação condicional, baixa certeza de evidência

9B

Intervenções psicossociais, como gerenciamento de estresse e treinamento de autocuidado, ou treinamento de habilidades de comunicação, podem ser disponibilizadas para profissionais de saúde, humanitários e de emergência que estejam passando por problemas emocionais.

Recomendação condicional, baixa certeza de evidência

10

Intervenções individuais para trabalhadores com sofrimento emocional

10A

Para trabalhadores com sofrimento emocional, intervenções psicossociais, como as baseadas em abordagens de atenção plena ou cognitivo-comportamentais, ou treinamento de resolução de problemas, podem ser consideradas para reduzir esses sintomas e melhorar a eficácia do trabalho.

Recomendação condicional, certeza de evidência muito baixa

10B

Para trabalhadores com estresse emocional, pode-se considerar a prática de exercícios físicos, como treinamento aeróbico e musculação, para reduzir esses sintomas.

Recomendação condicional, evidência de certeza muito baixa

11

Retorno ao trabalho após ausência associada a problemas de saúde mental

Para pessoas com faltas associadas a problemas de saúde mental, (a) cuidados direcionados ao trabalho mais cuidados clínicos de saúde mental baseados em evidências ou (b) cuidados clínicos de saúde mental baseados em evidências isoladamente devem ser considerados para a redução dos sintomas de saúde mental e redução dos dias de faltas.

Recomendação condicional, baixa certeza de evidência

Recomendações para a obtenção de emprego para pessoas que vivem com problemas de saúde mental

12

Obtenção de emprego para pessoas que vivem com problemas de saúde mental

Estratégias orientadas para a recuperação que aumentem a inclusão vocacional e econômica - como o emprego apoiado (aumentado) - devem ser disponibilizadas para que as pessoas com problemas graves de saúde mental, incluindo deficiências psicossociais, obtenham e mantenham um emprego.

Recomendação forte, baixa certeza de eficácia

Programas de triagem

Pergunta-chave 13: Programas de triagem

Como não está claro se os possíveis benefícios dos programas de triagem superam os possíveis danos, o GIG não fez uma recomendação a favor ou contra os programas de triagem durante o emprego.

Todas as intervenções contidas nestas diretrizes são realizadas no trabalho ou estão relacionadas a ele. Os trabalhadores podem acessar algumas intervenções fora do contexto de trabalho, mas a intervenção foi projetada para apoiar especificamente os trabalhadores. As intervenções dentro do escopo das diretrizes são as seguintes:

Intervenções organizacionais

Essas medidas buscam avaliar, modificar, atenuar ou eliminar os riscos psicossociais relacionados ao trabalho para as condições de saúde mental. São ações planejadas que visam diretamente às condições de trabalho com o objetivo de evitar a deterioração da saúde mental, da saúde física, da qualidade de vida e dos resultados relacionados ao trabalho dos trabalhadores. As intervenções podem incluir atividades direcionadas às equipes. As intervenções organizacionais geralmente se concentram na prevenção primária e secundária, mas também podem incluir a prevenção terciária (por exemplo, intervenções para apoiar o retorno ao trabalho de trabalhadores com problemas de saúde mental). As intervenções organizacionais focadas em um indivíduo incluem acomodações razoáveis no trabalho (ou seja, mudanças no trabalho para acomodar as necessidades da pessoa).

Treinamento de gerentes e funcionários

O treinamento de gerentes em saúde mental é oferecido a trabalhadores que supervisionam outros. Seu objetivo é desenvolver a capacidade de proteger e apoiar a saúde mental dos supervisionados diretos por meio, por exemplo, de um gerente que saiba quando e como apoiar uma pessoa. Um treinamento semelhante também está disponível para que os trabalhadores se apoiem por meio de maior conscientização e conhecimento sobre saúde mental (treinamento de trabalhadores).

Intervenções individuais

Incluem intervenções fornecidas diretamente a um trabalhador (realizadas por ele, com ou sem orientação). Incluem intervenções psicossociais (ou seja, intervenções que usam uma abordagem psicológica, comportamental ou social, ou uma combinação) e atividades físicas de lazer, como exercícios (não trabalho físico como parte do trabalho).

Programas de retorno ao trabalho

Foi projetado para apoiar os trabalhadores em um retorno significativo ao trabalho e na redução dos sintomas de problemas de saúde mental após períodos de ausência. Podem ser intervenções com vários componentes, combinando qualquer combinação de intervenções individuais, do gerente e organizacionais.

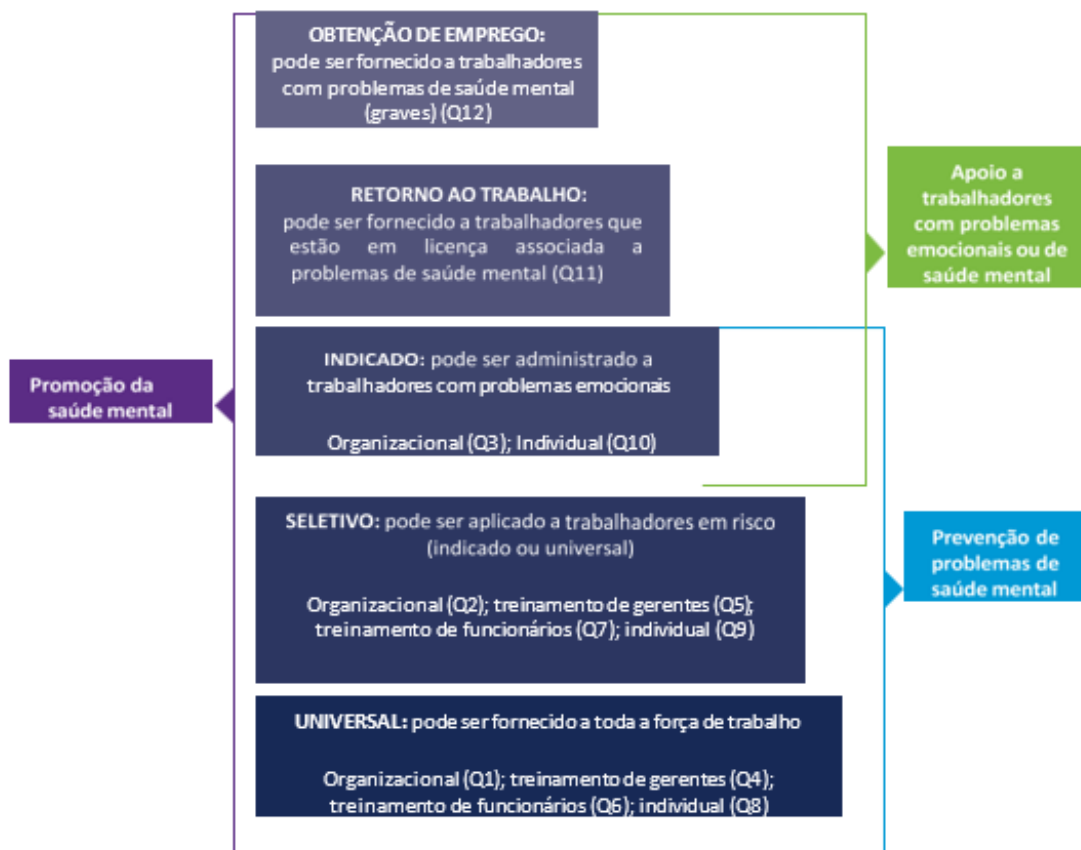
Obtenção de programas de emprego

No contexto das presentes diretrizes, essas intervenções são projetadas para apoiar a entrada no trabalho remunerado de pessoas que vivem com problemas de saúde mental. Também são intervenções com vários componentes.

Essas diretrizes também exploraram programas de triagem oferecidos durante o emprego (relatados na pergunta-chave 13 [Q13]). O objetivo da triagem é identificar sintomas de saúde mental, seguido de encaminhamento para um nível adequado de atendimento.

A Fig. 1 mostra as intervenções abordadas nessas diretrizes em diferentes níveis populacionais.

Fig. 1. Intervenções cobertas pelas diretrizes sobre saúde mental no trabalho



Os públicos-alvo destas diretrizes são principalmente indivíduos ou entidades responsáveis pelo planejamento, programação ou implementação de medidas para a saúde, segurança e bem-estar dos trabalhadores. Podem incluir prestadores de serviços de saúde e segurança ocupacional e saúde mental, bem como gerentes de prestação de serviços, empregadores e trabalhadores e seus sindicatos, organizações ou cooperativas, serviços de recursos humanos, órgãos profissionais e instituições de educação, bem-estar ou assistência aos funcionários.

serviços de treinamento. As diretrizes e seus produtos derivados também terão implicações para os formuladores de políticas internacionais e nacionais, planejadores, gerentes de programas e pesquisadores em saúde mental, saúde ocupacional e trabalho.

Método

Como as diretrizes foram desenvolvidas

As diretrizes foram desenvolvidas de acordo com o manual da OMS para o desenvolvimento de diretrizes (26) e atendem aos padrões internacionais de diretrizes baseadas em evidências. As etapas para o desenvolvimento das diretrizes da OMS incluem o seguinte, com mais detalhes nos anexos relevantes.



Treinamento de gerentes para saúde mental

O treinamento de gerentes para apoiar a saúde mental de seus funcionários deve ser realizado para melhorar o conhecimento, as atitudes e os comportamentos dos gerentes em relação à saúde mental e para melhorar os comportamentos de busca de ajuda dos funcionários.

Recomendação forte, certeza moderada de evidência

Principais observações:

- O treinamento de gerentes em saúde mental foi desenvolvido para permitir que os gerentes identifiquem e respondam aos trabalhadores que pediram de apoio relacionado à saúde mental, para dar aos gerentes a confiança necessária para reconhecer, envolver-se e apoiar os membros da equipe com problemas de saúde mental e ajustar os estressores do trabalho nas condições de trabalho. No entanto, esse treinamento não foi concebido para que os gerentes se tornem prestadores de serviços de saúde mental. Os gerentes não podem - e não devem - estar em posição de diagnosticar ou tratar transtornos mentais após esse treinamento.

Observações comuns de implementação para treinamento de gerentes em saúde mental:

- Os gerentes incluem pessoas que exercem funções de supervisão direta, responsáveis pela supervisão/gestão de um ou mais trabalhadores. Os gerentes podem incluir gerentes administrativos ou gerentes que sejam especialistas técnicos em suas áreas.
- Deve-se prestar atenção para garantir a base de evidências (a qualidade e a eficácia) do treinamento antes de entregá-lo aos gerentes.
- A avaliação da transferência do treinamento - o grau em que os participantes do treinamento conseguiram aplicar o conhecimento e as habilidades (ou seja, o grau de competência) em seu trabalho fora do treinamento - deve ser realizada juntamente com a implementação do treinamento.
- O treinamento deve ser oferecido, de preferência, durante o horário normal de trabalho remunerado. O treinamento pode precisar ser repetido periodicamente ou atualizado; no entanto, há necessidade de mais pesquisas sobre a duração para indicar a frequência ideal de repetição.
- É necessário o compromisso da liderança sênior para incentivar outros gerentes a utilizar o treinamento e sustentar culturalmente os efeitos do treinamento.
- O treinamento de gerentes em saúde mental pode ser oferecido por meio de métodos presenciais, digitais ou combinados.
- O treinamento de gerentes em saúde mental pode ser oferecido como parte do treinamento no local de trabalho ou pode ser integrado a currículos relevantes para o treinamento de futuros gerentes ou líderes (ou outro treinamento pré-contratação).

Evidência e justificativa

A pergunta-chave 4 investigou se o treinamento de gerentes tem um impacto benéfico sobre os resultados para gerentes e trabalhadores (Anexo 3). Duas categorias amplas de treinamento de gerentes foram identificadas durante a revisão: 1) **treinamento de gerentes para saúde mental**, que inclui componentes como conhecimento sobre saúde mental e riscos psicossociais (por exemplo, estressores no trabalho), identificação precoce e resposta ao sofrimento emocional, tomada de ações apropriadas para responder ao sofrimento (incluindo encaminhamento para outras fontes de apoio) e habilidades de comunicação e escuta ativa; e 2) **treinamento orientado para a liderança**, que é uma forma de treinamento em gestão de recursos humanos com o objetivo de melhorar as interações entre gerente e trabalhador e a capacidade dos gerentes projetar um ambiente e uma organização de trabalho que favoreçam a saúde e o bem-estar.

As evidências sobre o treinamento de gerentes para saúde mental em comparação com nenhum treinamento/controle de lista de espera foram extraídas de uma meta-análise (77), que foi atualizada para o propósito dessas diretrizes. As evidências sobre o treinamento orientado para a liderança em comparação com nenhum treinamento/controle de lista de espera foram extraídas de uma revisão da Cochrane (78) (anexo na Web).

Quanto ao **treinamento de gerentes em saúde mental**, as evidências de certeza moderada sugeriram fortes efeitos benéficos sobre o conhecimento dos gerentes em saúde mental. Evidências de certeza muito baixa observaram fortes efeitos sobre as habilidades/comportamentos dos gerentes para apoiar os trabalhadores. As evidências de alta certeza apontaram para um pequeno efeito positivo

efeito sobre as atitudes estigmatizantes dos gerentes em relação à saúde mental. As evidências de alta qualidade também mostraram um efeito significativo muito pequeno sobre os resultados de saúde mental relatados pelos supervisores, favorecendo a intervenção.

Evidências de baixa qualidade de um estudo sugeriram benefícios substanciais

do treinamento de gerentes em saúde mental sobre o comportamento subsequente de busca de ajuda dos trabalhadores

(79). Para resultados relacionados ao trabalho, evidências de baixa certeza de um estudo

indicou uma redução marginalmente significativa nas percepções de insegurança no trabalho dos trabalhadores, e não houve efeito sobre o desempenho profissional dos trabalhadores em dois outros testes.

Para o **treinamento voltado para a liderança**, foram identificados apenas resultados relacionados ao trabalho. Evidências de qualidade muito baixa de estudos individuais mostraram que houve pequenos efeitos positivos sobre a organização dos trabalhadores.

No entanto, a maioria dos efeitos (de três dos cinco estudos) não foi estatisticamente significativa. Por sua vez, não foram observados efeitos sobre a satisfação no trabalho, a intenção de rotatividade, a eficácia da equipe ou a eficácia da vida profissional (ou seja, o tempo gasto entre o trabalho e a vida pessoal).

Em geral, não havia resultados disponíveis para efeitos adversos, mudança no estilo de liderança, saúde mental positiva, qualidade de vida, uso de substâncias ou comportamentos suicidas. Não havia evidência direta disponível sobre os danos da implementação do treinamento de gerentes.

Considerações sobre as evidências para a tomada de decisão

Tanto os gerentes quanto os trabalhadores **valorizam** os resultados que o treinamento de gerentes em saúde mental busca alcançar e têm menos preocupações com essa intervenção do que com outros tipos de intervenções. Os gerentes expressam preferência receber mais informações sobre saúde mental e como apoiar seus funcionários por meio de treinamento (anexo da Web: pesquisa sobre valores e preferências). No entanto, alguns gerentes hesitam em saber se esse treinamento e as ações de apoio a um funcionário estão dentro da função de seu trabalho, possivelmente devido à falta de conhecimento do que o treinamento envolve e à falta de conhecimento dos mecanismos pelos quais os estressores do trabalho (riscos psicossociais) podem ter um impacto sobre os funcionários.

Os gerentes variam em suas preferências quanto à forma de acesso a esse treinamento (por exemplo, individualmente, em grupos, digitalmente, face a face ou abordagens combinadas). São oferecidas várias durações de treinamento, variando de 2,25 horas a 14 horas, com entrega em sessões únicas ou em períodos de até 10 semanas

(77) e

com custos variáveis de licenciamento/comissão de pacotes de treinamento. A modalidade de treinamento varia entre o aprendizado educacional didático e o aprendizado prático baseado em habilidades. Essa variabilidade tem um impacto sobre os **requisitos de recursos**. Nenhuma revisão examinou diretamente a **relação custo-benefício**.

Em relação à **equidade, igualdade e discriminação em saúde**, não foram identificadas análises que investigassem os benefícios diferenciais entre subgrupos de gerentes ou seus trabalhadores com base em características sociodemográficas (como gênero

ou raça). O treinamento de gerentes para o benefício da saúde dos trabalhadores pode incluir treinamento sobre igualdade e diversidade (80) e treinamento baseado em direitos humanos com relação a condições de saúde mental. Entretanto, nenhum dos estudos incluídos nas revisões considerou esses elementos. Todos os estudos identificados nas revisões foram realizados em países de alta renda, geralmente em organizações de médio a grande porte.

Observou-se que a **viabilidade** pode ser desafiadora em empresas menores, que podem não ter recursos para participar treinamento sem uma inspeção mais detalhada e mitigação das barreiras (81). Nessa situação, os gerentes de várias empresas menores poderiam combinar recursos para participar desse treinamento, por exemplo, por meio de serviços ocupacionais em grupo. Esse treinamento poderia ser oferecido durante a pré-contratação ou durante o treinamento no trabalho, inclusive nos currículos de gestão. O treinamento que melhora as atitudes e o conhecimento dos gerentes em relação saúde mental pode melhorar a aceitação de outros níveis de intervenções disponíveis para os trabalhadores, atenuando as preocupações com o estigma ou a retaliação (anexo da Web: análise da implementação). É provável que a sustentabilidade dos efeitos do treinamento exija liderança sênior para apoiar as mudanças de comportamento

em gerentes como resultado de seu treinamento (anexo da web: análise da implementação). Em outra evidência, os efeitos do treinamento único para gerentes parecem diminuir após 6 meses, sugerindo que uma repetição semestral do treinamento pode ser necessária, no mínimo, para manter os efeitos (82).

O benefício do treinamento de gerentes em saúde mental sobre as atitudes dos gerentes (redução do estigma) e o aprimoramento de habilidades/comportamentos (não discriminação) está alinhado com **princípios universais de direitos humanos** e facilitaria a implementação do artigo 27 da UNCRPD. A inclusão de componentes de direitos humanos no treinamento, juntamente com os esforços para reduzir a discriminação por meio da melhoria do conhecimento, das atitudes e das habilidades/comportamentos, pode fortalecer o conhecimento dos gerentes sobre os **princípios de direitos humanos** para a saúde mental, embora isso não tenha sido explicitamente incluído nas intervenções examinadas pelas evidências. Quanto à **aceitabilidade sociocultural**, há evidências indiretas de que as intervenções de saúde mental podem ser adaptadas para várias culturas, e há metodologias sobre como as adaptações culturais devem ser. Essas metodologias podem ser pertinentes para a possível adaptação do treinamento de gerentes em contextos em que há pouca abertura para discussões pessoais em ambientes de trabalho (83).

O GDG concluiu que era necessária uma forte recomendação para o treinamento de gerentes em saúde mental. A certeza geral das evidências foi considerada moderada, e os benefícios sobre o conhecimento, as atitudes, as habilidades/comportamentos e os comportamentos de busca de ajuda dos trabalhadores superaram os possíveis danos. No momento, não foi feita nenhuma recomendação para o treinamento orientado para a liderança devido ao fato de não haver efeitos desejáveis disponíveis sobre os resultados de saúde e efeitos desejáveis mistos sobre os resultados relacionados ao trabalho. O GDG concluiu que o treinamento voltado para a liderança foi criado para desenvolver melhores habilidades de liderança no gerenciamento e na melhoria das condições de trabalho e na definição do tom da cultura organizacional. No entanto, são necessárias muito mais pesquisas que incluam o impacto desse treinamento sobre os resultados de saúde mental dos trabalhadores.

Treinamento de gerentes para profissionais de saúde, humanitários e de emergência

O treinamento de gerentes para apoiar a saúde mental dos profissionais de saúde, humanitários e de emergência deve ser oferecido para melhorar o conhecimento, as atitudes e os comportamentos dos gerentes em relação à saúde mental.

Recomendação forte, certeza moderada de evidência

Principais observações:

- ▶ A Recomendação 4 e suas principais observações sobre o treinamento de gerentes são relevantes para os gerentes de trabalhadores em situação de risco. Entretanto, ao contrário da Recomendação 4, não havia evidências disponíveis sobre o impacto do treinamento de gerentes nos comportamentos de busca de ajuda dos trabalhadores.

Observações sobre a implementação:

- ▶ Todas as observações comuns de implementação, conforme indicado na Recomendação 4, se aplicam.
- ▶ A oferta presencial inflexível pode ser difícil para essa população que, pela natureza de seu trabalho, trabalha inerentemente em turnos, e seus clientes podem estar dispersos em locais diferentes dos de seus supervisores. O acesso ao treinamento pode ser feito de forma flexível, breve ou digital.
- ▶ São necessárias abordagens proativas para minimizar o estigma e aumentar o conhecimento sobre saúde mental nesses ambientes de trabalho.
- ▶ Pode ser necessário coordenar o financiamento ou a cobertura de pessoal para essa população para permitir a participação em programas durante o dia de trabalho. O treinamento também pode ser ministrado como parte do treinamento vocacional pré-serviço ou estudo/educação, treinamento profissional continuado no trabalho ou treinamento pré-desdobramento. O treinamento deve ser adaptado para refletir o contexto dos diferentes setores.

Evidência e justificativa

A pergunta-chave 5 investigou se o treinamento de gerentes em setores seletivos de risco tem um impacto benéfico sobre os resultados para gerentes e trabalhadores (Anexo 3). As evidências do **treinamento de gerentes para saúde mental**¹⁸ em **treinamento de conscientização sobre saúde mental para gerentes**¹⁹ em comparação com o **treinamento de gerentes conduzido por colegas** (por exemplo, aumentar a conscientização sobre a experiência vivida de condições de saúde mental, ministrado por pessoas com experiência vivida)

- foi extraída de uma meta-análise (77), que foi atualizada para fins destas diretrizes. As evidências para o **treinamento orientado para a liderança** em comparação com nenhum treinamento/controle de lista de espera foram extraídas de duas revisões sistemáticas (78, 84) (Anexo da Web).

No caso do **treinamento de gerentes em saúde mental**, foi observado um efeito benéfico moderado, com base em evidências de baixa qualidade, sobre o conhecimento dos gerentes em saúde mental.

Como resultado do treinamento, as habilidades/comportamentos dos gerentes para apoiar

O treinamento de gerentes de um estudo (85) sugeriu que o treinamento de gerentes contribuiu para a redução do tempo de ausência relacionado ao trabalho (mas não para a ausência não relacionada ao trabalho) durante 6 meses em trabalhadores em risco (efeito pequeno, certeza moderada da). Pequenos efeitos de evidência de qualidade moderada para um estudo (83) sugeriram que o treinamento de gerentes contribuiu para a redução do tempo de ausência relacionado ao trabalho (mas não para a ausência não relacionada ao trabalho) durante 6 meses em trabalhadores em risco.

Houve pouca evidência de qualidade muito baixa para sugerir qualquer superioridade entre o **treinamento de conscientização sobre saúde mental para gerentes** em comparação com o **treinamento de gerentes liderado por colegas** para conhecimento sobre saúde mental ou atitudes estigmatizantes (ou seja, ambos os tipos de treinamento foram igualmente benéficos para esses resultados). Para o **treinamento orientado para a liderança**, a evidência de certeza muito baixa indicou efeitos mistos de estudos individuais sobre os sintomas de saúde mental de trabalhadores em risco, com um estudo sugerindo pequenos efeitos a favor do treinamento e outro indicando nenhum efeito. Para os resultados relacionados ao trabalho, a evidência de baixa certeza apontou para pequenos efeitos positivos sobre a satisfação no trabalho ou rotatividade.

De modo geral, não foram relatados resultados sobre efeitos adversos, comportamentos de busca de ajuda por parte dos trabalhadores em risco, mudança no estilo de liderança, saúde mental positiva, qualidade de vida, uso de substâncias ou comportamentos suicidas. Não havia evidência direta disponível sobre os danos da implementação do treinamento de gerentes em setores de risco.

Considerações sobre as evidências para a tomada de decisão

As considerações sobre as evidências para a tomada de decisão foram muito semelhantes às da Recomendação 4, com o seguinte: considerações destacadas como relevantes para o setor de risco dos trabalhadores da saúde, humanitários e de emergência e para aqueles que os gerenciam. O treinamento de gerentes foi considerado especialmente pertinente para as áreas seletivas de risco que operam com um forte trabalho orientado para a equipe e onde a senioridade é normalmente baseada na especialidade técnica em detrimento das habilidades gerenciais.

Tanto os gerentes quanto os trabalhadores **valorizam** os resultados que o treinamento de gerentes em saúde mental procura abordar, e os gerentes expressam preferência por receber mais informações sobre saúde mental e como apoiar seus funcionários por meio de treinamento. Preocupações mínimas com relação a

Os trabalhadores em situação de risco expressaram sua preocupação com esse tipo de intervenção. **Os requisitos de recursos** são semelhantes aos da Recomendação 4 sobre treinamento de gerentes para saúde mental (77) e a repetição do treinamento pelo menos duas vezes por ano pode ser indicada por resultados positivos que persistem ao longo do tempo, com efeitos significativos observados entre 2 e 6 anos de idade. **o custo-benefício** (86). Nenhuma análise examinou diretamente o custo-benefício, mas um único estudo que investigou o impacto do treinamento de gerentes para saúde mental em serviços de emergência demonstrou um retorno sobre o investimento de 9,98 libras esterlinas para cada 1 libra esterlina gasta em treinamento (85).

Em relação à **equidade, igualdade e discriminação em saúde**, não foram identificadas análises dos setores de saúde, humanitário e de emergência que investigassem benefícios diferenciados entre subgrupos sociodemográficos, como gênero

Os efeitos desejáveis do treinamento de gerentes para a saúde mental estão alinhados com os **princípios universais dos direitos humanos**. Em relação à **aceitabilidade sociocultural**, as culturas machistas ou patriarcais podem influenciar a probabilidade de aceitação e implementação desse treinamento, o que resulta a necessidade de que esse treinamento exista juntamente com os esforços para melhorar as políticas de liderança representativa.

O GDG fez uma forte recomendação para o treinamento de gerentes em saúde mental nos setores identificados como de risco, tendo em vista as considerações da evidência para a decisão e levando em conta a forte recomendação para o treinamento de gerentes. A certeza geral da evidência foi considerada moderada, e os benefícios de receber treinamento sobre conhecimentos, atitudes e habilidades/comportamentos superaram os possíveis danos. Como as evidências sobre o impacto subsequente na saúde mental dos trabalhadores e nos resultados relacionados ao trabalho foram variadas, ou não havia dados disponíveis sobre outros resultados importantes (por exemplo, comportamento de busca de ajuda), esses resultados não foram incluídos na recomendação. Assim como na Recomendação 4 sobre o treinamento de gerentes para a saúde mental, o GDG reconheceu as limitações das evidências para o treinamento voltado para a liderança.

ou raça. Essa é uma lacuna notável para esses setores em que prevalece a prática "entregue por mulheres, liderada por homens" (87). Todos os estudos identificados nas revisões foram realizados em países de alta renda e incluíram profissionais de saúde ou de emergência que lidavam principalmente com clientes. Não houve estudos que incluísem o setor humanitário. Há evidências qualitativas mais amplas que indicam que os trabalhadores humanitários expressam o desejo de melhorar a liderança e a comunicação como um caminho para melhorar a saúde mental (85).

A **viabilidade** do treinamento de gerentes para a saúde mental em ocupações sujeitas a longas jornadas de trabalho e trabalho em turnos é uma preocupação, especialmente em profissões sobrecarregadas, sistemas de saúde ou em países que enfrentam emergências humanitárias ativas. A brevidade e a acessibilidade serão relevantes para promover a viabilidade do treinamento. Quando incorporado a outros treinamentos obrigatórios para trabalhadores em situação de risco, o treinamento pode facilitar a inscrição em comparação com as baixas taxas de inscrição em treinamentos voluntários, como observado no pessoal da polícia (anexo da Web: análise da implementação). No entanto, os gerentes que recebem treinamento podem ter um efeito positivo adicional ao aumentar a probabilidade de seus funcionários acessarem outro tipo de apoio para a saúde mental, principalmente em setores e ambientes de trabalho em que as preocupações com a confidencialidade e o estigma são altas (Anexo da Web: análise da implementação). Outra oportunidade para esses setores é integrar o treinamento em saúde mental para gerentes ao treinamento pré-serviço (ou seja, durante o treinamento vocacional, como parte do estudo vocacional) ou antes da implantação ou do treinamento contínuo no trabalho, embora isso não tenha sido examinado pelas análises em si (84).

RECOMENDADO

6

Treinamento para trabalhadores sobre alfabetização e conscientização em saúde mental

O treinamento de trabalhadores em alfabetização e conscientização sobre saúde mental pode ser realizado para melhorar o conhecimento e as atitudes relacionadas à saúde mental dos trainees no trabalho, incluindo atitudes estigmatizantes.

Recomendação condicional, qualidade de evidência muito baixa

Principais observações:

- O treinamento de trabalhadores em alfabetização e conscientização sobre saúde mental tem como objetivo aprimorar o conhecimento sobre saúde mental, reduzir atitudes estigmatizantes nos destinatários do treinamento e permitir que os trabalhadores apoiem a si mesmos ou aos colegas de forma adequada (por exemplo, identificando os sinais de sofrimento emocional e tomando as medidas apropriadas, como buscar ou facilitar a ajuda de fontes formais ou informais). O treinamento não foi desenvolvido para que os trabalhadores se tornem prestadores de serviços de saúde mental ou para diagnosticar ou tratar transtornos mentais. As evidências limitadas disponíveis sugerem que esse treinamento pode não ter impacto sobre a probabilidade (relatada pelo próprio) de fornecer ajuda para outros; são necessárias mais pesquisas de qualidade para resolver esse problema. Não havia evidências disponíveis sobre se esse treinamento beneficia os resultados dos colegas.

Observações comuns de implementação para o treinamento de trabalhadores para alfabetização e conscientização sobre saúde mental:

- O público-alvo das diretrizes deve estar ciente de que o treinamento para os trabalhadores em alfabetização e conscientização sobre saúde mental deve ser verificado quanto à sua base de evidências (ou seja, qualidade e eficácia) antes de ser oferecido aos trabalhadores.
- A avaliação da transferência do treinamento - ou seja, até que ponto os participantes do treinamento conseguiram aplicar o conhecimento e as habilidades (ou seja, o grau de competência) em seu trabalho fora do treinamento - deve ser realizada juntamente com a implementação do treinamento.
- O treinamento deve ser oferecido preferencialmente durante o horário normal de trabalho remunerado.
- O compromisso da liderança sênior é necessário para incentivar os funcionários a utilizar o treinamento e para sustentar culturalmente os efeitos do treinamento.
- Esse treinamento beneficia os próprios trabalhadores e deve ser ministrado com esse objetivo em mente. Ainda não há evidências substanciais que indiquem que esse treinamento deve ser usado para designar trabalhadores como ajudantes informais de seus colegas. Se os funcionários forem treinados para responder inicialmente a colegas de trabalho em dificuldades, eles devem, de preferência, receber supervisão de saúde mental ou apoio para gerenciar limites com colegas, identificar necessidades e canais de encaminhamento, confidencialidade e o impacto sobre sua própria saúde mental.
- O treinamento pode ser repetido ou atualizado periodicamente. No entanto, a frequência da repetição deve ser informada por pesquisas aprimoradas sobre a duração dos efeitos.
- O treinamento também pode incluir informações administrativas que alertem os trabalhadores sobre onde encontrar recursos e políticas relevantes em seus ambientes de trabalho ou na comunidade local.
- Esse treinamento pode ser benéfico em contextos em que há um incentivo reduzido para tratar da saúde mental além das preocupações com a saúde física e a segurança no trabalho, como em alguns setores de trabalho informal. No entanto, a conscientização sobre a saúde mental deve ser conduzida somente quando houver opções de apoio de referência para a saúde mental disponíveis aos trabalhadores.

Evidência e justificativa

A pergunta-chave 6 investigou se o treinamento dos trabalhadores tem um impacto benéfico sobre os resultados para aqueles que recebem o treinamento e para seus colegas (Anexo 3). Esse treinamento foi concebido para aumentar a alfabetização (conhecimento e conscientização) e as atitudes (por exemplo, contra o estigma) em relação à saúde mental dos funcionários, incluindo a identificação precoce e a resposta ao sofrimento emocional do estagiário e/ou dos colegas, e como fornecer apoio inicial por meio de ações apropriadas, incluindo informações de encaminhamento. Um estudo sistemático A revisão informou a evidência para a comparação do treinamento em saúde mental do trabalhador com o controle da lista de espera (30) (anexo da web).

Para os participantes do treinamento, as evidências de baixa qualidade sugeriram efeitos benéficos pequenos a moderados sobre o conhecimento dos trabalhadores sobre saúde mental. Evidências de qualidade muito baixa indicaram que houve um pequeno efeito do treinamento sobre a melhoria das atitudes estigmatizantes em relação à saúde mental.

No entanto, as evidências de baixa certeza indicaram que o treinamento de alfabetização e conscientização sobre saúde mental não alterou a prestação de ajuda (relatada pelos próprios trainees) a outras pessoas.

A qualidade da evidência dos estudos individuais foi muito baixa, apontando para efeitos mistos (nenhum efeito e efeito positivo) sobre a saúde mental dos participantes do treinamento.

Não foram relatados resultados sobre efeitos adversos, mudanças nos comportamentos de busca de ajuda por parte de colegas que receberam apoio de um participante do treinamento, saúde mental positiva, qualidade de vida, uso de substâncias, comportamentos suicidas ou resultados relacionados ao trabalho. Não havia evidências diretas disponíveis sobre os danos da implementação de treinamento de conscientização e alfabetização em saúde mental para os trabalhadores.

Evidências adicionais, não adequadas para o GRADE, indicaram que esse treinamento - geralmente chamado de "treinamento de gatekeeper" - é descrito em estudos publicados e não publicados para a prevenção de suicídio em locais de trabalho (30). Alguns estudos desse tipo de treinamento para fins de prevenção de suicídio no trabalho indicaram efeitos benéficos sobre o conhecimento, o estigma e o comportamento de busca de ajuda.

Considerações sobre as evidências para a tomada de decisão

Os trabalhadores **valorizam** muito os resultados que o treinamento em saúde mental procura abordar. Essas intervenções são populares nos ambientes de trabalho, principalmente porque há uma grande ênfase na redução do estigma da saúde mental nos ambientes de trabalho. No entanto, também é muito valorizada a "mudança na ajuda", que foi um resultado que não estava disponível nas evidências incluídas.

Os requisitos de recursos podem variar de acordo com o modo de fornecimento (em grupo, digital, presencial) e a duração do treinamento, com durações na revisão de evidências que variam de 1 hora a 2 dias. O status de licenciamento dos programas disponíveis tem um impacto sobre os requisitos de recursos, embora alguns treinamentos. O treinamento antiestigma é relativamente barato, mas alguns podem custar tempo e dinheiro consideráveis quando ministrados a forças de trabalho inteiras. Nenhuma revisão examinou diretamente a relação **custo-benefício**; no entanto, a evidência narrativa de Hanisch et al. (35) indicou que um estudo avaliou seu treinamento antiestigma como custo-efetivo.

Em relação à **equidade, igualdade e discriminação em saúde**, todos os estudos identificados nas revisões foram realizados em países de alta renda, geralmente em organizações de médio a grande porte. Nenhuma análise identificada investigou benefícios ou danos diferenciais entre subgrupos sociodemográficos (por exemplo, gênero ou raça). Entretanto, há evidências de que esse treinamento pode ser adaptado aos países de baixa renda e a culturas não anglófonas/não europeias (32) e há indicações de que esse treinamento pode ser bem-vindo entre o setor informal organizado (anexo da Web).

Para fins de **viabilidade**, as empresas menores podem não ter recursos para participar desse treinamento e podem se beneficiar de serviços ocupacionais em grupo entre várias empresas para realizar o treinamento. Em outras evidências, o efeito do treinamento de longo prazo aos 12 meses foi nulo, sendo comum nos estudos o acompanhamento de 6 meses.

A capacidade do treinamento de alfabetização e conscientização sobre saúde mental de reduzir o estigma contra pessoas que vivem com problemas de saúde mental está de acordo com os **princípios universais de direitos humanos**. No que diz respeito à **aceitabilidade sociocultural**, há preocupações emergentes quanto ao fato de os trainees entenderem sua função após o treinamento e se eles recebem com apoio de supervisão formal ou informal (ou seja, para as pessoas então designadas como provedores informais de apoio de pares nos locais de trabalho). Os trabalhadores treinados que podem estender demais a sua função podem não ter as habilidades necessárias para gerenciar as situações que enfrentam sem supervisão de apoio (não gerencial) para gerenciar os casos, como a de um profissional de saúde mental.

Isso contrasta com o treinamento de gerentes, em que os gerentes estão em uma posição direta de poder, o que coloca seus funcionários sob sua responsabilidade.

O GDG fez uma recomendação condicional para o treinamento de trabalhadores em saúde mental. A certeza geral das evidências foi considerada muito baixa, e os benefícios sobre o conhecimento e as atitudes superaram os possíveis danos. Deve-se observar que os efeitos sobre "fornecer ajuda a outros" podem não ter sido capturados devido às limitações dos períodos de acompanhamento do estudo. Evidências adicionais de Morgan et al. (30) indicam melhorias moderadas na confiança/intenção dos trainees de apoiar um colega prospectivamente, sendo que a confiança por si só pode não se traduzir em comportamento (embora seja um indicador) (31). Atualmente, esse treinamento é adequado para abecedar conhecimentos/attitudes estigmatizantes no local de trabalho - uma barreira necessária a ser superada para a implementação bem-sucedida de outras intervenções para a saúde mental no trabalho. O GDG observa que são necessárias mais evidências para investigar a eficácia desse treinamento em relação a outros resultados, como influenciar os comportamentos de busca de ajuda.

RECOMENDAÇÃO



Treinamento para profissionais de saúde, humanitários e de emergência em alfabetização e conscientização sobre saúde mental

O treinamento de profissionais de saúde, humanitários e de emergência em alfabetização e conscientização sobre saúde mental pode ser realizado para melhorar o conhecimento e as atitudes relacionadas à saúde mental dos trainees no trabalho, incluindo atitudes estigmatizantes.

Recomendação condicional, qualidade de evidência muito baixa

Principais observações:

- O treinamento de trabalhadores em risco sobre alfabetização e conscientização em saúde mental foi criado para reduzir o estigma entre os trabalhadores e para permitir que eles apoiem a si mesmos ou aos colegas de forma adequada (identificando os sinais de sofrimento emocional e tomando as medidas apropriadas, como procurar ou facilitar a ajuda de fontes formais ou informais). Ele não foi desenvolvido para que os trabalhadores se tornem prestadores de serviços de saúde mental ou para diagnosticar ou tratar transtornos mentais. As evidências limitadas disponíveis sugerem que esse treinamento beneficia as atitudes positivas em relação à busca de ajuda, mas pode não ter um impacto sobre a busca real (relatada pelo próprio) de ajuda para si mesmo ou sobre o fornecimento de ajuda a outras pessoas, e são necessárias mais pesquisas de qualidade para resolver esse problema.
- Entretanto, o treinamento de profissionais de saúde, humanitários e de emergência em conhecimentos de saúde mental, atitudes e habilidades podem beneficiar seu trabalho clínico voltado para o cliente, pois os objetivos do treinamento podem ser transferidos para membros do público em perigo.

Observações sobre a implementação:

- Todas as observações comuns de implementação, conforme indicado na Recomendação 6, se aplicam.
- O treinamento pode ser ministrado como parte do treinamento pré-serviço, treinamento/estudo no trabalho, treinamento pré-implantação ou acompanhamento pós-implantação.

Evidência e justificativa

A pergunta-chave 7 investigou se o treinamento de alfabetização e conscientização sobre saúde mental para trabalhadores em risco teve um impacto benéfico sobre os resultados (Anexo 3). Não havia revisões sistemáticas disponíveis que explorassem o efeito das intervenções sobre o conhecimento, as atitudes e as habilidades/comportamentos dos trabalhadores civis da saúde, de emergências e humanitários que melhoraram sua própria saúde mental ou a de seus colegas. Dois ECRs que avaliaram esses resultados foram identificados por meio de buscas sistemáticas para informar as evidências que comparam a **educação no local de trabalho baseada em contato**⁽²³⁾ com o **treinamento de alfabetização e conscientização sobre saúde mental** (23) e o **treinamento de conscientização sobre saúde mental no local de trabalho**⁽²⁴⁾ com o **treinamento usual** (24) (anexo da Web).

Para a **educação no local de trabalho baseada em contato, em comparação com o treinamento de conscientização e alfabetização sobre saúde mental**, as evidências de qualidade muito baixa indicaram que as intervenções foram semelhantes em relação aos seus pequenos efeitos positivos para melhorar o conhecimento sobre saúde mental. Da mesma forma, o impacto benéfico sobre as atitudes estigmatizantes em relação à saúde mental foi pequeno no acompanhamento de 3 e 6 meses e, embora as intervenções fossem comparáveis, a educação no local de trabalho baseada em contato teve efeitos marginalmente melhores sobre atitudes no acompanhamento de 6 meses. Não foram observados efeitos sobre as habilidades/comportamentos para prestar ajuda a outras pessoas, em nenhuma das abordagens de treinamento (grau de certeza da evidência muito baixo).

Para o **treinamento de conscientização sobre saúde mental no local de trabalho versus treinamento como de costume**, a evidência de baixa qualidade demonstrou um pequeno efeito a favor da saúde mental no local de trabalho

sobre as atitudes dos beneficiários do treinamento de buscar ajuda para si mesmos. Esse efeito não foi mais observado no acompanhamento de 3 anos. Não foram observados efeitos na mudança dos comportamentos reais de busca de ajuda dos participantes do treinamento (evidência de qualidade muito baixa). Além disso, evidências de qualidade muito baixa constataram que não houve efeito sobre a redução dos sintomas de saúde mental nos participantes do treinamento aos 6 meses ou acompanhamento de 3 anos.

No geral, não foram relatados resultados sobre efeitos adversos, comportamentos de busca de ajuda por parte dos colegas, saúde mental positiva, qualidade de vida, uso de substâncias, comportamentos suicidas ou resultados relacionados ao trabalho. Não havia evidências diretas disponíveis sobre os danos da implementação de treinamento de conscientização e alfabetização em saúde mental em trabalhadores em risco.

Evidência e justificativa

A pergunta-chave 7 investigou se o treinamento de alfabetização e conscientização sobre saúde mental para trabalhadores em risco teve um impacto benéfico sobre os resultados (Anexo 3). Não havia revisões sistemáticas disponíveis que explorassem o efeito das intervenções sobre o conhecimento, as atitudes e as habilidades/comportamentos dos trabalhadores civis da saúde, de emergências e humanitários que melhoram sua própria saúde mental ou a de seus colegas. Dois ECRs que avaliaram esses resultados foram identificados por meio de buscas sistemáticas para informar as evidências que comparam a **educação no local de trabalho baseada em contato⁷³** com o **treinamento de alfabetização e conscientização sobre saúde mental (P3)** e o **treinamento de conscientização sobre saúde mental no local de trabalho⁷⁴** com o **treinamento usual (P4)** (anexo da Web).

Para a **educação no local de trabalho baseada em contato, em comparação com o treinamento de conscientização e alfabetização sobre saúde mental**, as evidências de qualidade muito baixa indicaram que as intervenções foram semelhantes em relação aos seus pequenos efeitos positivos para melhorar o conhecimento sobre saúde mental. Da mesma forma, o impacto benéfico sobre as atitudes estigmatizantes em relação à saúde mental foi pequeno no acompanhamento de 3 e 6 meses e, embora as intervenções fossem comparáveis, a educação no local de trabalho baseada em contato teve efeitos marginalmente melhores sobre atitudes no acompanhamento de 6 meses. Não foram observados efeitos sobre as habilidades/comportamentos para prestar ajuda a outras pessoas, em nenhuma das abordagens de treinamento (grau de certeza da evidência muito baixo).

Para o **treinamento de conscientização sobre saúde mental no local de trabalho versus treinamento como de costume**, a evidência de baixa qualidade demonstrou um pequeno efeito a favor da saúde mental no local de trabalho

sobre as atitudes dos beneficiários do treinamento de buscar ajuda para si mesmos. Esse efeito não foi mais observado no acompanhamento de 3 anos. Não foram observados efeitos na mudança dos comportamentos reais de busca de ajuda dos participantes do treinamento (evidência de qualidade muito baixa). Além disso, evidências de qualidade muito baixa constataram que não houve efeito sobre a redução dos sintomas de saúde mental nos participantes do treinamento aos 6 meses ou Acompanhamento de 3 anos.

No geral, não foram relatados resultados sobre efeitos adversos, comportamentos de busca de ajuda por parte dos colegas, saúde mental positiva, qualidade de vida, uso de substâncias, comportamentos suicidas ou resultados relacionados ao trabalho. Não havia evidências diretas disponíveis sobre os danos da implementação de treinamento de conscientização e alfabetização em saúde mental em trabalhadores em risco.

Considerações sobre as evidências para a tomada de decisão

Os trabalhadores em situação de risco **valorizam** os resultados que o treinamento dos trabalhadores em saúde mental procura abordar. Essas intervenções - com o objetivo de combater o estigma - são populares nos ambientes de trabalho.

Os requisitos de recursos podem variar de acordo com o modo de fornecimento (em grupo, digital, misto) e a duração do treinamento, se o licenciamento é exigido e de acordo com os diferentes tipos de treinamento.

As durações relatadas nas evidências variaram de 30 minutos a sessões breves realizadas em um período de 21 meses. Nenhuma revisão examinou diretamente a **relação custo-benefício**, mas a evidência indireta de um único estudo não controlado em uma amostra do setor de risco sugeria uma economia de custos ao receber esse treinamento (93).

Quanto à **equidade, igualdade e discriminação na saúde**, todos os estudos identificados nas revisões foram realizados em países de alta renda. Os estudos incluídos se concentraram em profissionais de saúde e de emergência. Evidências adicionais indicou que o treinamento pré-implantação beneficia a confiança dos trabalhadores humanitários em lidar com desastres (96). Nenhuma análise identificada investigou benefícios diferenciados entre subgrupos sociodemográficos (como gênero ou raça). Há evidências emergentes de que esse treinamento pode ser adaptado aos LMICs e a culturas não anglófonas/não europeias (92).

Notavelmente, a abordagem do conhecimento e das atitudes em relação à saúde mental está incluída no treinamento que busca desenvolver a capacidade dos profissionais de saúde da atenção primária nos países de baixa e média renda para apoiar as pessoas, e não os colegas, em relação à sua saúde mental - sugerindo que esse treinamento pode ser viável (97). Em relação à **visibilidade**, a barreira das altas cargas de trabalho e as dificuldades de deixar o trabalho sem supervisão para aqueles que desempenham funções voltadas para o cliente podem afetar o acesso ao treinamento durante o horário de trabalho, a menos que haja tempo protegido ou cobertura da equipe em nível organizacional (anexo da Web: análise da implementação).

A capacidade da alfabetização em saúde mental e do treinamento de conscientização para reduzir o estigma da saúde mental está de acordo com os **princípios universais dos direitos humanos**. Em termos de **aceitabilidade sociocultural**, o autoestigma da saúde mental é supostamente problemático entre os trabalhadores do setor de saúde (98). No entanto, um benefício duplo para esse grupo de risco pode servir para aumentar a disposição de participar do treinamento, pois o treinamento de profissionais de saúde, humanitários e de saúde mental pode ser um bom exemplo de como o estigma da saúde mental pode ser reduzido.

Os conhecimentos, atitudes e habilidades dos trabalhadores de emergência em saúde mental podem beneficiar ainda mais seu trabalho diário de prestação de serviços na linha de frente. Os programas de apoio de colegas nesses setores também são populares. Embora seja difícil avaliar as evidências do sucesso dos programas de apoio entre pares devido à diversidade de intervenções e resultados, parece haver alguma indicação de benefícios a curto prazo (99).

O GDG fez uma recomendação condicional para o treinamento em saúde mental para trabalhadores em situação de risco. A certeza geral das evidências foi muito baixa, e os benefícios sobre o conhecimento e as atitudes superaram os possíveis danos - ou seja, o treinamento ajudaria os trainees a melhorar seu conhecimento sobre saúde mental, aumentando assim a probabilidade de detecção precoce dos sintomas e seu conhecimento (mas não a ação) sobre o que fazer em relação a esses sintomas (por exemplo, a probabilidade de procurar ajuda). Como os resultados coincidem com os encontrados na Recomendação 6, foi considerado se deveria haver uma única recomendação. No entanto, o GDG considerou importante destacar especificamente a necessidade de uma recomendação para esse grupo.

Intervenções individuais universais

8A Intervenções psicossociais de aplicação universal que visam desenvolver as habilidades dos trabalhadores no gerenciamento do estresse - como intervenções baseadas em mindfulness ou abordagens cognitivo-comportamentais - podem ser consideradas para que os trabalhadores promovam uma saúde mental positiva, reduzam o sofrimento emocional e melhorem a eficácia do trabalho.

Recomendação condicional, baixa certeza de evidência

8B Oportunidades de atividade física de lazer - como treinamento de resistência, treinamento de força, treinamento aeróbico, caminhada ou ioga - podem ser consideradas para que os trabalhadores melhorem a saúde mental e a capacidade de trabalho.

Recomendação condicional, qualidade de evidência muito baixa

Principais observações:

- As intervenções realizadas universalmente podem ajudar a atingir uma grande proporção da força de trabalho e podem ter menos probabilidade de causar estigmatização, pois a entrada nos programas não é predeterminada pelo estado de saúde mental.
- O público-alvo das diretrizes deve estar ciente de que as intervenções para os trabalhadores no desenvolvimento de habilidades no gerenciamento do estresse devem ser verificadas quanto à sua base de evidências (qualidade e eficácia) antes de serem oferecidas aos trabalhadores.
- As diretrizes da OMS sobre atividade física e comportamento sedentário (2020) incluem recomendações para a atividade física em pessoas em idade ativa e observam que as recomendações relevantes conferem benefícios à saúde, incluindo a redução dos sintomas de ansiedade e depressão. Quando há recursos disponíveis, a Recomendação 8B se aplica a atividades que podem ser realizadas em ambientes de trabalho ou quando o trabalho facilita oportunidades externas de participação nessas atividades físicas.

Observações comuns de implementação para todas as intervenções individuais:

- A duração dos efeitos é heterogênea e pouco clara. Consequentemente, os trabalhadores precisariam de acesso flexível e contínuo a intervenções individuais, pois os efeitos de uma única aplicação podem não ser sustentados.
- O uso de avisos eletrônicos (como telefone celular ou mensagens de e-mail) pode ser usado para incentivar os funcionários a participar de intervenções, como exercícios físicos.
- O conteúdo e a aplicação da intervenção requerem adaptações culturais contextuais antes da implementação, e os trabalhadores devem ser incluídos no planejamento da aplicação.
- As intervenções individuais (psicossociais e de atividade física) podem ser realizadas de forma viável, presencialmente, eletronicamente (guiadas ou não), em um grupo ou acessadas individualmente.
- Os provedores de intervenções psicossociais presenciais ou guiadas devem ser competentes para realizar essas intervenções e devem estar sujeitos à supervisão clínica.
- As intervenções digitais (por exemplo, on-line, aplicativos) podem oferecer acesso viável para trabalhadores em turnos, autônomos ou trabalhadores "externos".
- As intervenções podem ser integradas aos programas existentes de promoção da saúde no local de trabalho. Quando houver poucos recursos para a implementação em ambientes de trabalho, o fornecimento de orientações ou intervenções pode ser apoiado pelo sistema de saúde pública, quando houver capacidade.
- De preferência, os trabalhadores devem ter tempo para acessar intervenções individuais.

Observações do grupo Su:

- A equidade no fornecimento ou na adoção de intervenções individuais precisaria ser considerada para "trabalhadores de baixo status" versus "trabalhadores de alto status", para trabalhadores em turnos, trabalhadores informais ou...
- As trabalhadoras informais podem ter menos acesso a recursos digitais dentro das unidades familiares em comparação com a entrega presencial pode ser preferível nessas e em outras circunstâncias semelhantes.
- Os trabalhadores informais talvez não consigam se afastar do trabalho para participar das intervenções; consequentemente, as organizações comunitárias, como cooperativas ou o sistema de saúde, podem promover intervenções individuais de maneira proativa e podem ser treinadas para realizar intervenções individuais projetadas para serem realizadas por provedores não especializados.

Evidência e justificativa

A pergunta-chave B investigou se as intervenções individuais realizadas universalmente (como intervenções psicossociais, atividade física baseada no lazer ou promoção de estilo de vida saudável) tiveram um impacto benéfico nos resultados (Anexo 3). As evidências foram extraídas de oito estudos sistemáticos análises. Em comparação com as condições de controle (variando entre tratamento como de costume, controle de lista de espera, outras intervenções, controle de nenhum tratamento), havia evidências disponíveis para **intervenções psicossociais** universalmente fornecidas (como terapia cognitivo-comportamental, relaxamento, habilidades interpessoais leves, gerenciamento de estresse, habilidades relacionadas a funções e escrita expressiva) (100, 101), para **intervenções contemplativas e de atenção plena** (60, 102, 103) e **terapia cognitivo-comportamental (TCC)** (60, 103); **intervenções psicossociais eletrônicas** (como terapia cognitiva ou TCC baseada na Internet ou em outros meios digitais, estresse e enfrentamento, atenção plena, psicoeducação, treinamento para solução de problemas, intervenções de psicologia positiva e terapia de aceitação e compromisso) (104, 105); **gerenciamento de estresse via e-health** (103); **intervenções de atividade física e estilo de vida** (como exercícios físicos gerais, treinamento de resistência específico no trabalho) (105); **intervenções de atividade física** (como caminhada, ioga, treinamento de resistência, exercícios aeróbicos e de musculação) (60) e **intervenções combinadas psicossociais e/ou de atividade física e/ou estilo de vida** (60) (Anexo na Web).

Para **intervenções psicossociais universais**, as evidências de qualidade muito baixa mostraram que houve pequenos efeitos sobre a exaustão do burnout e a melhora dos sintomas de insônia. Para a **atenção plena e outras intervenções contemplativas oferecidas universalmente**, houve baixa evidência de certeza para melhorias moderadas nos sintomas de angústia geral, sintomas gerais de saúde mental (ou seja, depressão, ansiedade e estresse) e certeza muito baixa

evidências de uma forte melhora no bem-estar subjetivo. Para a **TCC aplicada universalmente**, a evidência de certeza muito baixa a baixa mostrou um pequeno efeito da TCC nos sintomas gerais de saúde mental (ou seja, depressão, ansiedade e estresse) e no bem-estar subjetivo (certeza de evidência muito baixa).

Para as **intervenções psicossociais eletrônicas**, as evidências que variam de certeza muito baixa a moderada demonstraram pequenos efeitos sobre a saúde mental (sintomas de estresse, depressão, esgotamento). Houve evidência de baixa certeza de benefícios pequenos a moderados para a saúde mental positiva (bem-estar e atenção plena) e alta certeza de pequenos efeitos sobre eficácia relacionada ao trabalho. Evidências adicionais nas revisões incluídas não indicaram diferença entre as abordagens baseadas em TCC e outras abordagens psicológicas sobre a saúde psicológica e os resultados de eficácia no trabalho (104). Da mesma forma, a TCC mostrou um efeito positivo muito pequeno e significativo, e as intervenções baseadas na atenção plena mostraram um efeito positivo moderado a grande (103). Não foram identificados resultados desejáveis para o **gerenciamento de estresse por saúde eletrônica**.

Para **intervenções combinadas psicossociais e/ou de atividade física e/ou estilo de vida**, a evidência de qualidade muito baixa demonstrou um efeito moderado na melhora da saúde mental positiva e um forte efeito na melhora da qualidade de vida. Para as **intervenções de atividade física e/ou estilo de vida**, a evidência de qualidade moderada indicou um pequeno efeito sobre a capacidade de trabalho.

Em geral, não foram relatados resultados de efeitos adversos, uso de substâncias ou comportamentos suicidas. Não foram identificadas evidências diretas sobre os danos causados pela implementação de intervenções psicossociais, de atividade física ou de estilo de vida universalmente fornecidas.

Considerações sobre as evidências para a tomada de decisão

Os trabalhadores **valorizam** o acesso a intervenções individuais universalmente oferecidas. No entanto, é menos provável que eles valorizem essas intervenções se elas não forem fornecidas juntamente com intervenções organizacionais ou gerenciais (anexo da web: pesquisa sobre valores e preferências). Isso se deve à preocupação de que o fato de receberem apenas intervenções individuais seja indicativo de que o trabalho está sendo realizado com sucesso.

que os trabalhadores podem ser culpados por seu próprio estado de saúde mental. Essas intervenções são uma parte das opções de autocuidado ou autogerenciamento, mas sozinhas não constituiriam uma oferta abrangente.

Os recursos variam de acordo com o método de entrega (presencial, autoadministrado, digital, experiência do provedor), se é necessário equipamento (por exemplo, para atividade física) e por duração - uma revisão indicou uma duração média de 10 semanas para intervenções psicossociais eletrônicas (104) e de 4 a 6 meses para programas de atividade física (80). Acompanhamento

Os períodos de permanência foram curtos e a duração dos efeitos foi heterogênea e pouco clara, sugerindo que as intervenções devem estar disponíveis como e quando as pessoas precisarem delas. Não havia evidências diretas disponíveis sobre a relação **custo-benefício**. Fontes mais amplas sugeriram, para o gerenciamento do estresse no local de trabalho (componente único ou multicomponente, que abrange, mas não se limita ao fornecimento universal), um retorno sobre o investimento estimado em 2 libras esterlinas para cada 1 libra esterlina investida na Inglaterra (108) e um retorno sobre o investimento de 138% em uma análise de mais de 250.000 trabalhadores em 12 países (109).

Em relação à **equidade em saúde, igualdade e discriminação**, apenas uma revisão incluída realizou uma análise de subgrupo para gênero (105), mostrando que o gênero não teve efeitos moderadores significativos sobre os resultados das intervenções psicossociais de saúde eletrônica. Embora a maioria dos trabalhos tenha sido obtida em ambientes de alta renda, e uma revisão tenha indicado

que 40% dos provedores eram especialistas (100), a literatura mais ampla indica que as intervenções psicossociais breves podem ser implementadas de forma viável em locais com poucos recursos por meio de provedores não especializados (110). As intervenções fimecidas digitalmente podem estender o alcance aos trabalhadores baseados em ambientes rurais ou em escritórios domésticos. A equidade no fornecimento ou na adoção de intervenções individuais precisaria ser considerada para "trabalhadores de baixo status" em comparação com "trabalhadores de alto status" e para trabalhadores em turnos, trabalhadores informais ou autônomos. Por exemplo, o fornecimento presencial para trabalhadores em turnos pode resultar em menor aceitação em comparação com o fornecimento digital de acesso automático, enquanto o primeiro pode ser preferível para trabalhadores com

menor alfabetização digital. As trabalhadoras informais podem ter menos acesso a recursos digitais dentro das unidades familiares, em comparação com os homens; portanto, a entrega presencial - como por meio de cooperativas de trabalhadores ou organizações comunitárias - pode ser preferível nessas e em outras circunstâncias relacionadas (anexo da web). O autoacesso ou o encaminhamento a essas intervenções pode, em geral, reduzir as barreiras baseadas no estigma para o acesso ao apoio à saúde mental. Para os empregadores ou trabalhadores com recursos limitados, o fornecimento de orientação ou intervenções poderia ser apoiado pelo setor de saúde pública, onde houver capacidade. Por fim, com relação à **viabilidade**, um

A revisão incluída indicou 45% de conclusão das intervenções psicossociais eletrônicas, o que estava de acordo com as taxas de engajamento

observados em intervenções de saúde digital (104). Evidências emergentes indicam que intervenções individuais breves (autoadministradas ou suporte orientado) são viáveis em PMEs (111).

O acesso a intervenções baseadas em evidências para prevenir a angústia está de acordo com os **princípios universais dos direitos humanos**, e a distribuição universal remove as barreiras do estigma em relação à saúde mental ou à busca de ajuda. Para a **aceitabilidade sociocultural**, o conteúdo e a aplicação de intervenções psicossociais breves

pode ser adaptado às culturas e necessidades da população local (110). A adaptabilidade do conteúdo e da aplicação de tais intervenções específicas ao setor de trabalho ou ao projeto é importante para a aceitação (anexo da Web: análise da implementação). Para intervenções de atividade física, há menos evidências de LMICs, trabalhadores economicamente desfavorecidos e trabalhadores com deficiência sobre a eficácia dos requisitos de implementação necessários para atender a essas comunidades (112).

O GDG concluiu que uma recomendação condicional para intervenções psicossociais universalmente fornecidas era justificada. A certeza geral das evidências foi considerada baixa, e os benefícios sobre os resultados de saúde mental e a qualidade do tratamento foram considerados baixos.

Os benefícios para os resultados relacionados ao trabalho superaram os danos. O GDG também concluiu, na ausência de identificação de quaisquer danos diretos, que recomendava condicionalmente a atividade física baseada no lazer para os benefícios sobre os resultados relacionados ao trabalho. Embora os resultados não tenham sido os esperados em termos de resultados de saúde mental, essa decisão estava em equilíbrio com as recomendações existentes nas *diretrizes da OMS sobre atividade física e comportamento sedentário* (112). Embora a maioria dos efeitos tenha sido pequena, a conclusão continua alinhada com o campo mais amplo da prevenção e promoção universal da saúde mental (107). Apesar dos efeitos pequenos, as intervenções individuais universais também foram consideradas benéficas, pois minimizam o estigma do acesso às intervenções (já que o status de saúde mental não determina a entrada ou o acesso às intervenções).

Intervenções individuais para profissionais de saúde, humanitários e de emergência

9A Intervenções psicossociais de aplicação universal que visam desenvolver as habilidades dos trabalhadores no gerenciamento do estresse - como intervenções baseadas na atenção plena ou em abordagens cognitivo-comportamentais - podem ser consideradas para os profissionais de saúde, humanitários e de emergência para promover a saúde mental positiva e reduzir o sofrimento emocional.

Recomendação condicional, baixa certeza de evidência

9B Intervenções psicossociais, como treinamento em gerenciamento de estresse e autocuidado ou treinamento em habilidades de comunicação, podem ser disponibilizadas para profissionais de saúde, humanitários e de emergência que estejam passando por problemas emocionais.

Recomendação condicional, baixa certeza de evidência

Principais observações:

- Há evidências da sustentabilidade das melhorias nos resultados em pontos de tempo de acompanhamento de curto e médio prazo (≤ 6 meses), mas há poucas evidências de efeitos duradouros de longo prazo.
- A Recomendação 10 para intervenções indicadas também se aplica à Recomendação 9B. Além disso, as diretrizes da OMS sobre condições especificamente relacionadas ao estresse (123) não recomendam o uso de debriefing psicológico após eventos potencialmente traumáticos: *O debriefing psicológico não deve ser usado como uma intervenção para reduzir o risco de estresse pós-traumático, ansiedade ou sintomas depressivos em pessoas recentemente expostas a um evento traumático (recomendação forte, certeza de evidência muito baixa).*

Observações sobre a implementação:

- Todas as observações comuns de implementação, conforme indicado na Recomendação 8, se aplicam.
- Nesses setores, há um estigma considerável em relação à busca de apoio para problemas de saúde mental ou à revelação aos empregadores. O fornecimento universal de intervenções psicossociais pode beneficiar os trabalhadores em tais ambientes de trabalho com alto estigma. Da mesma forma, opções de autorreferência ou intervenções digitais podem melhorar o estigma percebido e as barreiras ao acesso ao apoio presencial (por exemplo, quando houver preocupações com confidencialidade e privacidade).
- A oferta presencial inflexível pode ser difícil para essa população, que, em sua maioria, trabalha em turnos e atende a clientes. A oferta flexível, breve ou digital pode melhorar a aceitação.
- Também são necessárias abordagens proativas para minimizar o estigma e aumentar o conhecimento sobre saúde mental nesses ambientes de trabalho.
- O financiamento ou a cobertura para essa população pode precisar ser coordenado para permitir a participação em programas durante o dia de trabalho.
- As intervenções universais podem ser integradas ao treinamento pré-serviço ou no trabalho, a fim melhorar o desenvolvimento de habilidades de gerenciamento do estresse na preparação para o trabalho.
- Não está claro se as intervenções psicossociais para trabalhadores em risco com problemas emocionais devem ser oferecidas dentro ou fora dos ambientes de trabalho (por exemplo, provedores internos ou externos ao ambiente de trabalho). Quando for viável, devem ser disponibilizadas opções para ambas.

Considerações sobre o subgrupo:

- Para empregadores com recursos limitados, como organizações humanitárias locais ou nacionais, o acesso a intervenções pode ser fornecido pelo setor de saúde pública ou por meio de recursos compartilhados em serviços ocupacionais em grupo.

Evidência e justificativa

A pergunta-chave 9 investigou se as intervenções individuais (como intervenções psicossociais, atividade física baseada no lazer ou promoção de estilo de vida saudável) tiveram um impacto benéfico nos resultados **dos trabalhadores em risco** (Anexo 3). As evidências estavam disponíveis para: 1) a aplicação universal de intervenções individuais para trabalhadores em risco (seletivo-universal) e 2) intervenções individuais para trabalhadores em risco com sofrimento emocional (seletivo-indicado) (anexo web).

As evidências foram extraídas de oito revisões sistemáticas. Em comparação com as condições de controle (variando entre tratamento como de costume, lista de espera, outras intervenções de controle ou nenhum controle de tratamento), havia evidências disponíveis para: 1) fornecimento universal de intervenções combinadas **psicossociais e/ou de atividade física e/ou de promoção do estilo de vida** (como abordagens de terapia cognitivo-comportamental, redução do estresse e programas de resiliência) (114); 2) **intervenções psicossociais** (como abordagens de TCC, intervenções de atenção plena, gerenciamento do estresse e autocuidado, terapia de atenção e interpretação e treinamento baseado em resiliência) (115-117); 3) **atenção plena e outras intervenções contemplativas** (102, 118-120); e 4) para trabalhadores em risco indicados, **intervenções psicossociais** (como currículos facilitados para pequenos grupos, treinamento em gerenciamento de estresse e autocuidado, treinamento em habilidades de comunicação e uma intervenção de pertencimento) (117).

Para intervenções combinadas de promoção psicossocial e/ou de atividade física e/ou estilo de vida, os dados de baixa qualidade indicaram pequenos efeitos sobre os resultados de saúde mental (sintomas de ansiedade) e efeitos moderados para o estresse. Os dados de qualidade muito baixa indicaram efeitos moderados a grandes sobre a saúde mental positiva (resiliência e atenção plena, respectivamente).

Em relação às intervenções psicossociais, os efeitos variaram em relação aos resultados de saúde mental, onde houve uma certeza muito baixa de efeito em uma pequena redução nos sintomas de depressão e um efeito de tamanho moderado na redução do estresse. Evidências de baixa a moderada certeza indicaram maiores reduções nos sintomas de burnout (exaustão). Evidências de qualidade muito baixa sugerem que as intervenções psicossociais apresentaram um pequeno efeito sobre a saúde mental positiva (por exemplo, resiliência, otimismo, autoeficácia, emoções positivas). Houve um grau de certeza muito baixo em um pequeno efeito sobre a redução da ideação suicida. Houve baixa certeza de que não houve efeito sobre os eventos adversos.

Para a atenção plena e outras intervenções contemplativas, houve evidência de qualidade moderada indicando efeitos moderados na redução dos resultados de saúde mental (depressão, estresse) e pequenos efeitos na angústia geral e no esgotamento. Embora tenha havido um efeito moderado sobre a ansiedade, essa evidência foi considerada de certeza muito baixa. Houve baixa certeza quanto às melhorias moderadas na saúde mental positiva (autocompaixão).

Em relação às intervenções psicossociais para os trabalhadores em risco indicados, houve uma certeza moderada dos efeitos sobre as altas reduções nos níveis de burnout (exaustão).

Em geral, não foram relatados resultados para o uso de substâncias. As intervenções psicossociais para os trabalhadores em risco indicados não demonstraram o efeito desejado sobre a despersonalização do burnout, enquanto houve um efeito moderado sobre a exaustão do burnout. Não foram identificados outros danos diretos.

Considerações sobre as evidências para a tomada de decisão

As considerações sobre as evidências para a tomada de decisão foram praticamente idênticas em todas as recomendações de intervenção individual (8, 9 e 10). As considerações adicionais exclusivas para as intervenções individuais indicadas (trabalhadores com sofrimento emocional) estão descritas na Recomendação 10.

Nesses setores de risco, pode haver uma estigmatização especial em relação à revelação da saúde mental devido a preocupações sobre o impacto na progressão da carreira (122). Por esse motivo, há uma **preferência** entre os trabalhadores de se autorreferirem a intervenções psicossociais (anexo da web: análise da implementação). Os trabalhadores também relataram a acessibilidade e a conveniência como benefícios dessas intervenções, embora a maioria dos dados fosse de trabalhadores em ambientes com mais recursos. Pode haver barreiras específicas (para acessar intervenções individuais) enfrentadas por organizações menores ou com menos recursos, nas quais os "serviços de saúde ocupacional em grupo" podem ser contraindicados por meio da contribuição de recursos de várias organizações ou por meio da prestação de serviços do setor de saúde pública. A duração dessas intervenções - que variam de menos de 5 horas a mais de 12 horas - é relevante para essas organizações, onde o tempo durante o trabalho pode ser limitado devido às funções voltadas para o cliente (123).

Em relação à **equidade, igualdade e discriminação em saúde**, embora os profissionais de saúde representem um grupo diversificado de profissões, a maioria das pesquisas incluídas baseia-se naqueles que exercem funções de atendimento clínico direto. A maioria das pesquisas incluídas foi realizada em ambientes de alta renda, embora outras evidências apontem para a viabilidade em países de renda média (124). Evidências limitadas não havia evidências disponíveis sobre a eficácia de benefícios diferenciados para trabalhadores humanitários e de emergência com base em subgrupos sociodemográficos (como gênero ou raça). Entretanto, outras evidências apontam para a **viabilidade** da implementação em trabalhadores de emergência (122). Há

evidências de uma duração de efeitos de até 6 meses para intervenções psicossociais individuais em trabalhadores em risco (125). O fornecimento de intervenções psicossociais em grupo pode ser menos viável nesses setores devido a dificuldades de agendamento para o trabalho típico em turnos (e, se utilizado, pode ser fornecido universalmente para minimizar o estigma em ambientes altamente estigmatizados (anexo da Web: análise da implementação).

O GDG concluiu que uma recomendação condicional era garantida para intervenções individuais para trabalhadores em risco, tanto quando realizadas universalmente quanto quando realizadas para uma população indicada (ou seja, trabalhadores em risco e em dificuldades). A certeza geral das evidências foi considerada baixa e os benefícios sobre os resultados de saúde mental - e resultados positivos de saúde mental no caso de intervenções realizadas universalmente - foram considerados mais importantes do que os danos. O GDG não considera que houvesse evidências substanciais suficientes para garantir uma recomendação sobre intervenções de atividade física baseadas no lazer, pois, apesar da combinação de atividade física psicossocial e intervenções de promoção de estilo de vida, a grande maioria era psicossocial. A literatura disponível também não permitiu a desagregação dos efeitos por tipo de intervenção (por exemplo, psicossocial versus física). No entanto, observou-se que a Recomendação B para intervenções universais também seria aplicável a essa população.

Intervenções individuais para trabalhadores com problemas emocionais

10A Para trabalhadores com problemas emocionais, podem ser consideradas intervenções psicossociais, como as baseadas em abordagens de atenção plena ou cognitivo-comportamentais, ou treinamento para solução de problemas, a fim de reduzir esses sintomas e melhorar a eficácia do trabalho.

Recomendação condicional, certeza de evidência muito baixa

10B Para trabalhadores com estresse emocional, pode-se considerar a prática de exercícios físicos, como treinamento aeróbico e musculação, para reduzir esses sintomas.

Recomendação condicional, certeza de evidência muito baixa

Principais observações:

- Não está claro se as intervenções psicossociais indicadas para trabalhadores com problemas emocionais devem ser fornecidas dentro ou fora dos ambientes de trabalho (ou seja, por provedores internos ou externos). Entretanto, quando possível, ambas devem estar disponíveis para atender às preferências dos trabalhadores.
- A diretriz mHAP da OMS (2013) fornece recomendações sobre intervenções eficazes para depressão, automatização/valcício e uso de substâncias relevantes para a população em geral (em locais com poucos recursos).
- A diretriz da OMS sobre atividade física e comportamento sedentário (2020) inclui as recomendações para atividade física em pessoas em idade ativa e observam que as recomendações relevantes conferem benefícios à saúde, incluindo a redução dos sintomas de ansiedade e depressão.

Evidência e justificativa

A pergunta-chave D0 investiga se as intervenções indicadas em nível individual (como intervenções psicossociais, atividade física baseada no lazer ou promoção do estilo de vida)

tiveram um impacto benéfico nos resultados **para os trabalhadores com sofrimento emocional** (Anexo 3). As evidências foram extraídas de cinco revisões sistemáticas. Em comparação com as condições de controle (variando entre tratamento como de costume, lista de espera, outras intervenções de controle), havia evidências disponíveis para **intervenções psicossociais** (por exemplo, intervenções mistas de TCC, relaxamento, habilidades interpessoais leves, habilidades relacionadas a funções, exercícios aeróbicos e modificação de comportamento e terapia de aceitação e compromisso) (200, 224); para **TCC** (203, 224); **intervenções psicossociais eletrônicas** (por exemplo, terapia cognitiva ou TCC, estresse e enfrentamento, atenção plena, psicoeducação, treinamento em resolução de problemas, psicologia positiva e terapia de aceitação e compromisso) (204, 205); e **gerenciamento de estresse eletrônico** (202) (Anexo da Web).

Para as intervenções psicossociais, houve evidência de baixa qualidade para uma pequena melhora nos sintomas de depressão.

Para a TCC (que foi realizada principalmente por meio de formatos de saúde eletrônica), houve evidência de qualidade moderada para melhorias moderadas na depressão. Evidências adicionais em Nigatu et al. (224) indicaram que o modo de aplicação afetou a eficácia nas medições pós-teste. As intervenções psicossociais realizadas por telefone apresentaram maiores reduções nos sintomas de depressão em comparação com as intervenções realizadas por computador ou pessoalmente.

Para as intervenções psicossociais eletrônicas, havia evidências de certeza muito baixa para pequenos efeitos sobre os resultados de saúde mental (sintomas de depressão e ansiedade); efeitos moderados sobre o esgotamento e uma medida composta que combinava estresse, depressão e estresse psicológico; e fortes efeitos sobre os resultados de estresse e sintomas de insônia. As evidências de baixa qualidade demonstraram uma pequena melhora na eficácia do trabalho (definida como: engajamento no trabalho, produtividade, eficácia no trabalho). Para as intervenções de **gerenciamento de estresse eletrônico**, houve evidências de qualidade muito baixa que indicam um efeito moderado em uma medida combinada de sintomas de depressão, ansiedade e estresse.

De modo geral, não foram relatados resultados de saúde mental positiva, qualidade de vida, efeitos adversos, uso de substâncias ou comportamentos suicidas. Não foram identificados danos diretos das intervenções individuais indicadas, embora as intervenções psicossociais não tenham demonstrado o efeito esperado na melhora da "faixa de realização pessoal", um subcritério do burnout.

Considerações sobre as evidências para a tomada de decisão

As considerações sobre as evidências para a tomada de decisão foram praticamente idênticas em todas as intervenções individuais recomendadas (9, 9 e 10). Considerações adicionais para intervenções individuais indicadas são descritas aqui.

É levado em consideração o fato de que a entrada em tais programas se dá por meio do cumprimento de critérios de sofrimento emocional, o que pode ser estigmatizante se o atendimento for realizado no ambiente de trabalho. Portanto, em termos de **aceitabilidade sociocultural**, não está claro se essas intervenções são consideradas aceitáveis no trabalho - apesar de ECRs bem elaborados para trabalhadores com sofrimento emocional serem conduzidos em locais de trabalho sem relatos conhecidos de danos (como percepções ou temores de estigma ou discriminação).

Não havia evidências diretas disponíveis sobre a relação **custo-benefício**. No entanto, outras fontes indicam que as intervenções psicossociais no local de trabalho, que incluem a TCC, economizam custos e, em alguns casos, são econômicas para a depressão (126). Em relação à **equidade em saúde, igualdade e discriminação**, embora os exercícios supervisionados (em vez de não estruturados e não supervisionados) tenham sido incluídos em evidências indiretas como sendo eficazes para os sintomas de depressão, essas abordagens supervisionadas podem não ser aceitáveis para trabalhadores informais ou em ambientes de trabalho com menos recursos, a menos que sejam fornecidas dentro dos sistemas de saúde pública ou por meio de atividades dedicadas baseadas na comunidade. Não havia evidências disponíveis sobre os benefícios diferenciados com base em subgrupos sociodemográficos (como gênero ou raça).

O GDG concluiu que era necessária uma recomendação condicional para intervenções psicossociais indicadas, ou seja, intervenções psicossociais individuais para trabalhadores com problemas emocionais. A certeza geral das evidências foi considerada muito baixa. No entanto, considerou-se que os benefícios sobre os resultados de saúde mental e os resultados relacionados ao trabalho superam os danos. Com base em evidências adicionais indiretas, o GDG também concluiu condicionalmente para recomendar a atividade física baseada no lazer para o benefício da redução dos sintomas de estresse emocional. Nagata et al. (124) apresentaram evidências de dois estudos incluídos que investigaram os efeitos do tratamento de exercícios físicos supervisionados no local de trabalho - exercícios aeróbicos de alta intensidade de até pelo menos 20 minutos de duração durante 3 dias, e exercícios baseados em força que foram ministrados em grupo duas vezes por semana durante 10 semanas - onde foram encontrados efeitos pequenos e grandes sobre os sintomas de depressão. Os resultados estão de acordo com a literatura mais ampla sobre atividade física e redução da gravidade dos sintomas de saúde mental em adultos com problemas de saúde mental (112, 125).

Retorno ao trabalho após ausência associada a problemas de saúde mental

Para pessoas com faltas associadas a problemas de saúde mental, (a) cuidados direcionados ao trabalho mais cuidados clínicos de saúde mental baseados em evidências ou (b) cuidados clínicos de saúde mental baseados em evidências isoladamente devem ser considerados para a redução dos sintomas de saúde mental e redução dos dias de faltas.

Recomendação condicional, baixo certeza de evidência

Principais observações:

- ▶ A evidência para essa recomendação vem principalmente de revisões sobre depressão e transtornos de adaptação. A diretriz mhGAP da OMS (2015) fornece recomendações para o atendimento clínico baseado em evidências na população geral em locais com poucos recursos.

Observações sobre a implementação:

- ▶ A coordenação de várias partes interessadas entre o prestador de serviços de saúde, o empregador e o trabalhador, e os representantes dos trabalhadores ou especialistas em emprego/profissionalização, quando possível, pode facilitar a implementação eficaz de medidas de retorno ao trabalho. A decisão sobre quais partes interessadas incluir e em quais intervenções participar deve se basear na preferência do trabalhador.
- ▶ Essa coordenação pode representar um desafio de viabilidade para muitos ambientes com poucos recursos em LMICs e globalmente para as PMEs.
- ▶ O atendimento direcionado ao trabalho, o atendimento clínico e as intervenções psicológicas podem ser oferecidos, por telefone ou on-line. O atendimento clínico baseado em evidências, como as intervenções psicológicas, pode ser orientado por um provedor ou pode ser uma autoajuda não orientada, quando houver recursos disponíveis.
- ▶ As intervenções podem ser realizadas durante o período de ausência e/ou como parte da reintegração antecipada ao trabalho.
- ▶ Não se deve exigir que as intervenções sejam concluídas como pré-requisito para a reintegração no mercado de trabalho.

Evidência e justificativa

A pergunta-chave 11 investigou se o apoio às pessoas para que retornem ao trabalho, após a ausência associada a condições de saúde mental, tem um impacto benéfico sobre os resultados (Anexo 3). As evidências foram extraídas de duas revisões sistemáticas que compararam intervenções de retorno ao trabalho para trabalhadores com depressão (127) ou transtornos de ajustamento (128) (anexo da web). As intervenções identificadas podem ser categorizadas em termos gerais como:

- cuidados direcionados ao trabalho (como melhorar o trabalho condições de trabalho, redução das horas de trabalho, mudança de tarefas ou uma carga mais leve de tarefas, reintrodução gradual ao trabalho etc., fornecidas ou coordenadas por vários métodos, como várias reuniões com prestadores de cuidados, empregador e trabalhador - juntos ou separados, dependendo das necessidades);
- cuidados clínicos baseados em evidências (como intervenções psicológicas);
- melhoria da assistência médica (como a introdução do gerenciamento de cuidados para depressão na assistência primária);
- atividades físicas de lazer (como treinamento de força ou exercícios aeróbicos); ou
- qualquer combinação desses, com os comparadores sendo o tratamento usual ou qualquer uma das categorias de intervenção.

Para as **intervenções direcionadas ao trabalho isoladamente, em comparação com os cuidados habituais**, os resultados de certeza baixa a moderada não foram favoráveis para os trabalhadores com depressão com relação aos resultados de saúde mental (em acompanhamento de médio [3-12 meses] e longo prazo [12 meses ou mais]), risco de ausência, número de dias de ausência e funcionamento do trabalho.

Para os **cuidados direcionados ao trabalho mais cuidados clínicos**, em comparação com os cuidados habituais para trabalhadores com depressão, houve uma baixa certeza em reduções pequenas (acompanhamento de médio prazo) a moderadas (acompanhamento de longo prazo) nos sintomas depressivos. Houve um pequeno efeito na redução dos dias de ausência em médio prazo (certeza moderada) e longo prazo (baixa certeza). No entanto, havia certeza moderada de que não havia diferença na probabilidade de estar ausente em comparação com a de não estar ausente. Havia uma certeza muito baixa a baixa de evidências de pequenos efeitos na melhoria do funcionamento do trabalho (a médio prazo [não significativo] e a longo prazo, respectivamente). Houve certeza muito baixa de que os cuidados direcionados ao trabalho mais a intervenção clínica não foram mais superiores (ou seja, igualmente comparáveis ou benéficos) do que os cuidados direcionados ao trabalho isoladamente ou intervenções psicológicas isoladas para a saúde mental e resultados relacionados ao trabalho. Essa anomalia (devido a falta de impacto nos resultados do atendimento direcionado ao trabalho isoladamente) pode ser explicada pela heterogeneidade das intervenções incluídas no "atendimento direcionado ao trabalho".

Para **intervenções clínicas baseadas em evidências**, os resultados estavam disponíveis para trabalhadores com depressão ou com transtornos de ajustamento. Em comparação com os cuidados habituais em trabalhadores com depressão, a evidência de baixa qualidade indicou pequenos efeitos na redução dos sintomas de depressão e pequenos efeitos na redução dos dias de ausência (no acompanhamento de médio prazo). Entretanto, isso não foi observado no acompanhamento de curto prazo (até 2 meses). Comparações múltiplas para intervenções psicológicas individuais estavam disponíveis e são descritas no anexo da web, com várias intervenções psicológicas demonstrando efeitos positivos na saúde mental e nos resultados relacionados ao trabalho em um acompanhamento de curto, médio ou longo prazo.

Para a **melhoria dos cuidados de saúde**, em comparação com os cuidados habituais para trabalhadores com depressão, a evidência de qualidade moderada indica pequenos efeitos no acompanhamento de médio prazo sobre os sintomas depressivos. Entretanto, houve certeza moderada de um efeito moderado na gama do funcionamento do trabalho. Não foram observados benefícios em termos de dias de ausência ou de probabilidade de ausência para a melhoria dos cuidados com a saúde. Portanto, a melhoria dos cuidados com a saúde por si só, na ausência de uma intervenção focada no trabalho, beneficiou apenas os resultados de saúde, mas não beneficiou os resultados de funcionamento

específicas para o trabalho. Houve resultados mistos para **atividades físicas baseadas no lazer**. Para a TOC combinada com relaxamento físico, em comparação com o relaxamento físico isolado, para trabalhadores com transtornos de ajustamento, existe evidência de baixa qualidade

indicaram que houve efeitos sobre o burnout. Para o treinamento de força supervisionado em comparação com o relaxamento para trabalhadores com depressão, houve evidência de baixa qualidade de grandes efeitos a favor do benefício do treinamento de força na redução dos dias de ausência.

Considerações sobre as evidências para a tomada de decisão

Os problemas de saúde mental são considerados uma das principais causas de ausência dos trabalhadores (120, 130). Os trabalhadores **valorizam** a disponibilidade de programas de retorno ao trabalho e o retorno sustentável ao trabalho, sendo que a maioria os considera extremamente importantes (anexo da Web: pesquisa sobre valores e preferências). Não havia nenhum exame direto dos **requisitos de recursos** disponíveis. Os prestadores de cuidados direcionados ao trabalho ou cuidados clínicos baseados em evidências nas revisões incluídas eram especialistas em saúde mental ou ocupacional, médicos generalistas e especialistas em trabalho e emprego. O atendimento direcionado ao trabalho envolveu várias reuniões em períodos variáveis (por exemplo, nove reuniões em um período de três meses). No caso do atendimento clínico, o número de sessões (por exemplo, 6 a 12) dependia sobre a intervenção estruturada oferecida. As intervenções psicóginas podem ser realizadas pessoalmente, on-line ou por meio de suporte telefônico. Há uma grande variedade de partes interessadas em potencial disponíveis para apoiar o retorno ao trabalho. Em última análise é necessária a coordenação das partes interessadas (por meio de protocolos de saúde nacionais ou no local de trabalho) para garantir um retorno tranquilo que respeite os desejos do trabalhador e esteja de acordo com os recursos e a coordenação disponíveis, dependendo da capacidade do país (131).

Em relação ao **custo-benefício**, as evidências adicionais incluídas uma análise econômica (126). O envolvimento ativo de especialistas em saúde ocupacional no retorno ao trabalho foi considerado econômico e eficaz em termos de custo com base nos benefícios da redução da ausência: na Holanda, um retorno de US\$ 0,87 a US\$ 30,63 para cada US\$ 1 investido (132, 133), e na Finlândia, uma economia de US\$ 17 a US\$ 43 por dia de ausência evitado (134).

Para **equidade, igualdade e discriminação em saúde**, não havia análises de subgrupos sociodemográficos (como o gênero ou raça) disponíveis. **Viabilidade** da entrega de retornos Os programas de saúde mental para o trabalho podem ser especialmente desafiadores para ambientes com poucos recursos em LMICs e globalmente para PMLs. Todos os estudos incluídos (e evidências adicionais) estavam relacionados a países de alta renda nas Américas, Ásia, Europa e Oceania. A coordenação entre o setor de saúde, assistência social (trabalho/emprego), empregadores, trabalhadores e seus representantes é necessária para apoiar as medidas de retorno ao trabalho. Entretanto, a atual falta de coordenação em muitos contextos impede a implementação (anexo da web: análise da implementação).

O apoio ao direito de participar de empregos e cuidados associados para pessoas com condições de saúde mental ou em recuperação está de acordo com os princípios universais de direitos humanos. O artigo 27 da UNCRPD reconhece a promoção de "reabilitação social e profissional, criação de empregos e programas de retorno ao trabalho para pessoas com deficiência". A aplicação da UNCRPD e das leis nacionais sobre deficiência foi observada como um pré-requisito necessário para evitar o medo de buscar apoio para a saúde mental em profissões em que há a preocupação de que a licença para exercer a profissão possa ser perdida.

A aceitabilidade sociocultural dos programas de retorno ao trabalho pode ser afetada por temores semelhantes de estigma ou discriminação, conforme revelado na Recomendação 3. Os trabalhadores podem ter preferência por não incluir seus empregadores nas discussões com seus profissionais de saúde, e essas preferências devem ser priorizadas pelas pessoas responsáveis pela coordenação retorno ao trabalho.

No geral, não havia dados disponíveis sobre qualidade de vida, uso de substâncias, comportamentos suicidas, efeitos adversos ou saúde mental positiva (anexo de web). O GGG concluiu que, apesar da baixa certeza das evidências, os benefícios para a saúde mental e os resultados relacionados ao trabalho das intervenções direcionadas ao trabalho combinadas com cuidados clínicos, e os cuidados clínicos isolados, superam os possíveis danos.

As intervenções direcionadas ao trabalho por si só não foram incluídas na recomendação, pois não houve efeitos favoráveis beneficiando os trabalhadores que retornam ao trabalho (quando não são fornecidos em combinação com cuidados clínicos baseados em evidências). A melhoria dos cuidados com a saúde não foi especificada na recomendação devido à certeza moderada de piora na funcionalidade do trabalho. A atividade física baseada no lazer não foi recomendada devido à incerteza quanto ao seu efeito singular sobre os principais resultados, já que as condições de controle incluíam atividade física.



Programas de triagem

Como não está claro se os possíveis benefícios dos programas de triagem superam os possíveis danos, o GDG não fez uma recomendação a favor ou contra os programas de triagem durante o emprego.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acesso à justiça, 125, 140

Ações regressivas acidentárias,
154

Adoecimento mental, 13, 20,
116, 125, 139, 142

Afastamentos previdenciários,
20, 116

Algoritmos e controle, 18, 114,
142

Alienação do trabalho, 18

Angústia, 19

Ansiedade, 13, 20, 83, 141

Antunes, Ricardo, 18, 22, 116

Assédio moral, 84, 94

Auxílio-doença, 154

B

Banalização da injustiça, 19

Burnout, 13, 20, 141, 142

C

CAPS (Centros de Atenção
Psicossocial), 15

Capitalismo contemporâneo, 18,
22

CEREST (Centros de
Referência em Saúde do
Trabalhador), 15

CLT (Consolidação das Leis do
Trabalho), 15, 112, 141

Constituição Federal de 1988,
13, 17, 20, 22, 110, 139

Controle algorítmico, 18, 114,
142

Convenções da OIT, 13, 22, 93,
114

D

Dano moral, 140

Dano psíquico, 140

Dejours, Christophe, 19, 116,
125

Depressão, 13, 20, 83, 141

Dignidade da pessoa humana,
17, 22, 114, 141, 153

Direito à saúde, 17, 139, 141

Direito fundamental, 1, 13, 17,
21, 116, 154

Direitos humanos, 13, 17, 21,
125

Doenças ocupacionais, 20, 116

E

Eficácia horizontal dos direitos
fundamentais, 17

ENAP, 13

Estatísticas de saúde mental, 13,
20, 116, 136

Exclusão social, 18, 121

G

Gênero e trabalho, 136

Gorz, André, 18, 22

H

Han, Byung-Chul, 19, 22, 116

Hiperconectividade, 114

I

IBGE, 15, 20

Ideologia do desempenho, 19

Inclusão social, 1, 13, 21, 23,
121, 131, 136

Indenização, 140

INSS, 13, 154

Invisibilidade institucional, 13,
20, 116, 125, 144

J

Justiça do Trabalho, 125

L

Lei n. 8.080/1990 (Lei Orgânica
da Saúde), 13, 19

Lei n. 10.216/2001 (Reforma
Psiquiátrica), 112

M

Marx, Karl, 18, 22

Meio ambiente do trabalho, 17,

112, 141

Ministério Público do Trabalho
(MPT), 23, 154

Modo de produção, 18

N

Nexo causal, 141

Normas Regulamentadoras
(NRs), 15, 112

O

OMS (Organização Mundial da
Saúde), 13, 15, 20, 114, 142, 154

Organização do trabalho, 19,
125

P

PIS (Programa de Inclusão
Social), 121

PNSM (Política Nacional de Saúde Mental), 13, 15, 23

PNSTT (Política Nacional de Saúde do Trabalhador), 13, 15, 23

Precarização, 13, 18, 20

Prevenção, 15, 23, 112

Psicodinâmica do trabalho, 19

R

RENAST (Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador), 15

Responsabilidade civil do empregador, 140

Responsabilização, 13, 22, 116, 140, 154

S

Sennett, Richard, 18, 22

Síndrome do esgotamento profissional, 20, 142

Sociedade do cansaço, 19

Sofrimento psíquico, 13, 18, 19, 20, 114, 116, 123, 140

SUS (Sistema Único de Saúde), 15, 19, 23

T

Teletrabalho, 114

Trabalho decente, 114, 136, 142

Trabalho digno, 13, 83, 114, 142

Transtornos mentais e comportamentais, 20, 141

U

Uberização, 13, 18

V

Violência institucional, 19

Vácuo normativo, 139, 141

Valor social do trabalho, 17

SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR COMO DIREITO FUNDAMENTAL: DESAFIOS JURÍDICOS E POLÍTICAS DE INCLUSÃO SOCIAL NO BRASIL

Revista REASE chancelada pela Editora Arché.
São Paulo- SP.
Telefone: +55(11) 5107- 0941
<https://periodicorease.pro.br>
contato@periodicorease.pro.br

**SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR COMO
DIREITO FUNDAMENTAL: DESAFIOS JURÍDICOS E
POLÍTICAS DE INCLUSÃO SOCIAL NO BRASIL**

