

Agenda Estratégica em Saúde Mental e Trabalho: Contribuições do Seminário Nacional

SAÚDE MENTAL E TRABALHO

ALBERTO JOSE NIITUMA OGATA¹

DALTON TRIA CUSCIANO²

JOÃO SILVESTRE DA SILVA-JUNIOR³

ANA MARIA MALIK¹

1. Fundação Getulio Vargas – Escola de Administração de São Paulo
2. Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
3. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

INTRODUÇÃO

A saúde mental no contexto do trabalho consolidou-se como um dos principais desafios contemporâneos da saúde pública, da saúde do trabalhador e do desenvolvimento social e econômico. Aspectos do mundo do trabalho contemporâneo que envolvem intensificação de metas e ritmos produtivos, reestruturação dos processos de produção, flexibilização dos vínculos laborais, avanço tecnológico e precarização das relações de trabalho repercutem diretamente sobre o bem-estar psíquico, a capacidade funcional e a qualidade de vida da população trabalhadora.

O trabalho constitui elemento estruturante da vida social e da identidade dos indivíduos. Quando realizado em condições dignas, seguras e saudáveis, pode promover sentido e pertencimento; quando marcado por insegurança, sobrecarga, baixa autonomia decisória e relações autoritárias, pode tornar-se causa de sofrimento, adoecimento mental e exclusão social. Assim, a interface entre saúde mental e trabalho deve ser compreendida como

fenômeno complexo e multifatorial, que envolve dimensões individual, organizacional, social, econômica e institucional.

O presente documento tem por objetivo sistematizar evidências científicas e referenciais conceituais e normativos sobre a interação entre saúde mental e trabalho, com ênfase nos fatores psicossociais, no panorama epidemiológico brasileiro e nas estratégias de prevenção dos agravos, promoção da saúde e vigilância em saúde do trabalhador. Este documento foi elaborado a partir das discussões e contribuições do Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho realizado em São Paulo, no dia 14 de agosto de 2025, fruto de parceria entre a FGV EAESP e a FUNDACENTRO, que reuniu especialistas das áreas de Saúde e Segurança no trabalho, saúde mental e gestão em saúde.

EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE MENTAL RELACIONADA AO TRABALHO NO BRASIL

Os transtornos mentais figuram entre as principais causas de incapacidade no mundo e no Brasil, com repercussões significativas sobre a saúde da população, a organização dos serviços e a sustentabilidade dos sistemas de proteção social. Estudos nacionais indicam prevalências elevadas de sintomas ansiosos e depressivos e de transtornos mentais comuns entre pessoas em idade economicamente ativas. Dados recentes evidenciam crescimento expressivo no número de afastamentos do trabalho por adoecimento mental, com impactos relevantes nas dimensões social, econômica, assistencial e previdenciária.

Apesar desse aumento, persiste importante subnotificação do nexos causal entre trabalho e adoecimento mental. Apenas uma parcela dos casos é formalmente reconhecida como relacionada ao trabalho, o que resulta de múltiplos fatores estruturais e institucionais. Entre esses fatores destacam-se a dificuldade na identificação e caracterização dos riscos psicossociais nas condições laborais, a estigmatização do sofrimento psíquico, lacunas nos sistemas de vigilância em saúde do trabalhador, limitações na integração e no uso qualificado dos dados disponíveis, bem como fragilidades nos processos técnicos e periciais de avaliação do nexos causal.

Nesse contexto, o fortalecimento da produção de informações qualificadas, a ampliação da capacidade institucional de vigilância e a melhoria da articulação entre os sistemas de informação em saúde, trabalho e previdência social constituem componente centrais para o enfrentamento do problema.

FATORES PSICOSSOCIAIS E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Os fatores de risco psicossocial no trabalho originam-se da maneira como o trabalho é organizado, gerido e vivenciado, expressando relações de poder, modelos de gestão e arranjos institucionais que moldam as condições concretas de trabalho. Incluem demandas excessivas, baixo controle sobre tarefas, ausência de apoio social, insegurança no emprego, jornadas prolongadas, metas inatingíveis, assédio moral e sexual, discriminação, violência e exposição a eventos potencialmente traumáticos.

A literatura científica aponta que esses fatores tendem a se combinar e a se reforçar mutuamente, produzindo contextos organizacionais estruturalmente adoecedores. Modelos teóricos consolidados auxiliam a compreender esses processos. O Modelo Demanda–Controle–Apoio, proposto por Robert Karasek, demonstra que a combinação entre altas exigências psicológicas combinada a baixa autonomia decisória, e com reduzido apoio social é a pior situação de risco para o sofrimento psíquico entre trabalhadores. Já o Modelo Desequilíbrio Esforço–Recompensa, proposto por Johannes Siegrist, evidencia que situações em que esforços intensos no trabalho não são compensados por reconhecimento, estabilidade e perspectivas profissionais futuras aumentam o risco de adoecimento mental.

Esses fatores se acumulam e interagem ao longo do tempo, ampliando vulnerabilidades individuais e coletivas, o que reforça a necessidade de intervenções organizacionais e estruturais, e não apenas individuais.

MARCO LEGAL E REGULATÓRIO

O Brasil dispõe de instrumentos normativos relevantes para a proteção da saúde mental no trabalho. A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho estabelece diretrizes para prevenção de agravos relacionados ao trabalho e promoção de ambientes laborais

saudáveis. As Normas Regulamentadoras, especialmente a NR-1 (Gerenciamento de Riscos Ocupacionais) e a NR-17 (Ergonomia), oferecem base legal para a identificação, a avaliação e a mitigação de riscos, incluindo os psicossociais; os quais também são mencionados em outras normas como a NR-33 (Segurança e Saúde nos Trabalhos em Espaços Confinados) e NR-35 (Trabalho em Altura). Entretanto, persistem desafios relevantes para a implementação relacionados à operacionalização de métodos para avaliação dos fatores psicossociais; a integração entre vigilância, inspeção e assistência, bem como a qualificação dos processos de registro e reconhecimento donexo causal.

Nesse contexto, a produção técnico-científica, a formação profissional continuada e o fortalecimento das capacidades institucionais dos atores públicos e privados que atuam no campo da saúde e segurança do trabalhador são fundamentais para transformar o marco normativo existente em práticas efetivas de prevenção e proteção.

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO, PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE MENTAL NO TRABALHO

A Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) do Ministério da Saúde inclui diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais como associados à exposição a fatores de risco psicossociais no trabalho, representando avanço importante no reconhecimento formal do nexos entre condições ocupacionais e adoecimento. Esse reconhecimento normativo reforça a necessidade de que a saúde mental seja incorporada de forma sistemática às políticas, aos instrumentos de gestão de riscos e às ações de vigilância em saúde do trabalhador.

Nesse contexto, a promoção da saúde mental no trabalho requer abordagem integrada, sustentada por governança, gestão, participação social e articulação entre vigilância, regulação e cuidado. Recomenda-se organizar as ações segundo os três níveis clássicos de prevenção (primária, secundária e terciária), com ênfase em intervenções organizacionais e no fortalecimento dos sistemas de vigilância, integradas a práticas de vigilância em saúde do trabalhador aplicada à saúde mental.

1) Prevenção Primária

A prevenção primária visa eliminar ou reduzir fatores de risco psicossociais por meio de mudanças estruturais na organização e nas condições de trabalho. As principais estratégias incluem:

- *Governança e compromisso institucional*: definição de política organizacional voltada à saúde mental e trabalho, com responsabilidades claras para alta liderança, gestores, SESMT/CIPA+ e representantes dos trabalhadores; integração do tema aos instrumentos de gestão (GRO/PGR), com recursos e metas monitoráveis, e mecanismos de prestação de contas, evitando ações meramente simbólicas.
- *Diagnóstico organizacional e priorização de riscos*: mapeamento participativo de processos de trabalho, cargas e estressores psicossociais por setor/atividade; uso combinado de métodos quantitativos (questionários padronizados) e qualitativos (grupos focais, entrevistas, observação do trabalho real), assegurando confidencialidade e vedando o uso punitivo de dados, que devem ser orientados exclusivamente a prevenção.
- *Redesenho do trabalho e gestão participativa*: revisão de metas e ritmos, dimensionamento adequado de equipes, redistribuição de tarefas, ampliação de autonomia e clareza de papéis, além do fortalecimento de mecanismos institucionais de participação (comissões, reuniões de melhoria contínua, canais de escuta).
- *Práticas de gestão e liderança saudável*: capacitação de gestores para prevenção do assédio; criação de canais sigilosos de denúncia com garantia de imparcialidade nas investigações, proteção às vítimas e responsabilização; promoção de *feedback* contínuo aos profissionais, treinamento para reconhecimento de sinais precoces de sofrimento e criação de ambientes psicologicamente seguros.
- *Organização do tempo e proteção à recuperação*: adequação de jornadas, pausas e descansos, gestão de horas extras visando a prevenir a sobrecarga crônica; implementação de políticas de direito à desconexão, especialmente em regimes híbridos ou de teletrabalho; gerenciamento de turnos e trabalho noturno com medidas protetivas.

- *Ambiente inclusivo e prevenção de violências*: Desenvolvimento de políticas de diversidade, equidade e inclusão; estabelecimento de protocolos de prevenção, resposta e acompanhamento a eventos críticos (ex.: acidentes graves, violência), e suporte adequado a grupos vulnerabilizados.
- *Promoção de bem-estar e literacia em saúde mental*: ações educativas permanentes de combate ao estigma (psicofobia), educação em saúde mental e bem-estar; divulgação clara dos direitos, recursos e canais de apoio, sempre como complemento, e não substituição, das intervenções organizacionais.

2) Prevenção Secundária

A prevenção secundária busca identificar precocemente sinais de sofrimento psíquico relacionados ao trabalho e reduzir sua progressão, gravidade e duração. Estratégias recomendadas:

- *Rastreamento e monitoramento*: implementação de triagens periódicas e confidenciais de sinais de sofrimento psíquico, com instrumentos validados, critérios claros de interpretação e definição prévia de fluxos de encaminhamento; atenção especial a grupos de maior risco. O rastreamento deve ser compreendido como ferramenta de detecção precoce, estando vinculado a fluxos de cuidado e não apenas a coleta de dados ou práticas meramente informativas
- *Acolhimento e portas de entrada*: criação de canais de fácil acesso a acolhimento e apoio, garantia de sigilo e possibilidade de teleatendimento; integração com serviços internos (saúde ocupacional) e externos (RAPS/SUS, rede do plano de saúde, CAPS), visando a assegurar a continuidade assistencial.
- *Gestão de casos e cuidado coordenado*: estabelecimento de coordenação do cuidado (*case management*) para casos moderados e graves, com acompanhamento longitudinal; pactuação de planos terapêuticos e comunicação segura entre profissionais, de forma compartilhada com o trabalhador, respeitando a LGPD e confidencialidade clínica.

- *Capacitação e protocolos*: treinamento contínuo de equipes de saúde e gestores para reconhecimento de sinais de risco (incluindo risco psicossocial e de violência), realizar encaminhamentos e manejar situações de crise; protocolos institucionais para garantir retorno seguro ao trabalho após episódios agudos, com acompanhamento e reavaliação periódica.
- *Proteções laborais temporárias*: adoção de medidas protetivas temporárias, com afastamento de situações de risco psicossocial, desde que pactuadas com o trabalhador e periodicamente reavaliadas, evitando soluções permanentes que mascaram problemas organizacionais.

3) Prevenção Terciária

A prevenção terciária atua quando o agravo já está instalado, visando reduzir danos, evitar cronificação, apoiar reabilitação e reinserção sustentável, articulando cuidado clínico, proteção social e intervenções no trabalho. Estratégias:

- *Linhas de cuidado e reabilitação*: Estruturas de linhas de cuidado, com integração entre tratamento clínico - psicoterápico e psiquiátrico; apoio multiprofissional; acompanhamento longitudinal, com foco em funcionalidade, autonomia e capacidade laboral, com articulação entre serviços de saúde e rede assistencial.
- *Retorno sustentado ao trabalho estruturado*: Implementação de programas de reinserção gradual, com adaptação de tarefas e jornada às capacidades do trabalhador, ajuste progressivo de metas e acompanhamento contínuo; envolvimento de liderança e área de recursos humanos para garantir ambiente não estigmatizante e ajustes necessários.
- *Readaptação e prevenção de recaídas*: monitoramento e reavaliações após o retorno, revisão de exposição a estressores organizacionais e implementação de ações corretivas; suporte contínuo após retorno e em transições de função.

- *Proteção social e direitos*: orientação sobre direitos previdenciários e trabalhistas, com apoio na efetivação de interfaces com benefícios quando necessário e articulação com rede de proteção social.

4) Vigilância em Saúde do Trabalhador aplicada à saúde mental

A vigilância deve integrar informações, inspeção, participação e intervenção. Recomenda-se:

- *Sistemas de informação e indicadores*: definir e monitorar indicadores sentinela (afastamentos por transtornos mentais, rotatividade, incidentes de violência/assédio, queixas, consultas em saúde ocupacional, clima organizacional) e de processo (ações implementadas, cobertura de capacitação, respostas a denúncias).
- *Investigação de nexos e análise do trabalho*: realizar investigações com foco no processo e organização do trabalho, e não apenas em características individuais; utilizar a tipologia de relação trabalho-doença como apoio à definição de medidas de prevenção e reparação.
- *Inspeção e conformidade*: apoiar a operacionalização do GRO/PGR para riscos psicossociais, com ênfase em inventário de riscos, plano de ação e monitoramento; articular vigilância sanitária, inspeção do trabalho e serviços de saúde, quando aplicável.
- *Participação dos trabalhadores*: assegurar mecanismos de escuta e participação (CIPA+, comissões, assembleias, consultas) e proteção contra possíveis retaliações; incorporar saberes do trabalho real na identificação e solução de problemas.
- *Avaliação e melhoria contínua*: usar ciclos de melhoria (planejar–executar–avaliar–agir ou PDCA) para ajustar intervenções; avaliar efetividade (mudanças em fatores de risco, bem-estar e desfechos) e custo-efetividade quando possível.

5) Recomendações operacionais para implementação

Para apoiar organizações e serviços, recomenda-se seguir um roteiro mínimo: (i) instituir governança e política; (ii) mapear riscos psicossociais com participação; (iii) priorizar e implementar mudanças organizacionais; (iv) criar fluxos de acolhimento e cuidado; (v) estabelecer indicadores e monitoramento; (vi) avaliar e ajustar continuamente; (vii) garantir confidencialidade, observância da LGPD e proteção contra estigma e retaliações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interface entre saúde mental e trabalho constitui dimensão central da proteção social contemporânea, com implicações diretas para a efetivação de direitos, a redução de iniquidades e a sustentabilidade econômica e institucional dos sistemas de trabalho e de seguridade social. A crescente frequência de transtornos mentais entre trabalhadores evidencia que o adoecimento psíquico não pode ser compreendido como fenômeno exclusivamente individual, mas como resultado da interação das pessoas com processos organizacionais, relações de poder e modelos de gestão que estruturam as condições concretas de trabalho.

Nesse contexto, o investimento sistemático em prevenção e vigilância de riscos psicossociais é medida indispensável para a promoção de ambientes de trabalho saudáveis e para a mitigação dos impactos sociais, econômicos e previdenciários do adoecimento mental entre trabalhadores. Estratégias eficazes exigem a articulação entre ações de prevenção primária, secundária e terciária, integradas a práticas de vigilância em saúde do trabalhador que priorizem a análise do trabalho real, a participação dos trabalhadores e a modificação das condições organizacionais que produzem adoecimento.

O enfrentamento do adoecimento mental relacionado ao trabalho demanda ações integradas e sustentadas no tempo, orientadas por evidências científicas, compromisso institucional, participação social e processos contínuos de avaliação e melhoria. Avançar nessa agenda implica reconhecer que a proteção da saúde mental no trabalho depende, fundamentalmente, da reconfiguração das formas de organização, gestão e regulação do

trabalho, reafirmando a saúde do trabalhador como campo estratégico para o desenvolvimento social, a justiça laboral e a democracia no mundo do trabalho.

Referências:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Diretrizes assistenciais em saúde mental na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2011.

ARCHER J, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(10):CD006525.

BRASIL. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. *Diário Oficial da União.* 8 nov 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Qualificação da saúde suplementar. Brasília; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.674, de 5 de novembro de 2024.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 01. 2020.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 17. 1978.

CAMPOS GWS, DOMITTI AC. Apoio matricial e equipe de referência. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(2):399–407.

DAHLGREN G, WHITEHEAD M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm; 1991.

DATAPREV. Infologo. Brasília; 2025.

FAN Y, et al. Global burden of mental disorders. *BMC Psychiatry.* 2025; 25:486.

HERMAN H, et al. Time for united action on depression. *Lancet*. 2022.

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE. *Psychosocial factors at work*. Geneva; 1986.

IVBIJARO GO, et al. Collaborative Care models. *Curr Psychiatry Rep*. 2014; 16:506.

KARASEK RA. Job demands and mental strain. *Adm Sci Q*. 1979;24:285–308.

KARASEK RA, THEORELL T. *Healthy work*. New York; 1990.

LANCMAN S, et al. Mental health and work. *Healthcare*. 2024;12(23):2377.

LEKA S, et al. *Work organization & stress*. Geneva; 2003.

LIMA LD, CARVALHO DS. Regulação assistencial da saúde suplementar. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(12).

NAÇÕES UNIDAS (Brasil). Brasil: afastamentos por saúde mental aumentam 134%. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Mental disorders*. Geneva.

SIEGRIST J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*. 1996;1(1):27–41.

SIEGRIST J, WAHRENDORF M. *Work stress and health*. Berlin; 2016.

STANSFELD S, CANDY B. Psychosocial work environment and mental health. *Scand J Work Environ Health*. 2006; 32:443–462.

TRAVIS JW. *The wellness workbook*. Berkeley; 1972.

VAN DER MOLEN HF, et al. Psychosocial risk factors. *BMJ Open*. 2020;10:e034849.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Guidelines on mental health at work*. Geneva; 2022.