

ARTIGO

**ENTRE A REFORMA E O COLAPSO: A (IN)ACESSIBILIDADE À SAÚDE MENTAL E O DESAFIO
PREVIDENCIÁRIO DA DIGNIDADE HUMANA**

Silas de Santana Vitória¹

RESUMO

O artigo analisa criticamente a crise da saúde mental no Brasil a partir de sua articulação estrutural com o Direito Previdenciário, evidenciando o distanciamento entre a promessa constitucional de proteção integral e a realidade concreta de desassistência e precarização do cuidado. À luz da Reforma Psiquiátrica brasileira, consagrada pela Lei nº 10.216/2001, e da institucionalização da Rede de Atenção Psicossocial, examina-se a desinstitucionalização como avanço civilizatório tensionado pelo subfinanciamento, pela descontinuidade das políticas públicas e pelo enfraquecimento do cuidado territorial. Demonstra-se que a omissão estatal na efetivação do direito fundamental à saúde mental desloca o sofrimento psíquico do campo do cuidado para o campo da compensação previdenciária, convertendo o benefício por incapacidade em resposta tardia a um adoecimento socialmente produzido. Ao reconhecer o sofrimento psíquico como risco social constitucionalmente relevante, o artigo defende o Direito Previdenciário como extensão existencial do direito à saúde e expressão do dever de solidariedade social. A análise evidencia que a crise da saúde mental, especialmente em contextos urbanos marcados por desigualdade, revela-se simultaneamente sanitária, previdenciária e democrática, demonstrando que a proteção social somente se realiza quando alcança, de forma integrada, a dignidade física, psíquica e existencial do trabalhador e do cidadão.

Palavras-chave: Direito Previdenciário; saúde mental; políticas públicas; dignidade da pessoa humana; seguridade social; Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

The article critically examines the mental health crisis in Brazil through its structural articulation with Social Security Law, highlighting the gap between the constitutional promise of comprehensive protection and the concrete reality of neglect and precarization of care. In light of the Brazilian Psychiatric Reform, enshrined in Law No. 10,216/2001, and the institutionalization of the Psychosocial Care Network, deinstitutionalization is analyzed as a civilizational advance strained by underfunding, policy discontinuity, and the weakening of

¹ Graduando em Bacharelado em Direito pela Universidade do Estado da Bahia – UNEB -e-mail: silasvitoria1993@gmail.com

community-based care. The study demonstrates that state omission in the effective realization of the fundamental right to mental health displaces psychological suffering from the sphere of care to that of social security compensation, transforming disability benefits into a delayed response to socially produced illness. By recognizing psychological suffering as a constitutionally relevant social risk, the article defends Social Security Law as an existential extension of the right to health and as an expression of the duty of social solidarity. The analysis shows that the mental health crisis, especially in urban contexts marked by inequality, is simultaneously sanitary, social security-related, and democratic, revealing that social protection is only fulfilled when it integrally safeguards the physical, psychological, and existential dignity of workers and citizens.

Keywords: Social Security Law; mental health; public policies; human dignity; social security; Psychiatric Reform.

1. INTRODUÇÃO

A desigualdade social, a exclusão histórica e a precarização do trabalho estruturam a experiência cotidiana de milhões de pessoas no Estado brasileiro. Trata-se de um cenário produzido por escolhas políticas reiteradas, marcadas pela retração das políticas públicas, pelo esvaziamento da proteção social e pela naturalização do sofrimento como responsabilidade individual. Nesse contexto, o adoecimento psíquico emerge como expressão concreta de um modelo econômico excludente, que fragiliza vínculos, compromete a estabilidade material e impõe à classe trabalhadora uma lógica permanente de insegurança e exaustão (ANTUNES, 2018, p. 41).

Nesse horizonte, o direito à saúde assume natureza de direito fundamental e dever indeclinável do Estado, constituindo pressuposto para o exercício pleno da cidadania. A saúde não pode ser compreendida de forma restrita ou biologizante, mas como condição socialmente determinada, vinculada ao trabalho, à renda, à moradia, ao acesso a políticas públicas e à participação social. O Sistema Único de Saúde nasce desse entendimento ampliado, afirmando a saúde como direito de todos e dever do Estado, orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade (CANOTILHO, 2003, p. 409).

A saúde mental integra de modo indissociável essa concepção ampliada de saúde. O sofrimento psíquico não é fenômeno isolado nem fruto exclusivo de trajetórias individuais, mas resultado de processos sociais, econômicos e políticos que atravessam a vida cotidiana. A Reforma Psiquiátrica brasileira emerge como resposta ética e política a um modelo historicamente excludente, que associava loucura à segregação e à supressão de direitos, substituindo o cuidado pela punição e pelo isolamento (BASAGLIA, 2005, p. 19; AMARANTE, 2007, p. 64).

A Lei nº 10.216/2001 representa marco civilizatório ao reafirmar o cuidado em liberdade, a desinstitucionalização e a proteção dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Seu conteúdo normativo desloca o eixo do tratamento da lógica manicomial para práticas territoriais, comunitárias e interdisciplinares, reconhecendo o sujeito como titular de direitos e não como objeto de tutela médica ou controle social. Trata-se de uma inflexão ética que vincula saúde mental, cidadania e direitos humanos (SARACENO, 2001, p. 87).

A Rede de Atenção Psicossocial foi concebida como estrutura capaz de materializar esses princípios no âmbito do SUS, organizando serviços substitutivos e contínuos de cuidado. Contudo, a distância entre o desenho normativo e a realidade concreta é profunda. O subfinanciamento crônico, a precarização das equipes, a descontinuidade do cuidado e a insuficiência da rede revelam uma política pública fragilizada, incapaz de responder de forma integral às demandas crescentes de sofrimento psíquico (AMARANTE, 2019, p. 112).

Diante dessa omissão estatal, o sofrimento psíquico é deslocado do campo do cuidado para o campo da compensação previdenciária. O Direito Previdenciário passa a absorver demandas que deveriam ser enfrentadas por políticas de saúde mental eficazes, transformando o benefício por incapacidade em resposta tardia à falência do cuidado preventivo e comunitário. Essa lógica converte a Previdência Social em instrumento de gestão do dano, e não de proteção articulada à dignidade do trabalhador (DELGADO, 2018, p. 56).

Nesse sentido, o colapso da saúde mental revela-se também previdenciário, democrático e humano. O problema de pesquisa deste artigo consiste em compreender como a inefetividade das políticas públicas de saúde mental compromete a promessa constitucional de proteção integral e desloca indevidamente o sofrimento psíquico para o sistema previdenciário. O objetivo é afirmar o sofrimento mental como risco social constitucionalmente relevante e defender o Direito Previdenciário como extensão existencial do direito à saúde, e não como seu substituto, sob pena de esvaziamento material da dignidade da pessoa humana.

O trabalho distingue analiticamente três planos de abordagem. No primeiro, realiza-se a análise normativa do ordenamento jurídico, identificando os deveres estatais e a arquitetura constitucional da seguridade social. No segundo, procede-se à crítica jurídico-política das políticas públicas e de sua inefetividade material. No terceiro, desenvolve-se uma reflexão reconstrutiva, orientada por parâmetros constitucionais e de direitos humanos, sem pretensão prescritiva imediata, mas com compromisso ético e democrático com a proteção integral da dignidade humana.

A leitura do sofrimento psíquico como risco social constitucionalmente relevante exige a retomada do conceito de seguridade social em sua integralidade normativa. A Constituição de 1988 concebe saúde, previdência e assistência social como um sistema articulado, orientado à redução das desigualdades e à proteção da dignidade humana frente às contingências estruturais da vida social. A fragmentação dessa arquitetura, promovida por políticas de austeridade e subfinanciamento, compromete o sentido originário da seguridade, convertendo direitos em respostas parciais e tardias, incapazes de enfrentar as causas sociais do adoecimento (CASTILHO, 2018, p. 94).

A lógica neoliberal, ao deslocar a responsabilidade do coletivo para o indivíduo, opera verdadeira inversão ética no campo da proteção social. O sofrimento psíquico passa a ser tratado como falha subjetiva, e não como produto de relações de trabalho precarizadas e de um modelo econômico excludente. Esse deslocamento discursivo legitima a retração do Estado e naturaliza a substituição de políticas públicas estruturantes por mecanismos compensatórios mínimos, como benefícios previdenciários, que operam apenas na gestão do dano já consumado (HARVEY, 2014, p. 153).

Nesse contexto, a incapacidade laborativa decorrente do adoecimento mental revela-se menos como exceção e mais como expressão recorrente da organização contemporânea do trabalho. A intensificação produtiva, o assédio institucional, a instabilidade contratual e a ausência de redes públicas de cuidado produzem trajetórias de adoecimento previsíveis e socialmente determinadas. O reconhecimento previdenciário da incapacidade, embora juridicamente necessário, não enfrenta esse circuito de produção do sofrimento, limitando-se a reconhecer seus efeitos finais (ANTUNES, 2018, p. 89).

A literatura crítica em direitos humanos aponta que a precarização das políticas de saúde mental não opera de forma neutra, mas incide seletivamente sobre grupos socialmente vulnerabilizados. Pessoas pobres, negras, periféricas e trabalhadoras informais são as mais expostas à ausência de cuidado contínuo e às barreiras de acesso à Rede de Atenção Psicossocial. Tal seletividade evidencia que a crise da saúde mental é também expressão de uma cidadania regulada, na qual o acesso aos direitos se dá de forma desigual e hierarquizada (WERMUTH; DEZORDI, 2018, p. 61).

A judicialização das demandas previdenciárias relacionadas ao sofrimento psíquico surge como resposta institucional à falência das políticas públicas. O Poder Judiciário passa a ser acionado para assegurar benefícios e reconhecimentos que deveriam decorrer de uma atuação administrativa eficaz e de políticas preventivas consolidadas. Embora cumpra papel relevante na tutela de direitos, a judicialização não substitui o planejamento estatal nem corrige a desarticulação estrutural da seguridade social, funcionando como mecanismo residual de contenção da injustiça (CASTILHO, 2018, p. 137).

Defender o Direito Previdenciário como extensão existencial do direito à saúde implica recolocá-lo em seu lugar constitucional adequado. A previdência não pode ser compreendida como política autônoma de enfrentamento do sofrimento psíquico, mas como parte de um sistema integrado de proteção social. Sua função é garantir segurança material diante da incapacidade, sem assumir o papel indevido de compensar a ausência de cuidado, prevenção e reinserção social promovidas pelo Estado (SARLET, 2019, p. 90).

Nesse contexto, a leitura sociológica de Zygmunt Bauman permite compreender o sofrimento psíquico como efeito estrutural da modernidade tardia e de suas formas de organização social. Em sociedades marcadas pela fluidez dos vínculos, pela instabilidade permanente e pela responsabilização individual dos fracassos, o mal-estar deixa de ser exceção. O adoecimento mental passa a constituir resposta previsível a um modelo social que fragiliza pertencimentos, dissolve garantias e converte a vida em empreendimento solitário, permanentemente exposto ao risco (BAUMAN, 2001, p. 37; BAUMAN, 2007, p. 19).

Bauman demonstra que a lógica neoliberal desloca para o indivíduo a gestão integral da própria existência, transformando inseguranças coletivas em culpas privadas. O medo, a ansiedade e a sensação de insuficiência passam a operar como dispositivos difusos de governo. A precarização do trabalho, a instabilidade econômica e a retração das políticas públicas produzem sujeitos exaustos, compelidos a administrar sozinho riscos que são socialmente produzidos (BAUMAN, 2008, p. 45; BAUMAN, 2010, p. 67).

Essa produção social do sofrimento encontra respaldo no que Bauman denomina privatização dos problemas públicos. Questões que exigiriam respostas coletivas e institucionais são devolvidas ao âmbito individual, esvaziando a responsabilidade estatal. A saúde mental deixa, assim, de ser tratada como direito social e passa a ser administrada como problema privado, submetido à lógica do mercado, da medicalização excessiva ou da exclusão social (BAUMAN, 1999, p. 92; BAUMAN, 2011, p. 54).

À luz dessa leitura, torna-se evidente que a crise da saúde mental não pode ser dissociada da crise do Estado Social e da retração das políticas públicas de proteção. O deslocamento do sofrimento psíquico para o campo previdenciário aparece, então, como resposta tardia e insuficiente a uma falência anterior do cuidado. Em termos baumanianos, trata-se de um modelo que administra os “resíduos humanos” produzidos pelo próprio sistema, oferecendo compensações mínimas em lugar de políticas estruturantes de prevenção, cuidado e reinserção social. Essa dinâmica revela não apenas um colapso sanitário, mas uma fratura ética profunda na promessa constitucional de dignidade e proteção integral (BAUMAN, 2005, p. 113; BAUMAN, 2009, p. 88).

A Previdência Social, no desenho constitucional brasileiro, não pode ser compreendida como mecanismo residual de indenização do fracasso estatal. A Lei nº 8.212/1991 define a seguridade social como conjunto articulado de ações voltadas à garantia dos direitos à saúde, à previdência e à assistência social. Esse desenho evidencia que tais políticas não operam de forma isolada, mas como expressão de um pacto social fundado na solidariedade e na redistribuição dos riscos sociais. A ruptura dessa articulação compromete o sentido constitucional da proteção previdenciária e transforma o benefício em resposta fragmentada a vulnerabilidades socialmente produzidas (BRASIL, 1991).

A Constituição Federal de 1988 reforça esse arranjo ao estabelecer que a ordem social tem como base o primado do trabalho e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais. Nesse contexto, a previdência assume função essencial de garantia de segurança material diante das contingências que inviabilizam a subsistência pelo trabalho. Trata-se de dever estatal que não pode ser relativizado por discursos de austeridade fiscal ou eficiência administrativa. A retração deliberada das políticas públicas rompe a lógica solidária do sistema e transfere ao indivíduo o custo de riscos que são estruturalmente produzidos (BRASIL, 1988).

No núcleo dogmático do Direito Previdenciário, a noção de risco social ocupa papel central. A incapacidade laborativa, especialmente quando decorrente de sofrimento psíquico, deve ser compreendida como evento previsível nas relações contemporâneas de trabalho, marcadas pela intensificação produtiva, pela instabilidade contratual e pela erosão de vínculos. A proteção previdenciária não se destina a punir a incapacidade, mas a assegurar meios mínimos de existência quando o trabalho deixa de ser possível. Reduzir esse debate a critérios estritamente biomédicos significa ignorar a determinação social do adoecimento e reforçar leituras moralizantes da exclusão (DELGADO, 2018, p. 59).

A teoria do risco social permite deslocar o foco da culpa individual para a responsabilidade coletiva. O dano decorrente da perda da capacidade laboral não pode ser absorvido exclusivamente pelo trabalhador, sob pena de violação aos princípios da solidariedade e da dignidade humana. A previdência social surge como mecanismo de socialização dos riscos inerentes à vida em sociedade, redistribuindo os efeitos das contingências entre grupos, gerações e setores econômicos. Quando essa lógica é substituída por modelos minimalistas de proteção, o risco deixa de ser social e passa a ser privatizado, aprofundando desigualdades já existentes (CASTILHO, 2018, p. 101).

Nos benefícios por incapacidade, essa discussão assume contornos ainda mais sensíveis. A legislação previdenciária reconhece que a incapacidade não se limita à impossibilidade clínica de exercer determinada função, mas envolve a efetiva impossibilidade de obtenção de meios dignos de subsistência.

A análise previdenciária deve considerar idade, escolaridade, contexto social, histórico laboral e possibilidades reais de reabilitação. No caso do sofrimento psíquico, a reinserção no mercado de trabalho esbarra frequentemente em estigmas, discriminações e na precariedade estrutural das políticas públicas de reabilitação profissional, tornando insuficiente uma avaliação meramente técnica ou abstrata (SARLET, 2019, p. 312).

A jurisprudência previdenciária tem avançado, ainda que de forma tímida, no reconhecimento da dimensão ampliada da incapacidade. A compreensão de que a incapacidade constitui fenômeno multidimensional, que ultrapassa o diagnóstico médico, aproxima o Direito Previdenciário de sua função constitucional de proteção integral. Esse entendimento dialoga diretamente com a saúde mental, ao reconhecer que o retorno ao trabalho não depende apenas da cessação de sintomas, mas da existência de condições sociais concretas de acolhimento, suporte e dignidade, frequentemente inexistentes no contexto brasileiro contemporâneo (SILVA, 2019, p. 228).

Nesse cenário, consolida-se o argumento central deste artigo. Quando a Rede de Atenção Psicossocial falha e o Sistema Único de Saúde não assegura cuidado contínuo, o sistema previdenciário passa a funcionar como instância de contenção do colapso social. O benefício por incapacidade assume caráter compensatório e tardio, administrando os efeitos finais de um adoecimento produzido por um modelo econômico excludente. Defender o Direito Previdenciário como extensão existencial do direito à saúde implica recolocá-lo em seu lugar constitucional adequado, como parte de um sistema integrado de proteção, e não como substituto do cuidado.

Esse contexto evidencia uma contradição central entre a normatividade humanizadora da Reforma Psiquiátrica e a realidade concreta de desestruturação das políticas públicas de saúde mental no Brasil. A Lei nº 10.216/2001 instituiu um paradigma ético fundado no cuidado em liberdade, na centralidade da pessoa em sofrimento psíquico e na superação da lógica manicomial. Contudo, a fragilização progressiva da Rede de Atenção Psicossocial, marcada por subfinanciamento, descontinuidade e precarização dos serviços, produziu um hiato persistente entre a promessa jurídica e sua efetivação material. Esse hiato não é acidental. Ele decorre de escolhas políticas reiteradas que rebaixam a saúde mental a um campo secundário da proteção social.

Os efeitos desse desmonte ultrapassam o âmbito sanitário. A ausência de cuidado contínuo e territorial reorganiza o destino institucional do sofrimento psíquico, que deixa de ser enfrentado como questão de saúde pública e passa a ser administrado por mecanismos compensatórios. Nesse movimento, o sofrimento mental é deslocado do campo do cuidado para o campo da previdência social. O benefício por incapacidade passa a operar como resposta tardia a um processo de adoecimento socialmente produzido, revelando a transformação do Direito Previdenciário em instância residual de contenção de um colapso anterior.

É nesse ponto que se estrutura a problemática central do artigo. Questiona-se em que medida a inefetividade das políticas públicas de saúde mental, especialmente da Rede de Atenção Psicossocial, tem convertido o sistema previdenciário em substituto do cuidado estatal, comprometendo a promessa constitucional de proteção integral da dignidade da pessoa humana. Trata-se de indagar se a previdência social vem sendo chamada a responder por um vazio deliberadamente produzido pela retração do Estado Social, assumindo funções que não lhe são originárias.

A relevância dessa discussão reside no fato de que ela revela um deslocamento estrutural das funções da seguridade social. Quando a saúde mental falha, a previdência passa a administrar os efeitos finais do adoecimento, sem enfrentar suas causas sociais. Esse arranjo distorce a arquitetura constitucional da seguridade, fragiliza a lógica solidária do sistema e reduz a dignidade humana a uma compensação mínima diante da incapacidade já instalada.

O objetivo geral do artigo consiste em analisar criticamente a relação entre o colapso das políticas públicas de saúde mental e a expansão das demandas previdenciárias por incapacidade decorrente de sofrimento psíquico. Busca-se demonstrar que esse fenômeno expressa uma inversão funcional da previdência social, que passa a operar como mecanismo de gestão do dano socialmente produzido, e não como parte de um sistema integrado de proteção voltado à prevenção e ao cuidado.

Como objetivos específicos, pretende-se examinar o conteúdo normativo e ético da Lei nº 10.216/2001 e da Reforma Psiquiátrica brasileira, evidenciando sua promessa humanizadora. Analisa-se, em seguida, o processo de desmonte da Rede de Atenção Psicossocial e seus impactos sobre o acesso ao cuidado. Na sequência, investiga-se o deslocamento do sofrimento psíquico para o campo previdenciário, com ênfase no benefício por incapacidade como resposta tardia à falência das políticas de saúde mental. Por fim, propõe-se a reconstrução do sofrimento psíquico como risco social constitucionalmente relevante, recolocando o Direito Previdenciário em seu lugar sistêmico adequado.

O estudo adota método teórico, com abordagem qualitativa, de natureza jurídico-crítica e interdisciplinar. A análise articula Direito Constitucional, Direito Previdenciário, Saúde Coletiva e Teoria Social Crítica, orientando-se por uma perspectiva dialética que permite apreender as contradições entre norma e realidade. A metodologia consiste em pesquisa bibliográfica e documental, com análise de legislação, doutrina e produção teórica crítica, sem pretensão empírica, mas com rigor conceitual e normativo.

Do ponto de vista metodológico, a pesquisa organiza-se a partir da análise dogmático-normativa do Direito Constitucional e Previdenciário, combinada com leitura jurídico-crítica de documentos institucionais oficiais. O corpus documental é composto por legislação constitucional e infraconstitucional, relatórios técnicos de órgãos públicos e entidades científicas, bem como dados administrativos produzidos por instituições estatais. As fontes foram selecionadas segundo critérios de relevância normativa, institucional e temática, priorizando documentos com incidência direta sobre saúde mental, seguridade social e benefícios por incapacidade. A articulação entre essas fontes permite examinar as contradições entre o desenho normativo da proteção social e sua efetivação material.

Embora o estudo não produza dados empíricos primários, realiza análise crítica de dados empíricos secundários, extraídos de relatórios oficiais e bases administrativas públicas. Trata-se, portanto, de investigação teórica com suporte empírico institucional, voltada à interpretação jurídica dos efeitos sociais e previdenciários do adoecimento psíquico. Os dados são utilizados como evidência contextual e analítica, sem pretensão estatística, com o objetivo de sustentar a hipótese de que a inefetividade das políticas públicas de saúde mental repercute diretamente na expansão das demandas previdenciárias por incapacidade.

O recorte temporal da análise concentra-se no período compreendido entre 2012 e 2024, intervalo que abrange a consolidação normativa da Rede de Atenção Psicossocial, o processo de retração do financiamento da saúde mental e a intensificação das concessões de benefícios por incapacidade associados a transtornos mentais. Tal delimitação temporal permite identificar tendências estruturais, evitando leituras episódicas ou conjunturais do fenômeno analisado.

Parte-se da hipótese de que a inefetividade das políticas públicas de saúde mental atua como mecanismo estrutural de produção de demandas previdenciárias, convertendo o benefício por incapacidade em refúgio institucional para sujeitos abandonados pelo sistema de cuidado. Sustenta-se que essa dinâmica desvirtua a função constitucional da previdência social e esvazia materialmente a dignidade da pessoa humana. Defender o Direito Previdenciário como extensão existencial do direito à saúde, e não como seu substituto, é condição indispensável para preservar o sentido democrático da seguridade social.

A abordagem adotada neste artigo é jurídico-crítica, orientada pela compreensão do direito como fenômeno histórico, social e político, indissociável das condições materiais de sua efetivação. A análise desenvolve-se a partir de pesquisa documental e revisão bibliográfica qualificada, com exame sistemático da Constituição Federal de 1988, da legislação infraconstitucional pertinente à saúde mental e à seguridade social, bem como de relatórios institucionais, dados administrativos e produção teórica crítica nas áreas do Direito Constitucional, Direito Previdenciário, Saúde Coletiva e Teoria Social. O recorte temporal concentra-se no período posterior à promulgação da Lei nº 10.216/2001, com especial atenção aos processos de fragilização da Rede de Atenção Psicossocial intensificados a partir da década de 2010, permitindo analisar o deslocamento progressivo do sofrimento psíquico do campo do cuidado para o campo previdenciário. Tal método possibilita evidenciar as contradições entre a normatividade humanizadora do ordenamento jurídico e a realidade concreta das políticas públicas, situando o sofrimento psíquico como risco social estrutural e recolocando o Direito Previdenciário em seu lugar constitucional adequado no interior da seguridade social.

A abordagem adotada é interdisciplinar, articulando categorias do Direito Constitucional e Previdenciário com aportes da Saúde Coletiva e da Teoria Social Crítica. Autores do campo sanitário contribuem para a compreensão do cuidado em saúde mental e da Reforma Psiquiátrica, enquanto a sociologia crítica do trabalho e da modernidade fornece instrumentos para interpretar a produção social do sofrimento psíquico. No plano jurídico, a análise dogmática é tensionada por uma leitura crítica dos direitos fundamentais e da seguridade social, permitindo apreender as contradições entre norma, política pública e realidade social.

Registra-se que a análise dialoga criticamente com discursos que atribuem a expansão das demandas previdenciárias a supostos excessos de direitos ou à patologização indevida do sofrimento psíquico. Essas leituras, frequentemente associadas a narrativas de austeridade fiscal e responsabilização individual, são aqui problematizadas à luz de dados institucionais e do marco constitucional da seguridade social. O artigo não ignora tais posições, mas as enfrenta criticamente, demonstrando suas limitações analíticas e seus impactos excludentes.

2. PROMESSA HUMANIZADORA DA LEI Nº 10.216/2001 E O DESMONTE DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS).

A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Antimanicomial, é o diploma normativo que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil. Seu núcleo normativo rompe com a tradição manicomial ao afirmar que o tratamento deve ocorrer, preferencialmente, em serviços comunitários de base territorial, assegurando a liberdade, a dignidade, a integridade física e psíquica e a convivência familiar e social do usuário. Trata-se de uma lei de direitos, não de organização administrativa, cujo foco central é o sujeito em sofrimento psíquico enquanto cidadão titular de garantias fundamentais (BRASIL, 2001; AMARANTE, 2007, p. 41).

Do ponto de vista jurídico-constitucional, a Lei nº 10.216/2001 concretiza comandos da Constituição Federal de 1988, especialmente o direito à saúde, a dignidade da pessoa humana e a vedação a tratamentos desumanos ou degradantes. A norma não extingue a internação psiquiátrica, mas a subordina a critérios rigorosos de excepcionalidade, temporalidade e controle, reconhecendo a internação como último recurso terapêutico, e não como regra. Ao deslocar o eixo do cuidado do isolamento para a atenção psicossocial em liberdade, a lei inaugura um paradigma humanizador que insere a saúde mental no campo dos direitos humanos, sociais e existenciais, vinculando o Estado ao dever de construir políticas públicas capazes de sustentar esse modelo na prática cotidiana (SARLET, 2019, p. 93; SARACENO, 2001, p. 74).

A Lei nº 10.216/2001 emerge no ordenamento jurídico brasileiro como resposta histórica a um longo ciclo de violências institucionais praticadas sob o manto do cuidado psiquiátrico. Seu surgimento não foi espontâneo nem meramente técnico. Resultou de décadas de luta do movimento antimanicomial, de trabalhadores da saúde, usuários e familiares que denunciaram o manicômio como espaço de exclusão, silenciamento e negação de direitos. A lei inaugura uma promessa humanizadora ao afirmar que o tratamento em saúde mental deve priorizar a liberdade, a dignidade e a inserção social da pessoa em sofrimento psíquico (AMARANTE, 2007, p. 43).

Ao deslocar o eixo do cuidado da internação compulsória para os serviços comunitários, a Lei nº 10.216/2001 redefine o estatuto jurídico do sujeito em sofrimento mental. Ele deixa de ser objeto de tutela e passa a ser reconhecido como sujeito de direitos. Essa inflexão normativa representa um avanço civilizatório, pois rompe com a lógica de segregação e afirma a centralidade da pessoa, de sua história e de seus vínculos sociais como elementos indissociáveis do cuidado (BASAGLIA, 2005, p. 37).

A promessa da lei, no entanto, não se sustenta apenas no texto normativo. Sua efetividade depende da construção de uma rede pública capaz de materializar o cuidado em liberdade. É nesse contexto que se estrutura a Rede de Atenção Psicossocial, concebida como eixo organizador da política de saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde. A RAPS articula serviços territoriais, intersetoriais e de base comunitária, com o objetivo de garantir cuidado contínuo, integral e humanizado (SARACENO, 2001, p. 82).

A Rede de Atenção Psicossocial não é mero arranjo administrativo. Ela constitui a dimensão prática da Reforma Psiquiátrica. CAPS, atenção básica, serviços residenciais terapêuticos, leitos em hospitais gerais e dispositivos de reabilitação psicossocial compõem um desenho que pressupõe investimento público, gestão qualificada e compromisso político com os direitos humanos. Sem essa estrutura, a Lei nº 10.216/2001 torna-se letra morta (AMARANTE, 2007, p. 61).

Entretanto, nas últimas décadas, observa-se um processo contínuo de desmonte da RAPS. O subfinanciamento crônico, a descontinuidade das políticas públicas e a valorização de modelos hospitalocêntricos fragilizam a rede e comprometem sua capacidade de resposta. Esse movimento não é neutro. Ele expressa escolhas políticas alinhadas à lógica neoliberal, que reduz o papel do Estado e trata o cuidado em saúde como custo, e não como direito (OLIVEIRA, 2022, p. 145).

O enfraquecimento da RAPS produz efeitos concretos na vida das pessoas em sofrimento psíquico. A ausência de serviços territoriais suficientes gera filas, desassistência e recorrência de crises. Em vez de cuidado contínuo, instala-se um circuito de abandono, urgências repetidas e medicalização excessiva. A promessa de cuidado em liberdade cede lugar à precarização do existir (LAMENHA, 2013, p. 97).

Nesse cenário, o desmonte da Rede de Atenção Psicossocial opera como forma indireta de reinstitucionalização. Ainda que os manicômios clássicos não sejam retomados em sua forma original, a exclusão se reconfigura por meio da falta de acesso, da internação como única alternativa e da transferência do sofrimento para outras políticas, como a assistência social e a previdência. O manicômio deixa de ser prédio e passa a ser política ausente (FERNANDES, 2018, p. 119).

Assim, a tensão entre a promessa humanizadora da Lei nº 10.216/2001 e o desmonte da RAPS revela um conflito estrutural entre projeto constitucional e prática estatal. A lei afirma direitos, mas a política pública os nega na materialidade do cotidiano. Compreender essa contradição é fundamental para evidenciar que a crise da saúde mental no Brasil não decorre da Reforma Psiquiátrica, mas de sua sistemática sabotagem, em nome de uma racionalidade econômica que insiste em tratar vidas como números e o sofrimento como falha individual.

A Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, é o ato normativo que institui formalmente a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ela nasce para dar concretude à Lei nº 10.216/2001. Se a lei define direitos e um novo paradigma de cuidado, a portaria organiza como esse cuidado deve acontecer na prática, no cotidiano dos serviços públicos de saúde mental.

De forma didática, a Portaria nº 3.088/2011 estabelece que a saúde mental não pode ser tratada como política isolada ou restrita a serviços especializados. Ao contrário, ela deve funcionar em rede, articulando diferentes pontos de atenção, desde a atenção básica até os serviços de maior complexidade. A lógica que sustenta a portaria é a do cuidado contínuo, territorial e integral, rompendo com o modelo fragmentado e hospitalocêntrico que marcou historicamente a assistência psiquiátrica no Brasil.

A RAPS, conforme definida pela portaria, é composta por vários níveis de cuidado, cada um com funções específicas e complementares. Integram essa rede a atenção básica em saúde, os Centros de Atenção Psicossocial em suas diversas modalidades, os serviços de urgência e emergência, os leitos de saúde mental em hospitais gerais, os serviços residenciais terapêuticos, as unidades de acolhimento e os dispositivos de reabilitação psicossocial. A ideia central é que nenhuma pessoa em sofrimento psíquico fique restrita a um único serviço ou seja abandonada após episódios de crise.

Um dos aspectos mais relevantes da Portaria nº 3.088/2011 é a centralidade do território. O cuidado deve ocorrer, preferencialmente, no espaço onde a pessoa vive, constrói vínculos e produz sua existência. Isso significa reconhecer que o sofrimento psíquico não se esgota no diagnóstico clínico, mas se relaciona com condições de moradia, trabalho, renda, relações familiares e pertencimento comunitário. A portaria, portanto, desloca o cuidado do isolamento institucional para a vida em comunidade.

A portaria também reafirma o caráter substitutivo dos CAPS em relação ao hospital psiquiátrico. Esses serviços não são pensados como ambulatorios tradicionais, mas como espaços de acolhimento, acompanhamento longitudinal e construção compartilhada do projeto terapêutico. O CAPS passa a ser um ponto estratégico da rede, responsável por evitar internações desnecessárias e sustentar o cuidado em liberdade, em consonância direta com a Lei nº 10.216/2001.

Outro elemento central da Portaria GM/MS nº 3.088/2011 é a integração da saúde mental com outras políticas públicas. A RAPS pressupõe articulação com a assistência social, a educação, o trabalho, a habitação e a previdência. Essa diretriz reconhece que o cuidado em saúde mental não se resolve apenas com intervenções clínicas, mas exige respostas sociais amplas, capazes de enfrentar as múltiplas dimensões do sofrimento psíquico.

Do ponto de vista jurídico-político, a portaria representa um avanço significativo porque transforma o cuidado em liberdade em diretriz administrativa obrigatória, vinculando gestores federais, estaduais e municipais. Ela impõe responsabilidades ao Estado, especialmente no planejamento, financiamento e manutenção dos serviços, e afasta a ideia de que a Reforma Psiquiátrica seria apenas uma orientação ética ou ideológica sem força normativa.

Entretanto, a efetividade da Portaria nº 3.088/2011 depende diretamente de vontade política e financiamento adequado. Quando a rede não é expandida, quando serviços são sucateados ou descontinuados, o que se observa não é falha da portaria, mas seu esvaziamento prático. Nesse contexto, compreender o conteúdo e a função da Portaria GM/MS nº 3.088/2011 é fundamental para evidenciar que o desmonte da RAPS não é um problema técnico, mas uma escolha política que fragiliza direitos, reatualiza lógicas manicomiais e compromete a promessa humanizadora inscrita na Lei nº 10.216/2001.

A Lei nº 10.216/2001 não pode ser compreendida de forma isolada no ordenamento jurídico brasileiro. Ela dialoga diretamente com a arquitetura normativa do Sistema Único de Saúde, especialmente com a Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que estrutura o SUS e define a saúde como direito de todos e dever do Estado. É nesse solo constitucional e infraconstitucional que a Reforma Psiquiátrica se ancora. A Lei nº 10.216/2001 especifica, no campo da saúde mental, aquilo que a Lei nº 8.080/1990 estabelece de forma geral, ou seja, a obrigação estatal de organizar políticas públicas universais, integrais e equânimes, voltadas à proteção da vida e da dignidade humana (BRASIL, 1990; BRASIL, 2001).

A Lei nº 8.080/1990 define o SUS como um sistema público, descentralizado e regionalizado, orientado por três princípios básicos que estruturam toda a política de saúde no Brasil. O primeiro deles é a universalidade, que assegura que toda pessoa, sem qualquer forma de discriminação, tem direito de acesso às ações e serviços de saúde. No campo da saúde mental, esse princípio impede que o cuidado seja condicionado à gravidade do diagnóstico, à capacidade contributiva ou à existência de vínculos formais de trabalho, reafirmando que o sofrimento psíquico é matéria de interesse público e não um problema privado (PAIM, 2018, p. 67).

O segundo princípio é o da integralidade, que orienta o SUS a oferecer cuidado que não se limite a procedimentos isolados ou intervenções pontuais. A integralidade reconhece que o processo saúde-doença é determinado por fatores biológicos, psicológicos e sociais, exigindo respostas contínuas e articuladas. A Lei nº 10.216/2001 se insere diretamente nessa lógica ao afirmar que o tratamento em saúde mental deve considerar a pessoa em sua totalidade, priorizando estratégias de cuidado em liberdade, no território e em articulação com outras políticas sociais, e não apenas a contenção de crises por meio da internação (AMARANTE, 2007, p. 45).

O terceiro princípio estruturante do SUS é a equidade. Diferentemente da igualdade formal, a equidade reconhece que grupos sociais distintos enfrentam desigualdades históricas e estruturais que exigem respostas diferenciadas do Estado. No campo da saúde mental, isso significa reconhecer que pessoas em sofrimento psíquico grave, usuários de álcool e outras drogas, populações em situação de rua e trabalhadores precarizados demandam políticas específicas e intensivas. A RAPS se organiza justamente a partir desse princípio, ao estruturar serviços voltados para diferentes níveis de complexidade e vulnerabilidade (PAIM, 2018, p. 71).

É nesse marco que a Portaria GM/MS nº 3.088/2011 se apresenta como instrumento normativo fundamental. Ela não cria direitos novos, mas regulamenta e operacionaliza direitos já previstos na Constituição Federal, na Lei nº 8.080/1990 e na Lei nº 10.216/2001. A portaria institui formalmente a Rede de Atenção Psicossocial como parte integrante das Redes de Atenção à Saúde do SUS, reconhecendo que a saúde mental deve ser organizada de forma articulada, contínua e territorializada, e não como política fragmentada ou residual (BRASIL, 2011).

A articulação entre essas normas é aprofundada pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990. Esse decreto define conceitos centrais como região de saúde, rede de atenção à saúde, portas de entrada e responsabilidades dos entes federativos. Ao estabelecer que o cuidado deve ser regionalizado, integrado e pactuado entre União, estados e municípios, o decreto cria as bases administrativas e jurídicas para a existência da RAPS, reforçando que o acesso à saúde mental não pode depender da capacidade isolada de um único serviço ou município (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, a RAPS deve ser compreendida como uma rede viva, construída a partir da lógica do território e da circulação do usuário pelos diferentes pontos de atenção. A atenção básica funciona como porta de entrada preferencial, os CAPS sustentam o cuidado contínuo e substitutivo à internação psiquiátrica, os serviços de urgência atendem momentos de crise, e os dispositivos residenciais e de reabilitação psicossocial garantem a reconstrução de projetos de vida. Esse desenho concretiza, na prática, os princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS (SARACENO, 2001, p. 84).

O problema central emerge quando esse arcabouço normativo não é acompanhado de financiamento adequado e de compromisso político. O desmonte da RAPS representa, simultaneamente, a violação da Lei nº 10.216/2001, da Lei nº 8.080/1990 e do Decreto nº 7.508/2011. Quando a rede não funciona, a universalidade se converte em exclusão, a integralidade se reduz a atendimentos fragmentados e a equidade é substituída pela lógica da seletividade e da emergência permanente (OLIVEIRA, 2022, p. 149).

Assim, a tensão entre a promessa humanizadora da Reforma Psiquiátrica e o desmonte da RAPS não é apenas sanitária. Ela é constitucional, jurídica e política. Defender a Lei nº 10.216/2001 implica defender o SUS em sua integralidade, seus princípios estruturantes e seu modelo de redes de atenção. O esvaziamento da RAPS não revela falhas técnicas, mas escolhas políticas que corroem o projeto constitucional de saúde como direito social e empurram o sofrimento psíquico para circuitos de exclusão, medicalização e reinstitucionalização, agora sob novas e mais silenciosas formas.

A compreensão do distanciamento entre a promessa normativa da Reforma Psiquiátrica e sua efetivação material exige o reconhecimento de que a Rede de Atenção Psicossocial somente se concretiza quando existe, de fato, uma rede estruturada, financiada e funcional. A Portaria GM/MS nº 3.088/2011 define a RAPS como um arranjo integrado de pontos de atenção, voltado à substituição progressiva do hospital psiquiátrico por serviços territoriais, comunitários e intersetoriais. Quando esse arranjo se fragiliza, não ocorre apenas uma falha administrativa, mas o comprometimento direto da eficácia dos direitos assegurados pela Lei nº 10.216/2001.

Nesse contexto, o Relatório da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), publicado em 2024 e apresentado ao Conselho Nacional de Saúde, fornece um diagnóstico estrutural relevante. O documento aponta que os principais entraves do SUS contemporâneo residem no subfinanciamento crônico, na fragilidade da regionalização e na precarização da gestão do trabalho em saúde. Tais fatores afetam de maneira particularmente intensa as redes de atenção, como a RAPS, cuja lógica depende de articulação territorial, continuidade assistencial e capacidade instalada distribuída regionalmente (ABRASCO, 2024).

A análise quantitativa do financiamento da saúde mental reforça esse diagnóstico. Estudos de base documental demonstram que os valores de custeio federal destinados aos CAPS foram fixados, em sua maioria, em 2011, com ajustes pontuais até 2013, sem atualização compatível com a inflação nos anos subsequentes. Considerando a inflação acumulada entre 2011 e 2022, estimada em 91,16%, verifica-se perda real significativa no financiamento dos serviços, chegando a aproximadamente 50% no caso do CAPS I, quando considerados valores corrigidos (UFSC, 2023, p. 47).

A mesma série histórica indica que, entre 2012 e 2022, os valores de custeio federal dos CAPS, quando analisados em termos reais, apresentaram redução progressiva, culminando em 2022 com patamares cerca de 13,67% inferiores aos registrados no início do período. Essa retração financeira compromete diretamente a capacidade dos serviços de manter equipes completas, funcionamento em tempo integral e estratégias territoriais de cuidado, afetando o princípio da integralidade previsto na Lei nº 8.080/1990 (UFSC, 2023, p. 47–48).

Outro dado relevante diz respeito à participação da saúde mental no orçamento global da saúde. Registros oficiais apontam que essa participação caiu de aproximadamente 2,1% em 2013 para cerca de 1,6% em 2016, com manutenção de patamares reduzidos nos anos seguintes. Essa diminuição relativa evidencia o rebaixamento político da saúde mental na agenda pública e impacta diretamente a capacidade da RAPS de operar como rede substitutiva ao modelo hospitalocêntrico (UFSC, 2023, p. 49).

As consequências desse processo tornam-se visíveis quando analisados os dados previdenciários. Informações institucionais do INSS indicam que, apenas em 2023, foram concedidos aproximadamente 288 mil benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais, considerando benefícios temporários e permanentes (BRASIL, 2024). Esses números sinalizam que o sofrimento psíquico vem sendo progressivamente absorvido pela Previdência Social como resposta à insuficiência das políticas de cuidado em saúde mental.

A tendência de crescimento se intensifica nos anos seguintes. Dados oficiais do Ministério da Previdência Social indicam que os benefícios por incapacidade temporária associados à saúde mental passaram de cerca de 201 mil em 2022 para aproximadamente 472 mil em 2024, representando aumento superior a 130% no período. Esse crescimento não pode ser interpretado apenas como maior incidência de transtornos mentais, mas como expressão direta da falha estrutural das políticas públicas de prevenção, cuidado contínuo e reabilitação psicossocial, que desloca para a Previdência Social a gestão de um sofrimento socialmente produzido (BRASIL, Ministério da Previdência Social, 2024).

Nesse cenário, a Previdência Social passa a operar como instância compensatória diante da insuficiência da RAPS. Embora os benefícios por incapacidade desempenhem papel essencial de proteção social, sua ampliação contínua revela uma inversão da lógica constitucional. O sistema previdenciário, concebido para cobrir riscos sociais quando a capacidade laboral é comprometida, passa a absorver demandas que deveriam ser enfrentadas prioritariamente no campo da saúde pública, conforme previsto na Constituição Federal e na Lei nº 8.080/1990.

Dessa forma, o desmonte da RAPS produz efeitos sistêmicos que extrapolam o campo da saúde. Ele tensiona a Previdência Social, compromete a sustentabilidade da seguridade social e reforça trajetórias de exclusão e cronificação do adoecimento. A ausência de cuidado territorial efetivo desloca o sofrimento psíquico para circuitos burocráticos e compensatórios, revelando que a crise da saúde mental no Brasil não decorre da Reforma Psiquiátrica em si, mas da recusa estatal em sustentá-la materialmente, com impactos diretos sobre todo o sistema de proteção social.

A precarização da Rede de Atenção Psicossocial tem sido identificada por relatórios técnicos como um dos principais fatores de agravamento do adoecimento mental relacionado ao trabalho e à exclusão social. O Relatório ABRASCO de 2024 aponta que a insuficiência de serviços territoriais, a fragilidade da atenção continuada e o desfinanciamento da saúde mental produzem trajetórias de adoecimento prolongado, com impactos diretos na capacidade laboral da população economicamente ativa. Segundo o documento, a ausência de cuidado oportuno transforma sofrimento psíquico tratável em incapacidade persistente, deslocando a resposta estatal para o campo previdenciário (ABRASCO, 2024, p. 21 - 22.).

Esse deslocamento compromete a lógica constitucional da seguridade social. A Constituição Federal estabelece a saúde como direito fundamental e a previdência como proteção diante de riscos sociais específicos. No entanto, estudos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada indicam que, diante da falha das políticas preventivas, a Previdência Social passa a absorver demandas que deveriam ser enfrentadas no âmbito da saúde pública. Esse fenômeno é descrito como “previdenciáriação do sofrimento social”, no qual benefícios por incapacidade operam como compensação tardia à ausência de políticas estruturantes de cuidado (IPEA, 2022, p. 38).

Os dados administrativos do Instituto Nacional do Seguro Social reforçam essa dinâmica. Em 2023, aproximadamente 288 mil benefícios por incapacidade foram concedidos em razão de transtornos mentais e comportamentais, considerando auxílios temporários e aposentadorias por incapacidade permanente. O próprio INSS reconhece que os transtornos mentais figuram entre as principais causas de afastamento do trabalho, superando, em determinados segmentos, doenças osteomusculares tradicionais (BRASIL, Instituto Nacional do Seguro Social, 2023).

A tendência de crescimento desses afastamentos é confirmada por dados consolidados pelo Ministério da Previdência Social e divulgados em parceria com organismos internacionais. Entre 2022 e 2024, os benefícios por incapacidade temporária relacionados à saúde mental passaram de cerca de 201 mil para aproximadamente 472 mil concessões, representando aumento superior a 130% no período. Relatórios analíticos apontam que esse crescimento está associado à precarização das condições de trabalho e à insuficiência das redes públicas de cuidado em saúde mental (BRASIL, Ministério da Previdência Social, 2024).

A literatura especializada destaca que a ausência de acompanhamento psicossocial contínuo dificulta a reabilitação funcional e o retorno ao trabalho. Estudos do Conselho Nacional de Saúde indicam que trabalhadores afastados por transtornos mentais permanecem, em média, mais tempo em benefícios previdenciários quando não há articulação entre RAPS, atenção básica e políticas de reabilitação profissional. Essa desarticulação aumenta a probabilidade de conversão de benefícios temporários em aposentadorias por incapacidade permanente, elevando o custo previdenciário de forma estrutural (CNS, 2023, p. 52).

Do ponto de vista fiscal, relatórios do Tribunal de Contas da União alertam que a utilização da Previdência Social como mecanismo indireto de compensação das falhas do SUS resulta em aumento progressivo e evitável das despesas públicas. O TCU ressalta que investimentos em atenção primária, saúde mental comunitária e prevenção apresentam melhor custo-benefício quando comparados ao pagamento prolongado de benefícios por incapacidade, especialmente em casos relacionados a transtornos mentais comuns e moderados (TCU, 2022, p. 71).

Nesse contexto, o Direito Previdenciário passa a operar como instrumento de saneamento de problemas estruturais que deveriam ser prevenidos enquanto direitos fundamentais garantidos. Relatórios do IPEA e da ABRASCO convergem ao afirmar que a sobrecarga previdenciária não decorre de ampliação excessiva de direitos, mas da falha estatal em assegurar políticas públicas eficazes de saúde mental. A manutenção desse modelo transfere para a Previdência o ônus financeiro e social do adoecimento coletivo, onerando os cofres públicos e esvaziando o projeto constitucional de proteção integral, ao substituir o cuidado pelo benefício e a prevenção pela compensação monetária (IPEA, 2022, p. 41; ABRASCO, 2024).

A literatura técnico-institucional tem demonstrado que a insuficiência da Rede de Atenção Psicossocial impacta de forma direta a duração e a recorrência dos benefícios previdenciários por incapacidade. Relatório do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada destaca que a ausência de acompanhamento psicossocial longitudinal, especialmente no período pós-crise, eleva significativamente as chances de recaída e de novos afastamentos laborais. Esse fenômeno gera ciclos repetidos de concessão de benefícios temporários, onerando progressivamente o orçamento previdenciário e dificultando estratégias efetivas de reabilitação e retorno ao trabalho (IPEA, 2022, p. 44).

No mesmo sentido, estudos do Conselho Nacional de Saúde indicam que a fragilização da RAPS compromete a função preventiva da política de saúde mental, deslocando o foco da intervenção precoce para a gestão das consequências do adoecimento já instalado. O CNS aponta que municípios com menor cobertura de CAPS e de serviços territoriais apresentam maior incidência de afastamentos previdenciários por transtornos mentais, o que evidencia a correlação entre cobertura assistencial insuficiente e aumento da demanda previdenciária (CNS, 2023, p. 55).

A sobrecarga previdenciária decorrente desse cenário também tem sido objeto de análise por órgãos de controle. O Tribunal de Contas da União observa que a expansão dos gastos com benefícios por incapacidade relacionados à saúde mental não tem sido acompanhada por investimentos proporcionais em políticas de prevenção e cuidado no âmbito do SUS. O relatório ressalta que essa assimetria compromete a eficiência do gasto público, uma vez que a resposta previdenciária, embora necessária, possui caráter reparatório e custo acumulativo superior ao das políticas de atenção psicossocial territorializadas (TCU, 2022, p. 73).

Além do impacto fiscal direto, a literatura aponta efeitos indiretos relevantes. Relatórios do Ministério da Previdência Social indicam que afastamentos prolongados por transtornos mentais estão associados à perda de vínculos formais de trabalho, à redução da renda ao longo do ciclo de vida e à maior dependência de políticas assistenciais. Essa dinâmica reforça trajetórias de vulnerabilidade social e amplia a pressão sobre o conjunto da seguridade social, demonstrando que a precarização da RAPS produz efeitos sistêmicos que extrapolam o campo da saúde (BRASIL, Ministério da Previdência Social, 2023).

Dessa forma, os dados oficiais convergem para a compreensão de que a Previdência Social vem sendo utilizada como mecanismo compensatório diante da falha estrutural das políticas públicas de saúde mental. A manutenção desse modelo reativo transfere para o sistema previdenciário a responsabilidade por mitigar danos que deveriam ser prevenidos enquanto direito fundamental à saúde. Tal dinâmica não apenas onera os cofres públicos, como esvazia a lógica constitucional da proteção social integrada, convertendo o benefício previdenciário em resposta tardia a um sofrimento que poderia ser significativamente reduzido por meio do fortalecimento efetivo da Rede de Atenção Psicossocial (ABRASCO, 2024; IPEA, 2022, p. 46).

A articulação entre direitos humanos, direitos fundamentais e direitos existenciais revela que a saúde mental não pode ser compreendida como dimensão acessória da política pública, mas como elemento estruturante da própria dignidade da pessoa humana. A Constituição Federal de 1988 estabelece a vida digna como valor fundante do Estado Democrático de Direito, o que implica garantir não apenas a sobrevivência material, mas condições psíquicas, sociais e simbólicas de existência. A saúde mental, nesse sentido, integra o núcleo essencial do direito à saúde e se projeta como pressuposto para o exercício da cidadania, do trabalho e da autonomia pessoal, conforme apontam as leituras contemporâneas dos direitos fundamentais sociais (SARLET, 2019, p. 95; CANOTILHO, 2018, p. 402).

Quando a política pública de saúde mental se mostra insuficiente, o que se observa é a violação em cadeia desses direitos. A precarização da Rede de Atenção Psicossocial compromete o direito fundamental à saúde, fragiliza o direito existencial ao projeto de vida e reconfigura o sofrimento psíquico como risco social permanente. Relatórios institucionais indicam que a ausência de cuidado territorial contínuo transforma experiências de sofrimento potencialmente reversíveis em trajetórias de exclusão, afastamento laboral e dependência prolongada de mecanismos compensatórios do Estado (ABRASCO, 2024; IPEA, 2022, p. 41).

Nesse contexto, o Direito Previdenciário assume papel ambíguo. Por um lado, cumpre função essencial de proteção social ao assegurar renda e subsistência ao trabalhador cuja capacidade laboral foi comprometida. Por outro, passa a operar como instância substitutiva de políticas públicas que deveriam atuar de forma preventiva e integrada. A ampliação expressiva dos benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais evidencia que a previdência vem sendo acionada para sanar falhas estruturais da saúde pública, deslocando para o campo previdenciário responsabilidades que pertencem, originariamente, ao direito à saúde (BRASIL, Ministério da Previdência Social, 2023).

Essa dinâmica produz impactos relevantes sobre a sustentabilidade da seguridade social e sobre o próprio sentido democrático da proteção social. O uso recorrente da previdência como resposta tardia ao adoecimento psíquico não apenas onera os cofres públicos, como também reforça processos de cronificação do sofrimento e exclusão do mercado de trabalho. Estudos de órgãos de controle e pesquisa indicam que a ausência de articulação entre RAPS, atenção básica e políticas de reabilitação profissional reduz significativamente as chances de retorno laboral, ampliando o tempo de permanência em benefícios e comprometendo a lógica contributiva e solidária do sistema previdenciário (TCU, 2022, p. 73; CNS, 2023, p. 55).

Diante desse cenário, torna-se evidente que a efetivação dos direitos humanos, fundamentais e existenciais exige a reorientação das políticas públicas a partir de uma lógica integrada de cuidado, prevenção e proteção social. Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial não constitui apenas medida sanitária, mas estratégia constitucional de racionalização do gasto público, de preservação da dignidade humana e de sustentabilidade da Previdência Social. A crise da saúde mental no Brasil, portanto, não é resultado do excesso de direitos, mas da recusa histórica em garanti-los plenamente, convertendo o sofrimento psíquico em problema previdenciário quando deveria ser enfrentado, prioritariamente, como direito fundamental à saúde e à existência digna.

3. SAÚDE MENTAL E PREVIDÊNCIA SOCIAL: QUANDO O CUIDADO FALHA E O BENEFÍCIO TORNA-SE REFÚGIO.

O Direito do Trabalho e o Direito Previdenciário integram um mesmo sistema constitucional de proteção social. Não se tratam de ramos isolados, mas de dimensões complementares da seguridade social, concebidas para atuar de forma contínua ao longo da vida laboral e existencial do cidadão. O trabalho gera renda, a renda viabiliza contribuição, e a contribuição sustenta o sistema previdenciário que protege o próprio trabalhador quando o trabalho deixa de ser possível (BRASIL, 1988, arts. 7º e 194; DELGADO, 2018, p. 201).

O vínculo entre esses ramos é material e financeiro. A Previdência Social é sustentada majoritariamente pelas contribuições dos trabalhadores ativos, dos empregadores e das pessoas em idade economicamente ativa que participam do sistema contributivo. Trata-se de um modelo baseado na solidariedade intergeracional, no qual quem trabalha hoje financia a proteção de quem está aposentado ou incapacitado, na expectativa legítima de também ser protegido no futuro (SARLET, 2019, p. 91; CANOTILHO, 2003, p. 409).

Do ponto de vista jurídico, essa interligação revela que o Direito do Trabalho não se encerra na relação contratual. Ao garantir salário, jornada, estabilidade mínima e proteção contra riscos ocupacionais, ele assegura a base material da contribuição previdenciária. A precarização do trabalho, por sua vez, compromete diretamente o financiamento da Previdência, pois reduz vínculos formais, salários e capacidade contributiva, fragilizando o próprio fundo público de proteção social (DELGADO, 2018, p. 207; ANTUNES, 2018, p. 56).

A Previdência Social funciona como fundo público de repartição simples. As contribuições arrecadadas não são capitalizadas individualmente, mas redistribuídas de forma imediata para o pagamento de benefícios. Esse modelo pressupõe equilíbrio entre população economicamente ativa e beneficiários. Quando o mercado de trabalho se deteriora, com desemprego estrutural, informalidade e adoecimento, esse equilíbrio se rompe e o sistema passa a operar sob tensão permanente (IBGE, 2022; SARLET, 2019, p. 93).

A saúde mental insere-se diretamente nesse ciclo. O adoecimento psíquico afasta trabalhadores do mercado de trabalho, reduz a base contributiva e amplia a demanda por benefícios por incapacidade. Assim, a falha das políticas públicas de saúde mental não impacta apenas o indivíduo, mas compromete o

financiamento da seguridade social como um todo, deslocando para a Previdência a gestão de riscos que deveriam ser prevenidos no campo do cuidado (AMARANTE, 2017, p. 104; SARACENO, 2001, p. 61).

Quando o Estado não garante condições dignas de trabalho, prevenção de adoecimentos e cuidado contínuo em saúde, o benefício previdenciário passa a substituir políticas públicas ausentes. A Previdência deixa de cumprir função transitória e passa a operar como mecanismo permanente de contenção da exclusão social. Esse fenômeno sobrecarrega o fundo previdenciário, não por excesso de direitos, mas pela ausência de proteção efetiva nas etapas anteriores do ciclo laboral (DELGADO, 2018, p. 219).

É nesse ponto que a interdependência entre Direito do Trabalho e Direito Previdenciário se revela de forma mais nítida. Um sistema trabalhista precarizado produz um sistema previdenciário fragilizado. A informalidade, a rotatividade excessiva e o adoecimento laboral reduzem arrecadação e aumentam despesas, criando um cenário de crise permanente que costuma ser interpretado, de forma equivocada, como “déficit previdenciário” (ANTUNES, 2018, p. 63; SARLET, 2019, p. 96).

A Constituição Federal não concebeu a Previdência como política restrita ao trabalhador formal, mas como direito social de todo cidadão que dela necessite. Ainda assim, seu financiamento depende centralmente da população economicamente ativa. Por isso, proteger o trabalho digno não é apenas garantir direitos individuais, mas assegurar a sustentabilidade do próprio sistema de proteção social (BRASIL, 1988, art. 194; CANOTILHO, 2003, p. 415).

A sobrecarga do fundo previdenciário, portanto, é sintoma de um Estado que falha em suas funções básicas. Quando não há políticas eficazes de saúde, trabalho e inclusão social, a Previdência é acionada como último recurso. Ela não corrige as causas do sofrimento. Apenas administra seus efeitos econômicos e sociais, funcionando como amortecedor de um modelo que produz adoecimento e exclusão (AMARANTE, 2013, p. 75; BASAGLIA, 2005, p. 36).

Assim, compreender a Previdência Social exige reconhecer sua profunda vinculação com o Direito do Trabalho e com as políticas públicas de cuidado. Onde o trabalho é protegido, a Previdência se sustenta. Onde o cuidado falha, o benefício se torna refúgio. E essa dinâmica revela, com clareza incômoda, que a crise previdenciária é, antes de tudo, uma crise do modelo de proteção social e de compromisso estatal com a dignidade humana.

A Previdência Social brasileira não se limita à proteção daqueles que trabalharam formalmente ou contribuíram de modo contínuo ao longo da vida laboral. Sua estrutura constitucional é solidária, redistributiva e integrada à seguridade social, o que a afasta de uma lógica meramente contributiva individual. A Constituição Federal de 1988 instituiu a seguridade social como sistema universal de proteção, abrangendo saúde, previdência e assistência social, com financiamento coletivo e finalidade de amparo a quem dela necessitar, conforme os riscos sociais enfrentados (BRASIL, 1988, art. 194; CANOTILHO, 2003, p. 408).

Essa concepção solidária aproxima diretamente a Previdência Social do princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde. Enquanto o SUS garante acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, independentemente de contribuição prévia, a Previdência, embora majoritariamente contributiva, opera de modo articulado com a assistência social para assegurar proteção mínima àqueles que não conseguem manter vínculo contributivo estável. Essa articulação revela que o sistema não protege apenas o trabalhador típico, mas o cidadão em situação de vulnerabilidade existencial (BRASIL, 1988, arts. 196 e 203; SARLET, 2019, p. 90).

No campo da saúde mental, essa lógica torna-se ainda mais evidente. O adoecimento psíquico frequentemente rompe trajetórias laborais, impede contribuições regulares e expõe o indivíduo a ciclos de exclusão social. Nesses casos, a proteção previdenciária e assistencial atua de forma complementar ao SUS, absorvendo demandas produzidas pela incapacidade de inserção ou permanência no trabalho. O crescimento dos afastamentos do trabalho por transtornos mentais é demonstrado de forma objetiva no relatório “Saúde Mental em Dados – 2019”, publicado pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e da Coordenação-Geral de Saúde Mental. O documento consolida informações do SUS e indica aumento consistente dos atendimentos por transtornos depressivos, ansiosos e relacionados ao estresse entre pessoas em idade economicamente ativa. O relatório destaca que esses transtornos figuram entre as principais causas de incapacidade funcional prolongada, com impacto direto sobre a permanência no trabalho e a demanda por benefícios previdenciários, evidenciando a centralidade da saúde mental no âmbito da seguridade social (BRASIL, Ministério da Saúde, *Saúde Mental em Dados*, 2019).

Outro instrumento oficial relevante é o Relatório do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN Saúde do Trabalhador (2019), também do Ministério da Saúde. Esse relatório apresenta dados específicos sobre transtornos mentais relacionados ao trabalho, reconhecidos como agravos ocupacionais. Os registros apontam crescimento das notificações de depressão, transtornos de ansiedade e reações ao

estresse associadas às condições laborais, bem como maior tempo médio de afastamento em comparação a diversas doenças físicas. O relatório evidencia que a organização do trabalho, a intensificação produtiva e a precarização das relações laborais constituem fatores determinantes do adoecimento psíquico, reforçando o nexos estrutural entre trabalho, saúde mental e incapacidade laboral (BRASIL, Ministério da Saúde, SINAN, 2019).

Complementarmente, os Relatórios de Monitoramento da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, elaborados pelo Ministério da Saúde a partir da Portaria nº 3.088/2011, indicam aumento da demanda por serviços comunitários de saúde mental e crescimento do número de usuários afastados do trabalho por sofrimento psíquico. Esses relatórios destacam dificuldades na continuidade do cuidado e na reinserção social e laboral, apontando que a insuficiência da rede contribui para a cronificação do adoecimento e para o deslocamento do problema ao campo previdenciário. Amarante dialoga diretamente com esses dados ao afirmar que a fragilidade das políticas de cuidado em liberdade transforma o benefício previdenciário em resposta substitutiva à ausência de políticas públicas eficazes de saúde mental (AMARANTE, 2017, p. 102; BRASIL, Ministério da Saúde, Relatórios RAPS, 2019).

A própria legislação previdenciária reconhece essa realidade ao prever benefícios e prestações que não exigem contribuição direta do beneficiário em sentido estrito. Benefícios como o auxílio por incapacidade temporária, a aposentadoria por incapacidade permanente e, no campo assistencial, o Benefício de Prestação Continuada, demonstram que a lógica do sistema não se reduz ao histórico contributivo individual, mas se ancora na proteção da dignidade humana frente a riscos sociais objetivos (BRASIL, Lei nº 8.213/1991; Lei nº 8.742/1993; SARLET, 2019, p. 94).

O Benefício de Prestação Continuada, previsto na Lei Orgânica da Assistência Social, é exemplo emblemático dessa solidariedade estrutural. Destina-se a pessoas com deficiência e idosos em situação de miserabilidade, independentemente de contribuição previdenciária. Muitos beneficiários apresentam sofrimento psíquico grave, associado à exclusão social, à pobreza e à ausência de cuidado em saúde mental. Assim, a seguridade social atua como última rede de proteção quando o SUS e o mercado de trabalho falham em garantir inclusão e autonomia (BRASIL, Lei nº 8.742/1993, art. 20; AMARANTE, 2013, p. 76).

Essa amplitude protetiva, embora constitucionalmente legítima, contribui para a sobrecarga do sistema previdenciário. Não se trata de desvio de finalidade, mas de consequência direta da inefetividade das políticas públicas estruturantes. Relatórios do Tribunal de Contas da União apontam que a insuficiência

de políticas preventivas em saúde e a fragilidade da rede de atenção psicossocial ampliam a demanda por benefícios assistenciais e previdenciários, deslocando para a renda substitutiva problemas que deveriam ser enfrentados no campo do cuidado (TCU, Acórdão nº 1.242/2018; SARACENO, 2001, p. 63).

A universalidade do SUS, ao garantir acesso irrestrito ao cuidado, evidencia uma contradição estrutural. O sistema de saúde é chamado a atender todos, mas opera sob subfinanciamento crônico. Quando falha, seus efeitos recaem sobre a Previdência e a Assistência Social, que passam a absorver demandas reprimidas. Dados do Conselho Nacional de Saúde demonstram que o financiamento público da saúde no Brasil permanece abaixo da média de países com sistemas universais, intensificando a transferência de responsabilidades entre políticas públicas (CNS, 2020; CANOTILHO, 2003, p. 418).

Nesse cenário, a Previdência Social assume papel de amortecedor social. Ela não resolve o sofrimento psíquico, mas impede sua conversão imediata em miséria absoluta. O benefício atua como mecanismo de sobrevivência, não como política de cuidado. Essa função ampliada tensiona o fundo previdenciário e alimenta discursos de crise fiscal, que ignoram deliberadamente as causas estruturais da sobrecarga e culpabilizam o próprio sistema de proteção social (DELGADO, 2018, p. 223).

É fundamental destacar que a sobrecarga previdenciária não decorre da universalidade ou da solidariedade do sistema, mas da ausência de efetivação integrada dos direitos sociais. Quando o Estado não garante trabalho digno, saúde mental comunitária, prevenção e reinserção social, a seguridade social é acionada em sua face mais onerosa. Trata-se de um custo político da omissão estatal, e não de um excesso de direitos concedidos à população (SARLET, 2019, p. 97; ANTUNES, 2018, p. 61).

Assim, a Previdência Social, ao integrar a lógica universal da proteção social brasileira, revela tanto sua potência quanto suas fragilidades. Sua sobrecarga expõe a falência parcial do projeto constitucional de cuidado integral. Defender a Previdência é defender o SUS, o trabalho digno e a dignidade humana como valores indissociáveis. Sem essa compreensão sistêmica, qualquer debate sobre sustentabilidade previdenciária permanecerá superficial e ideologicamente enviesado.

O relatório Saúde Mental em Dados – 2019, publicado pelo Ministério da Saúde, consolida informações do SUS e aponta crescimento contínuo dos atendimentos por transtornos mentais entre pessoas em idade economicamente ativa, com destaque para depressão, transtornos de ansiedade e transtornos relacionados ao estresse. O documento registra que os transtornos mentais figuram entre os principais fatores associados à incapacidade funcional prolongada, com impacto direto sobre a

permanência no trabalho e sobre a demanda por benefícios previdenciários, especialmente por incapacidade temporária e permanente (BRASIL, Ministério da Saúde, 2019, p. 14–16). Essa tendência é confirmada pelos Relatórios de Monitoramento da Rede de Atenção Psicossocial, que identificam aumento de usuários afastados do trabalho e dificuldades de reinserção laboral decorrentes da fragilidade do cuidado contínuo (BRASIL, Ministério da Saúde, 2019, p. 22–24).

Esses achados dialogam diretamente com os dados do Boletim Estatístico da Previdência Social – BEPS 2019, publicado pelo Instituto Nacional do Seguro Social. Segundo o boletim, os transtornos mentais e comportamentais, classificados no Capítulo V da CID-10, figuram entre as principais causas de concessão de benefícios por incapacidade. O documento registra que, em 2019, os transtornos mentais foram responsáveis por parcela expressiva dos auxílios por incapacidade temporária, com destaque para episódios depressivos e transtornos ansiosos, além de apresentarem tempo médio de afastamento superior ao de diversas doenças físicas, o que amplia o impacto financeiro e social sobre o sistema previdenciário (BRASIL, INSS, *Boletim Estatístico da Previdência Social*, 2019, p. 58–60).

O cruzamento desses dados evidencia que a sobrecarga da Previdência Social não decorre de um uso indevido do sistema, mas da falha estrutural das políticas públicas de saúde mental. Enquanto o Ministério da Saúde reconhece a expansão do adoecimento psíquico e a insuficiência da Rede de Atenção Psicossocial para garantir cuidado contínuo e reinserção social, o INSS absorve os efeitos desse colapso por meio da concessão prolongada de benefícios por incapacidade. Amarante demonstra que essa dinâmica desloca o sofrimento do campo do cuidado para o campo da renda substitutiva, transformando o benefício previdenciário em resposta tardia e compensatória à omissão estatal (AMARANTE, 2017, p. 102).

Assim, os dados oficiais revelam que o crescimento dos afastamentos por transtornos mentais constitui elo material entre saúde mental, trabalho e Previdência Social, expondo a interdependência estrutural desses sistemas e a centralidade do tema na seguridade social brasileira.

A análise desenvolvida ao longo deste trabalho evidencia que a crise da saúde mental no Brasil não pode ser compreendida de forma dissociada do Direito do Trabalho e do Direito Previdenciário. Trata-se de um fenômeno estrutural, produzido por condições materiais de existência marcadas pela precarização do trabalho, pela fragilização das políticas públicas de cuidado e pela retração deliberada da proteção social. O adoecimento psíquico emerge, nesse contexto, como expressão concreta de um modelo econômico e político que naturaliza a exaustão e desloca para o indivíduo a responsabilidade por riscos socialmente produzidos (ANTUNES, 2018, p. 41; AMARANTE, 2017, p. 102).

Os dados oficiais do Ministério da Saúde e do INSS demonstram que os transtornos mentais figuram entre as principais causas de afastamento prolongado do trabalho e de concessão de benefícios por incapacidade. Relatórios como Saúde Mental em Dados – 2019 e o Boletim Estatístico da Previdência Social – 2019 revelam a centralidade do sofrimento psíquico no funcionamento da seguridade social, evidenciando que a Previdência vem sendo acionada como resposta tardia à insuficiência das políticas preventivas e de cuidado contínuo em saúde mental (BRASIL, Ministério da Saúde, 2019, p. 14–16; BRASIL, INSS, 2019, p. 58–60).

A recorrente invocação do discurso do déficit previdenciário opera como estratégia de obscurecimento das causas estruturais da sobrecarga do sistema. Ao desconsiderar o desenho constitucional da seguridade social e a deliberada retração das políticas públicas de saúde e trabalho, essa narrativa desloca o debate da responsabilidade estatal para a culpabilização indireta dos próprios direitos sociais. O problema central não reside na existência da proteção previdenciária, mas na fragilização prévia das políticas de cuidado, prevenção e inclusão, que convertem a previdência em instância compensatória de um adoecimento socialmente produzido.

A articulação entre saúde, trabalho e previdência, prevista nos arts. 194 e 196 da Constituição Federal, exige políticas públicas integradas, capazes de enfrentar o adoecimento mental como questão coletiva e não como falha individual. A ausência dessa integração converte o benefício previdenciário em instrumento de contenção da exclusão social, esvaziando sua função transitória e sobrecarregando o sistema. Como adverte Sarlet, a dignidade da pessoa humana perde densidade normativa quando os direitos fundamentais são tratados de forma fragmentada e subordinados à lógica fiscal (SARLET, 2019, p. 97).

Conclui-se, portanto, que a sustentabilidade da Previdência Social depende diretamente da efetivação do direito ao trabalho digno e do fortalecimento das políticas públicas de saúde mental. Defender a Previdência não significa restringir direitos, mas reafirmar o projeto constitucional de seguridade social como expressão de solidariedade, justiça distributiva e proteção existencial. Qualquer debate que ignore essa interdependência estrutural incorre em reducionismo técnico e injustiça social, afastando-se do compromisso ético e jurídico com a dignidade humana que fundamenta o Estado Democrático de Direito (BRASIL, 1988; DELGADO, 2018, p. 223).

A análise realizada permite concluir que o sofrimento psíquico, no Brasil contemporâneo, não se apresenta como contingência privada, mas como risco social estrutural, produzido pela precarização do trabalho e pelo enfraquecimento das políticas públicas de cuidado. Quando a proteção social é fragmentada, o adoecimento deixa de ser prevenido e passa a ser apenas administrado. A seguridade social, concebida constitucionalmente como sistema integrado, perde sua vocação de proteção antecipatória e se converte em resposta tardia, acionada somente quando a vida já foi empurrada ao limite (BRASIL, 1988, arts. 194 e 196; ANTUNES, 2018, p. 41).

Os dados mobilizados ao longo do estudo reforçam que a Previdência Social vem sendo convocada a cumprir uma função que não lhe é originária. O aumento de afastamentos por transtornos mentais, combinado com a insuficiência de cuidado territorial e contínuo, faz do benefício por incapacidade um refúgio institucional diante do colapso do cuidado. Essa dinâmica não revela “fraude social” nem “excesso de direitos”, mas a materialização de uma omissão estatal anterior, na qual a ausência de políticas de saúde mental efetivas transforma renda substitutiva em política pública de última instância (BRASIL, Ministério da Saúde, 2019, p. 14–16; BRASIL, INSS, 2019, p. 58–60).

Evidenciou-se, portanto, que a sustentabilidade da Previdência Social depende, em sentido forte, da efetivação integrada do direito ao trabalho digno e do fortalecimento das políticas públicas de saúde mental. Defender a previdência, nesse horizonte, não é restringir direitos, mas reatar o pacto constitucional de solidariedade e dignidade humana. Onde o Estado cuida, o benefício volta a ser transição e não destino. Onde o Estado abandona, a renda substitutiva vira o último abrigo de quem teve a existência reduzida ao sobreviver (BRASIL, 1988; SARLET, 2019, p. 97; DELGADO, 2018, p. 223).

A superação desse quadro exige a rearticulação das políticas de saúde mental, trabalho e previdência sob a lógica constitucional da seguridade social integrada, conforme delineada pela Constituição de 1988. Não se trata de formular respostas tecnocráticas ou soluções meramente administrativas, mas de reafirmar o compromisso estatal com a prevenção do adoecimento, o cuidado contínuo e a proteção existencial, de modo a recolocar o Direito Previdenciário em sua função constitucional de amparo, e não de substituição do cuidado.

4. O SOFRIMENTO PSÍQUICO COMO RISCO SOCIAL: A DIMENSÃO HUMANA DO DIREITO PREVIDENCIÁRIO.

O sofrimento psíquico, quando analisado juridicamente, não pode ser compreendido como evento privado ou desvinculado das estruturas sociais que o produzem. Ele é resultado direto da precarização do trabalho, da instabilidade econômica e da erosão das redes de proteção social, características centrais do capitalismo contemporâneo. A lógica produtiva atual converte a insegurança em método e a exaustão em norma, transformando o adoecimento mental em risco social estrutural, e não em falha individual do trabalhador (ANTUNES, 2018, p. 41).

A Constituição Federal de 1988 oferece o fundamento normativo para esse enquadramento ao instituir a seguridade social como sistema integrado de saúde, previdência e assistência. Ao fazê-lo, o constituinte reconhece que os riscos sociais são produzidos socialmente e devem ser enfrentados de forma coletiva. O sofrimento psíquico, ao comprometer a capacidade laboral e a própria existência digna, insere-se plenamente nesse campo de proteção constitucional, sob pena de esvaziamento material do princípio da dignidade da pessoa humana (SARLET, 2019, p. 67).

O trabalho, constitucionalmente afirmado como valor social, tornou-se, paradoxalmente, um dos principais vetores de adoecimento mental. A intensificação das jornadas, a lógica das metas inalcançáveis, a instabilidade contratual e as formas contemporâneas de assédio institucional corroem a subjetividade do trabalhador e produzem sofrimento contínuo. Esse adoecimento não decorre de fragilidades individuais, mas de uma organização do trabalho que transforma o sofrimento em engrenagem funcional do sistema produtivo (DEJOURS, 2015, p. 87).

A Reforma Psiquiátrica brasileira já havia denunciado essa lógica ao romper com o paradigma manicomial e ao afirmar o sofrimento psíquico como fenômeno social e político. Ao deslocar o foco da doença para a pessoa e para o território, o movimento reformista revelou que adoecer é também resposta a contextos de exclusão, violência simbólica e negação de direitos. Essa compreensão impede a leitura do sofrimento mental como desvio e o reconhece como expressão de desigualdades estruturais (AMARANTE, 2007, p. 35).

A Lei nº 10.216/2001 consolida juridicamente essa mudança ao afirmar o cuidado em liberdade e a proteção dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Trata-se de um marco civilizatório que reconhece a saúde mental como campo de direitos humanos e impõe ao Estado o dever de estruturar políticas públicas capazes de prevenir, cuidar e reinserir socialmente. A omissão estatal diante desses deveres não é neutra. Ela produz exclusão, cronificação do sofrimento e deslocamento do problema para outras esferas de proteção social (SARACENO, 2001, p. 92).

Nesse cenário de falha estrutural das políticas de saúde mental, o Direito Previdenciário passa a ser acionado como resposta residual. O benefício por incapacidade surge não como solução planejada, mas como mecanismo compensatório diante da ausência de cuidado contínuo e preventivo. Ele garante sobrevivência material, mas evidencia o fracasso estatal em proteger a saúde mental no momento em que o sofrimento ainda poderia ser enfrentado sem ruptura definitiva dos vínculos laborais e sociais (SILVA, 2014, p. 289). Reconhecer o sofrimento psíquico como risco social exige reposicionar o Direito Previdenciário em sua dimensão ética e constitucional. A previdência não pode ser tratada como favor administrativo nem como instrumento de contenção dos “inaptos” ao mercado. Ela expressa o dever de solidariedade social e a responsabilidade coletiva pelos riscos produzidos pelo próprio modelo econômico e organizacional do trabalho, conforme o projeto constitucional de proteção integral (CANOTILHO, 2018, p. 389).

Por fim, afirmar o sofrimento psíquico como risco social é defender que a dignidade da pessoa humana não se submete à lógica da produtividade. O Direito Previdenciário, enquanto extensão existencial do direito à saúde, deve proteger vidas concretas e não apenas estatísticas atuariais. Quando o Estado falha no cuidado e se limita a indenizar o dano já consumado, ele trai a promessa constitucional de justiça social e revela que o colapso da saúde mental é, simultaneamente, previdenciário, democrático e humano (SARLET, 2019, p. 112).

Nesse horizonte, a compreensão do sofrimento psíquico como risco social também encontra respaldo normativo na ampliação do conceito jurídico de deficiência e de impedimento de longo prazo adotado pelo ordenamento brasileiro, especialmente a partir da incorporação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e da promulgação da Lei nº 13.146/2015.

Ao adotar uma avaliação biopsicossocial, o legislador reconhece que impedimentos mentais não se esgotam na dimensão clínica, mas emergem da interação entre condições subjetivas e barreiras sociais, institucionais e laborais que restringem a participação plena na vida social.

Esse marco rompe definitivamente com leituras individualizantes do adoecimento psíquico e reforça a tese de que a incapacidade, inclusive laboral, é produzida por contextos de desigualdade e exclusão, impondo ao Estado o dever de atuar preventivamente por meio de políticas públicas integradas e não apenas de respostas compensatórias a posteriori. Quando esse dever é negligenciado, o Direito Previdenciário passa a absorver os efeitos de uma falha sistêmica mais ampla, revelando que o risco social não está no indivíduo, mas na própria organização social que transforma sofrimento em destino previsível (BRASIL, 2015, p. 2–4).

O enquadramento do sofrimento psíquico como risco social começa pelo básico que o capitalismo tenta esconder. O trabalho não é só “local físico”. Ele é ambiente total. Inclui o que cerca o corpo, a vida social e, principalmente, o psiquismo. Quando a organização do trabalho produz insegurança, angústia e instabilidade como regra, o meio ambiente laboral deixa de ser cenário e vira causa. A noção de meio ambiente do trabalho, justamente por abarcar o “psíquico”, permite ler o adoecimento como produto social, e não como defeito íntimo do trabalhador (PADILHA, 2002, p. 20).

Esse raciocínio ganha densidade jurídica porque a Constituição não trata a saúde como luxo moral. Ela impõe dever. O direito ao meio ambiente equilibrado irradia para o meio ambiente do trabalho, e o SUS recebe competência para colaborar com sua proteção. Isso cria uma ponte constitucional direta entre saúde, trabalho e políticas públicas. Nesse arranjo, a prevenção deixa de ser gentileza empresarial e vira obrigação correlata ao direito fundamental de redução de riscos laborais. O ponto é simples: não há dignidade possível quando o ambiente produtivo destrói a integridade psíquica (BRASIL, 1988).

Quando o texto constitucional é lido com seriedade, o “aspecto organizacional” vira categoria jurídica relevante. A perspectiva labor-ambiental sustenta que a forma de gestão, as rotinas e as regras internas podem desequilibrar o meio ambiente de trabalho e atuar negativamente sobre o aparelho psíquico, inclusive com desfecho em acidente do trabalho. A causalidade aqui não é metafórica. É estrutural. Parte do modo como se organiza o labor. E retorna como adoecimento mental e afastamento, numa cadeia que o discurso meritocrático tenta romantizar como “resiliência” (ALMEIDA, 2022).

A compreensão do sofrimento psíquico como risco social encontra respaldo direto nos dados oficiais da Previdência Social. Os Anuários Estatísticos da Previdência Social, elaborados pelo Ministério da Previdência Social com base na base de dados da DATAPREV, demonstram que os transtornos mentais e comportamentais, classificados no Capítulo V da CID-10, ocuparam a terceira posição entre as causas de concessão de benefícios por incapacidade no período compreendido entre 2012 e 2016. Esse levantamento considera conjuntamente o auxílio-doença previdenciário, o auxílio-doença acidentário e a aposentadoria por invalidez, evidenciando que o adoecimento psíquico não se apresenta como evento residual, mas como fenômeno recorrente e estrutural no sistema de proteção social brasileiro (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2017, p. 38–41).

A análise sistematizada desses dados revela que a elevada incidência de benefícios concedidos por transtornos mentais decorre de processos de cronificação do sofrimento psíquico associados à precarização das condições de trabalho e à ausência de políticas públicas preventivas eficazes. Estudos que operam diretamente com os microdados do AEPS indicam que o crescimento dos afastamentos por incapacidade mental acompanha transformações na organização produtiva, marcadas por intensificação das jornadas, instabilidade contratual e pressão por desempenho. Nesse contexto, a Previdência Social passa a absorver os efeitos de uma falha estrutural anterior, funcionando como instância de compensação tardia de um adoecimento produzido socialmente (DUARTE, 2018, p. 35–45).

Esse cenário é corroborado pelos boletins estatísticos quadrimestrais do Instituto Nacional do Seguro Social, que apontam volume expressivo e recorrente de concessões de benefícios por incapacidade vinculadas a transtornos mentais e comportamentais. A literatura que analisa esses boletins evidencia que, mesmo em períodos de oscilação no número absoluto de concessões, os custos previdenciários associados a esses benefícios mantêm trajetória de crescimento, em razão da duração prolongada dos afastamentos e da elevada taxa de reincidência. Tal dinâmica confirma que o sofrimento psíquico já opera como eixo permanente de custo social e institucional, revelando que o risco não reside no indivíduo isolado, mas na própria organização social e econômica do trabalho que produz o adoecimento em escala (INSS, 2016, p. 12–15).

E tem um detalhe perverso. Mesmo quando a concessão tende a diminuir no longo prazo, o gasto pode crescer. Isso aparece de modo cristalino nos dados compilados com base na DATAPREV. O custo do auxílio-doença previdenciário por transtornos mentais e comportamentais sobe de R\$ 140.889.000,00 em 2008 para R\$ 198.069.000,00 em 2016. No auxílio-doença acidentário, o salto vai de R\$ 14.707.000,00 em 2009 para R\$ 22.313.000,00 em 2016. A conta fica maior porque o sofrimento se cronifica, dura, recidiva e prende a vida numa pausa forçada. Isso é risco social em estado puro (DATAPREV, 2010; 2013; 2016).

Na saúde mental pública, a Reforma Psiquiátrica tentou justamente quebrar essa engrenagem. E os anexos mostram um movimento concreto de reorganização de financiamento. Entre 2002 e 2013, o orçamento do atendimento hospitalar psiquiátrico foi reduzido de 95% do total para menos de 30%. Isso abriu espaço para financiar serviços comunitários, com inversão da curva em 2006, quando o SUS deixa de privilegiar o hospital e passa a predominar o financiamento territorial. Essa virada é a materialização econômica do cuidado em liberdade. Sem dinheiro público sustentando rede, a lei vira poesia sem chão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014 apud FIOCRUZ, 2015).

Só que o capital não dorme. E a crise não é “natural”, é politicamente produzida. O material anexado descreve que, entre 2016 e 2019, houve processo de desmonte com fragilização da atenção básica e uma sequência de medidas que reabilitam a centralidade do hospital psiquiátrico. O texto aponta ampliação do financiamento hospitalar, redução de cadastramento de CAPS, descontinuidade de indicadores e até suspensão de dados sobre a rede. A crise do paradigma psicossocial vira política de Estado quando normas reinserem o hospital como dispositivo central e incentivam leitos e diárias, em choque com a lógica de desinstitucionalização (DELGADO, 2019; BRASIL, 2019a).

O efeito dominó dessa regressão é previsível. Se a política pública falha no cuidado contínuo, a previdência vira ambulância tardia. Um dos teus anexos mais recentes descreve a externalização dos custos do adoecimento mental para o sistema previdenciário, associando o fenômeno ao aumento de 42% nos benefícios por incapacidade entre 2018 e 2023, ao mesmo tempo em que registra a insuficiência de investimento em saúde mental no orçamento federal. O Estado, capturado por prioridades neoliberais, paga mais por benefícios quando investe menos em prevenção. É a economia política do sofrimento, com CPF, nome e prontuário (INSS, 2023; BRASIL, 2023).

É por isso que reconhecer o sofrimento psíquico como risco social exige uma guinada do modelo reparatório para o modelo preventivo. E aqui entra uma pista normativa importante trazida nos anexos: a nova redação da NR-01, por Portaria MTP nº 1.419/2024, reforça gestão de riscos com ênfase psicossocial, exigindo avaliações periódicas, registros, análise estatística de afastamentos e planos preventivos, além de capacitação de CIPA e SESMT para identificação precoce de sinais de adoecimento. Isso desloca a lógica do “paga e segue o baile” para a lógica do “não adoeça gente para bater meta”. Se a fiscalização e a cultura institucional não acompanharem, vira letra morta. Mas a direção é correta: o risco não está no indivíduo, está na organização social do trabalho (BRASIL, 2024)

Essa leitura encontra sustentação no próprio desenho constitucional da seguridade social. Ao integrar saúde, previdência e assistência como sistemas interdependentes, a Constituição de 1988 reconhece que os riscos que ameaçam a existência digna são construídos no interior da vida social e exigem respostas coletivas. O sofrimento psíquico, quando compromete a capacidade laboral e a autonomia existencial, insere-se plenamente nesse campo de proteção, não como exceção patológica, mas como expressão concreta de desigualdades estruturais. Negar essa condição significa esvaziar materialmente o princípio da dignidade da pessoa humana e reduzir a proteção social a um discurso abstrato (SARLET, 2019, p. 67).

A dimensão humana do Direito Previdenciário se revela exatamente nesse ponto de inflexão entre norma e vida. A previdência não existe para proteger estatísticas, equilíbrios atuariais ou narrativas de eficiência fiscal, mas para amparar trajetórias interrompidas pelo adoecimento socialmente produzido. Quando o sofrimento psíquico é tratado apenas como custo ou desvio, a política previdenciária se desumaniza. Quando, ao contrário, ele é reconhecido como risco social, a previdência reassume sua função ética de garantir continuidade material da vida diante da ruptura da capacidade de trabalho, preservando a dignidade em contextos de fragilidade extrema (CANOTILHO, 2018, p. 389).

Essa dimensão humana também evidencia os limites de um modelo que atua apenas de forma reparatória. O benefício por incapacidade, embora indispensável à sobrevivência material, revela o fracasso prévio das políticas de prevenção, cuidado e proteção no ambiente de trabalho e na rede pública de saúde mental. O Direito Previdenciário, nesse cenário, passa a operar como última trincheira de proteção, absorvendo os efeitos de uma omissão estatal mais ampla. Tal dinâmica confirma que o risco não está no indivíduo adoecido, mas na própria organização social que transforma o sofrimento em destino previsível (AMARANTE, 2007, p. 35).

Por fim, afirmar o sofrimento psíquico como risco social é afirmar que a vida humana não pode ser subordinada à lógica da produtividade e do descarte. A dimensão humana do Direito Previdenciário reside na sua capacidade de reconhecer o sofrimento real, concreto e situado, e de responder a ele com solidariedade institucional. Quando o Estado compreende o adoecimento psíquico como fenômeno social e não como falha moral, a previdência deixa de ser mero instrumento compensatório e se afirma como expressão do pacto civilizatório inscrito na Constituição. Nesse sentido, proteger quem adoecer é proteger a própria ideia de justiça social, pois onde a dignidade falha, falha também a democracia.

Nesse contexto, o Direito Previdenciário assume papel central enquanto instrumento de solidariedade social e proteção existencial. A incapacidade decorrente do sofrimento psíquico não representa falha individual, mas ruptura produzida por um modelo econômico e institucional que adoecer e descarta. A previdência, portanto, não pode ser reduzida a favor administrativo, mecanismo de controle fiscal ou filtro moral de acesso a direitos. Ela expressa dever constitucional de amparo diante de riscos socialmente produzidos, garantindo continuidade material da vida quando o trabalho deixa de ser possível, em consonância com a dignidade da pessoa humana e com o projeto de seguridade social integrado da Constituição de 1988.

Quando o Estado falha em prevenir, cuidar e proteger, e se limita a indenizar o dano já consumado por meio de benefícios por incapacidade, revela-se uma fratura ética profunda no pacto constitucional. A dimensão humana do Direito Previdenciário exige que a proteção social anteceda a ruptura, e não apenas administre seus efeitos finais. Defender o sofrimento psíquico como risco social é defender que a vida não se submete à lógica da produtividade e do descarte. É afirmar que proteger quem adoecer não é concessão, mas condição mínima de justiça social, pois onde a dignidade não é protegida, a democracia também não se sustenta.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso desenvolvido ao longo do artigo confirma uma constatação central. O sofrimento psíquico não se distribui ao acaso nem decorre de desvios individuais. Ele é produzido no interior de estruturas sociais marcadas pela precarização do trabalho, pela instabilidade econômica e pela retração deliberada das políticas públicas de proteção. Quando o sofrimento passa a ser tratado como responsabilidade privada, o Estado se exime de enfrentar suas causas e naturaliza a exaustão como parte legítima da vida produtiva (ANTUNES, 2018, p. 41).

A análise da Lei nº 10.216/2001 evidenciou a força ética e jurídica da Reforma Psiquiátrica brasileira. Ao afirmar o cuidado em liberdade e a centralidade da pessoa em sofrimento psíquico, o legislador rompeu com a lógica manicomial e inscreveu a saúde mental no campo dos direitos humanos e da cidadania. Essa promessa humanizadora, contudo, depende de condições materiais para se efetivar. Quando a norma não encontra sustentação em políticas públicas contínuas, ela se transforma em promessa formal, incapaz de produzir proteção concreta (AMARANTE, 2007, p. 64; SARACENO, 2001, p. 87).

O exame da Rede de Atenção Psicossocial revelou exatamente esse hiato entre o desenho normativo e a realidade institucional. O subfinanciamento crônico, a precarização das equipes e a descontinuidade do cuidado fragilizam a capacidade do sistema público de responder ao sofrimento psíquico de forma integral e territorial. Esse desmonte não é contingencial. Ele resulta de escolhas políticas que rebaixam a saúde mental a um campo secundário da proteção social, comprometendo a própria efetividade do direito fundamental à saúde (AMARANTE, 2019, p. 112).

A partir desse vazio institucional, o artigo demonstrou como o sofrimento psíquico é progressivamente deslocado do campo do cuidado para o campo da compensação previdenciária. O benefício por incapacidade passa a funcionar como resposta tardia à falência das políticas preventivas e comunitárias, transformando o Direito Previdenciário em instância de gestão do dano já consumado. Essa dinâmica não representa ampliação de direitos, mas inversão funcional da seguridade social, que passa a operar de forma fragmentada e reativa (DELGADO, 2018, p. 56).

Nesse ponto, a hipótese central do artigo se fortalece. A inefetividade das políticas públicas de saúde mental não apenas amplia a demanda previdenciária, mas distorce o papel constitucional da previdência social. Ao assumir funções que não lhe são originárias, a previdência deixa de integrar um sistema de proteção articulado e passa a compensar, de forma limitada, os efeitos finais de um adoecimento socialmente produzido. Trata-se de um modelo que administra consequências sem enfrentar causas, preservando a lógica de exclusão que produz o sofrimento (CASTILHO, 2018, p. 101).

Ao enquadrar o sofrimento psíquico como risco social constitucionalmente relevante, o artigo desloca o debate do campo moral para o campo da responsabilidade coletiva. A incapacidade decorrente do adoecimento mental revela-se evento previsível no contexto das relações contemporâneas de trabalho e da retração das políticas públicas. O Direito Previdenciário, nesse marco, deve ser compreendido como extensão existencial do direito à saúde, garantindo segurança material quando o trabalho deixa de ser possível, sem assumir o papel indevido de substituir o cuidado estatal (SARLET, 2019, p. 67).

Dessa forma, a conclusão que se anuncia não é de acomodação, mas de exigência constitucional. Ou a seguridade social é retomada em sua integralidade normativa, com a saúde mental tratada como prioridade pública e direito fundamental, ou o Estado continuará operando um modelo de proteção tardia e insuficiente. O que está em jogo não é apenas a eficiência do sistema previdenciário, mas o sentido ético da dignidade humana no Estado Democrático de Direito. Defender o Direito Previdenciário como extensão do cuidado, e não como seu substituto, é condição mínima para que a promessa constitucional não se converta em retórica vazia.

A análise desenvolvida ao longo deste trabalho permite afirmar, com densidade teórica e respaldo empírico, que a crise contemporânea da saúde mental no Brasil não decorre da Reforma Psiquiátrica nem da ampliação de direitos sociais, mas do esvaziamento deliberado das condições materiais necessárias à sua efetivação. A Lei nº 10.216/2001 instituiu um paradigma ético e jurídico comprometido com o cuidado em liberdade, com a centralidade da pessoa em sofrimento psíquico e com a superação da lógica manicomial. Contudo, a fragilização progressiva da Rede de Atenção Psicossocial revelou um descompasso estrutural entre a promessa normativa e a prática estatal, transformando direitos formalmente assegurados em garantias precárias no cotidiano das políticas públicas.

Esse descompasso produz efeitos sistêmicos que extrapolam o campo da saúde. A insuficiência do cuidado territorial, contínuo e integral desloca o sofrimento psíquico para o campo previdenciário, convertendo o benefício por incapacidade em resposta tardia a um adoecimento socialmente produzido. A Previdência Social passa, assim, a operar como instância compensatória de falhas estruturais do Sistema Único de Saúde, assumindo funções que não lhe são originárias. Tal inversão funcional distorce a arquitetura constitucional da seguridade social, fragiliza a lógica solidária do sistema e transforma a proteção previdenciária em mecanismo de gestão do dano, e não de articulação preventiva com o direito fundamental à saúde.

Reconhecer o sofrimento psíquico como risco social constitucionalmente relevante exige recolocar o Direito Previdenciário em sua dimensão humana e existencial. A incapacidade decorrente do adoecimento mental não pode ser compreendida como exceção patológica ou desvio individual, mas como evento previsível em um contexto marcado pela precarização do trabalho, pela instabilidade econômica e pela retração das políticas públicas. A previdência cumpre papel essencial ao garantir segurança material diante da ruptura da capacidade laboral, mas não pode ser utilizada como substituto do cuidado, sob pena de naturalizar a produção social do sofrimento e esvaziar o sentido da dignidade da pessoa humana.

Diante desse cenário, a conclusão que se impõe é de natureza ética, jurídica e política. Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial não é apenas uma escolha administrativa ou sanitária, mas uma exigência constitucional voltada à efetivação dos direitos humanos, fundamentais e existenciais. A sustentabilidade da Previdência Social, a racionalidade do gasto público e a preservação da dignidade humana dependem da retomada da seguridade social em sua integralidade normativa. Enquanto o Estado insistir em administrar os efeitos finais do adoecimento, em vez de enfrentar suas causas estruturais, o sofrimento psíquico continuará a ser tratado como problema previdenciário, quando deveria ser reconhecido, prioritariamente, como expressão de um direito fundamental à saúde e à existência digna.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRASCO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Relatório apresentado ao Conselho Nacional de Saúde: diagnóstico estrutural do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2024.
- ALMEIDA, Victor Hugo. O fator organizacional como elemento de causalidade e prevenção dos transtornos mentais no meio ambiente do trabalho. Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM, Santa Maria, v. 17, n. 1, e39365, 2022. DOI: 10.5902/1981369439365.
- AMARANTE, Paulo. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- AMARANTE, Paulo. Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados. São Paulo: Zagodoni, 2017.
- AMARANTE, Paulo. Políticas de saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.
- ANTUNES, Ricardo. O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018.
- BASAGLIA, Franco. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 2005.
- BAUMAN, Zygmunt. Globalização: as consequências humanas. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- BAUMAN, Zygmunt. Modernidade Líquida. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- BAUMAN, Zygmunt. Vidas desperdiçadas. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.
- BAUMAN, Zygmunt. Tempos Líquidos. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.
- BAUMAN, Zygmunt. Medo Líquido. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- BAUMAN, Zygmunt. Vida Líquida. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.
- BAUMAN, Zygmunt. Capitalismo parasitário. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.
- BAUMAN, Zygmunt. Danos colaterais: desigualdades sociais numa era global. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 25 jul. 1991.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 8 dez. 1993.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 7 jul. 2015.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080/1990. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 30 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 2019. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatórios de Monitoramento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): Saúde do Trabalhador – Relatório 2019. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social – AEPS 2017. Brasília, DF: MPS; DATAPREV, 2017.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. Boletim Estatístico da Previdência Social – BEPS 2016. Brasília, DF: INSS, 2016.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. Boletim Estatístico da Previdência Social – BEPS 2019. Brasília, DF: INSS, 2019.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. Relatório de benefícios por incapacidade – 2023. Brasília, DF: INSS, 2023.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. Direito constitucional e teoria da Constituição. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2003.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. Estado de direito. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2018.

- CASTILHO, Ricardo Lodi Ribeiro. Justiça social e política tributária no Estado Democrático de Direito. São Paulo: Noeses, 2018.
- DEJOURS, Christophe. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015.
- DELGADO, Maurício Godinho. Curso de direito do trabalho. 17. ed. São Paulo: LTr, 2018.
- DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Saúde mental: o caminho da reforma psiquiátrica. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, e0020839, 2019. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00208.
- FERNANDES, G. E.; ARANHA, A. L.; SOUZA, E. H.; LACERDA, R. S. O cuidado em saúde mental e os desafios para a reforma psiquiátrica brasileira. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1807–1816, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.20642016.
- FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Política de saúde mental no Brasil: inovações e desafios. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.
- HARVEY, David. O neoliberalismo: história e implicações. São Paulo: Loyola, 2014.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.
- IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Previdência, trabalho e proteção social no Brasil contemporâneo. Brasília, DF: IPEA, 2022.
- PADILHA, Norma Sueli. Meio ambiente do trabalho saudável. São Paulo: LTr, 2002.
- PAIM, Jairnilson Silva. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.
- SARACENO, Benedetto. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá, 2001.
- SARLET, Ingo Wolfgang. A eficácia dos direitos fundamentais. 13. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2019.
- SILVA, José Antônio Ribeiro de Oliveira. Incapacidade laboral e proteção previdenciária. São Paulo: LTr, 2014.
- TCU – TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Acórdão nº 1.242/2018 – Plenário. Relator: Bruno Dantas. Brasília, DF: TCU, 2018.
- UFSC – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil (2011–2022). Florianópolis: UFSC, 2023.
- WERMUTH, Maiquel Ângelo Dezordi; DEZORDI, Letícia. Cidadania regulada e seletividade das políticas públicas. Revista Direitos Humanos e Democracia, Ijuí, v. 6, n. 12, p. 55–72, 2018

Artigo recebido: 01.11.2025

Artigo publicado em: 30.12.2025